



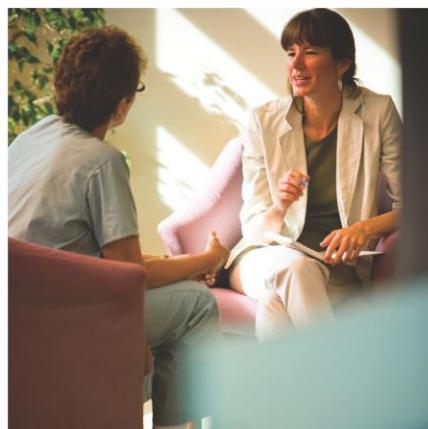
SYNTÈSE
PORTANT SUR
LES DONNÉES
PROBANTES



SOUTENIR DES APPROCHES
OPTIMALES DE DÉPISTAGE
AU CANADA



17 OCTOBRE 2013



DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

**Synthèse portant sur les données probantes :
Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada**

17 octobre 2013

McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés, de même que les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer le rôle de pivot de l'amélioration des résultats de santé grâce à la résolution collective des problèmes. En agissant à un niveau régional/provincial et au niveau national, le Forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants prêts à mettre en œuvre des actions pour surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le Forum agit comme un agent de changement en donnant aux parties prenantes la possibilité d'influencer les agendas gouvernementaux, de mettre en œuvre des mesures mûrement réfléchies et de communiquer efficacement les raisons sous-jacentes à ces mesures.

Auteurs

Michael G. Wilson, Ph.D., directeur adjoint, McMaster Health Forum, et professeur adjoint, McMaster University

John N. Lavis, directeur, McMaster Health Forum, et professeur, McMaster University

Financement

La synthèse portant sur les données probantes et le dialogue avec les parties prenantes ont été financés par le Conseil canadien de la santé. Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de la part de McMaster University. Les points de vue exprimés ici ne représentent pas nécessairement le point de vue du Conseil canadien de la santé ou de McMaster University.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial en lien avec la synthèse. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la définition, la sélection, l'évaluation, la synthèse ou la présentation des données de recherche contenues dans la présente synthèse.

Examen du mérite

La synthèse a été examinée par un nombre restreint de chercheurs, de décideurs et de parties prenantes afin d'en assurer la rigueur scientifique et la pertinence pour le système de santé.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Savi Khehra et Leigh-Anne Gillespie, qui ont évalué les revues systématiques incluses dans la synthèse. Nous sommes reconnaissants aux membres du comité directeur et aux examinateurs pour leurs commentaires sur les versions précédentes de la synthèse. Nous sommes tout particulièrement reconnaissants à Ian Culbert, Virginia Moyer et à notre comité directeur pour leurs commentaires et suggestions perspicaces. Les points de vue exprimés dans la synthèse ne doivent pas être considérés comme représentant les points de vue de ces personnes. La traduction a été rendue possible grâce au Conseil canadien de la santé. La traduction a été révisée par François-Pierre Gauvin du McMaster Health Forum.

Référence

Wilson M.G. et Lavis J.N. Synthèse portant sur les données probantes : Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, le 17 octobre 2013.

Numéros d'enregistrement des publications

ISSN 1929-798X (imprimé)
ISSN 1929-7998 (en ligne)

Table des matières

MESSAGES CLÉS.....	5
RAPPORT	7
LE PROBLÈME	11
Les pratiques de dépistage varient au Canada	11
Les arrangements actuels du système limitent les efforts favorisant des approches coordonnées de dépistage.....	17
La conformité avec les lignes directrices et les principes de dépistage est inconstante	20
Autres observations d'équité concernant le problème.....	20
TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE GLOBALE POUR RÉSOUDRE LE PROBLÈME	22
Élément 1 – Créer un modèle pour coordonner la prise de décision en matière de dépistage entre les secteurs et les juridictions	23
Élément 2 – Établir un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration des recommandations pour soutenir un dépistage optimal	28
Élément 3 – Soutenir une mise en œuvre optimale des approches de dépistage	32
Autres observations en matière d'équité relativement aux trois éléments	37
IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE	38
REFERENCES.....	41
ANNEXES.....	48

MESSAGES CLÉS

Quel est le problème?

- Afin de soutenir des approches optimales de dépistage au Canada, il sera important de tenir compte de plusieurs facettes du problème, par exemple :
 - les maladies pour lesquelles des programmes de dépistage populationnel sont offerts sont très variables d'une province et d'un territoire à l'autre;
 - les pressions éventuelles pour de plus grandes variations dans le dépistage (ex. : différentes instances faisant autorité en matière de programmes de dépistage, expansion rapide des technologies de dépistage et demande ou enthousiasme accru pour le dépistage chez les membres du public et les professionnels de la santé) pourraient donner lieu à des désaccords quant aux tests de dépistage souhaités par les citoyens, à ce qui serait jugé pertinent ou faisable, et au trop grand nombre de diagnostics posés et de traitements offerts;
 - les arrangements du système qui restreignent les efforts visant à soutenir des approches de dépistage coordonnées, notamment les arrangements liés à la prestation de services (ex. : les restrictions en matière d'accès en temps opportun à un cheminement clinique complet après un test de dépistage initial; l'absence de dossiers de santé électroniques, de systèmes d'information et de systèmes de consignation des données; la coordination limitée de la prestation de soins entre les programmes de dépistage), les arrangements financiers (ex. : l'absence de systèmes de rémunération et ressources insuffisantes à l'appui des programmes de dépistage) et les arrangements de gouvernance (ex. : la coordination limitée dans la prise de décisions concernant le dépistage entre les secteurs et les juridictions, et dans la synthèse de données probantes pour appuyer les décisions concernant le dépistage) dans les systèmes de santé;
 - la non-conformité aux lignes directrices et aux principes de dépistage.

Que savons-nous (d'après les revues systématiques) à propos des trois éléments d'une approche globale pour résoudre le problème?

- Élément 1 – Créer un modèle pour coordonner la prise de décision en matière de dépistage entre les secteurs et les juridictions
 - Nous avons trouvé seulement deux revues systématiques identifiant des avantages à cet élément (et plusieurs qui donnaient un aperçu des composantes clés dans l'éventualité où cet élément était mis en œuvre). Une des revues a révélé que la collaboration entre le secteur des soins primaires et le secteur de la santé publique améliorait les composantes du fonctionnement du système de santé et la façon de travailler des professionnels de la santé, tandis que la deuxième revue a trouvé des avantages à la participation du public à des activités liées à la création de documents d'information pour les patients.
- Élément 2 – Établir un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration des recommandations pour soutenir d'un dépistage optimal
 - Nous n'avons trouvé aucune revue systématique qui abordait cet élément, mais nous avons relevé plusieurs ressources clés offrant un aperçu des meilleures pratiques pour une telle approche, notamment une série de 16 revues non systématiques sur les méthodes liées à l'élaboration de lignes directrices, dont le but général était de mieux utiliser les données de recherche pour l'élaboration de lignes directrices.
- Élément 3 – Appuyer une mise en œuvre optimale des approches de dépistage
 - Nous avons trouvé des revues systématiques décrivant les effets bénéfiques des interventions qui visent à favoriser la mise en œuvre d'approches optimales de dépistage par les fournisseurs de soins (ex. : interventions impliquant des leaders d'opinion locaux, la distribution de matériel éducatif, des visites éducatives de sensibilisation, des rappels et des incitatifs, des vérifications et des rétroactions, et des interventions à multiples facettes) et par le public (ex. : des outils d'aide à la prise de décision, la mise à contribution des patients dans la planification et l'élaboration des plans de soins de santé et dans la conception de matériel d'information), ainsi que des stratégies d'amélioration de la qualité.

Quelles implications liées à la mise en œuvre devons-nous garder à l'esprit?

- Les efforts pour adopter un ou plusieurs des éléments d'une approche globale visant à appuyer des approches optimales de dépistage au Canada pourraient être basés sur un guide d'aide à la prise de décision existant axé sur le dépistage populationnel en génétique, ou sur des groupes de travail existants (ex. : le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ou la Stratégie nationale d'immunisation), qui pourraient donner une idée de la façon dont un secteur similaire a pu mettre de l'avant des activités comparables à celles qui sont décrites dans la synthèse portant sur les données probantes.

RAPPORT

L'amélioration du processus de dépistage constitue un facteur important de la consolidation des soins de santé au Canada. Cela touche d'ailleurs à plusieurs thèmes dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (1) et le Plan décennal pour consolider les soins de santé publié en 2004, (2) notamment la prévention des maladies, la promotion de la santé, la santé publique et les soins de santé primaires. Un intérêt accru pour une meilleure coordination des approches de dépistage et pour le partage des meilleures pratiques entre les provinces et les territoires a émergé en raison de la discordance dans les pratiques, les programmes et les politiques de dépistage au Canada.(3) La question a récemment capté l'attention des médias alors que l'absence de références nationales pour le dépistage chez les nouveau-nés au Canada a été identifiée comme l'un des principaux facteurs pouvant expliquer les disparités considérables qui existent au pays quant au nombre de tests réalisés sur les nouveau-nés.(4)

Bien que bon nombre de provinces, territoires et régions offrent des programmes de dépistage organisés (ex.: le dépistage des maladies génétiques avant la conception ou avant la naissance, le dépistage d'une perte auditive ou de vision associée à une maladie chez le nouveau-né ou chez l'enfant, ou encore le dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal), il existe quand même des différences importantes dans les structures et les processus de gouvernance, les ressources pour mettre au point des programmes organisés basés sur la population et la capacité à élaborer de tels programmes, les lignes directrices adoptées pour le dépistage, la prestation de services (ex.: processus de traitement et de suivi) et la couverture de soins prévue pour les troubles qui sont découverts à la suite d'un dépistage.(5-10)

Compte tenu de la complexité scientifique, sociale, économique et politique liée aux politiques et aux pratiques de dépistage ainsi que pour maximiser les avantages et réduire au minimum les préjudices à l'échelle de la population, les décisions liées à la mise en œuvre des programmes de dépistage doivent idéalement être fondées sur des principes ou des critères établis. Ces décisions doivent également impliquer une série d'événements organisés comme identifier les personnes à qui le dépistage sera offert et les en informer, offrir des traitements et un suivi aux

Encadré 1 : Contexte de la synthèse portant sur les données probantes

Cette synthèse réunit des données de recherche mondiales et locales sur un problème, trois éléments d'une approche globale pour résoudre le problème et les principales implications liées à la mise en œuvre de ces éléments. Chaque fois que cela est possible, la synthèse résume les données de recherche puisées dans les revues systématiques des rapports de recherche et, à l'occasion, dans des études primaires. Une revue systématique est un résumé des études qui traitent d'une question formulée clairement, et qui fait appel à des méthodes systématiques et explicites pour recenser, sélectionner et évaluer les études et préparer une synthèse des données tirées des études incluses. La synthèse ne contient pas de recommandations.

La préparation de la synthèse portant sur les données probantes comprend cinq étapes :

- 1) réunir un comité de direction composé de représentants de nos partenaires (et autres organisations clés) et du McMaster Health Forum;
- 2) élaborer et préciser le cadre de référence de la synthèse, en particulier la formulation du problème et de trois options viables afin de faire face au problème, en consultation avec le comité de direction et un certain nombre d'informateurs clés et avec l'aide de plusieurs cadres conceptuels qui organisent la réflexion sur les façons d'aborder le problème;
- 3) recenser, sélectionner, évaluer et synthétiser les données de recherche pertinentes à propos du problème, des options et implications liées à la mise en œuvre;
- 4) rédiger la synthèse de manière à présenter les données de recherches mondiales et locales de façon concise et dans un langage accessible;
- 5) finaliser la synthèse à partir des commentaires de plusieurs personnes prenant part à un examen du mérite.

Les trois options pour faire face au problème n'ont pas été conçues pour être mutuellement exclusives. Elles pourraient être mises en œuvre simultanément ou de manière séquentielle. De plus, chaque option peut recevoir une attention plus ou moins importante par rapport à celle que reçoivent les autres options.

La synthèse visait à éclairer un dialogue avec les parties prenantes au cours duquel les données de recherche font partie des nombreux facteurs dont il faut tenir compte. Les opinions et les expériences des participants, de même que leurs connaissances tacites, ont permis de nourrir le dialogue. L'un des objectifs du dialogue est de susciter des réflexions uniques – réflexions qui ne sont possibles que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise de décisions sur un problème, ou affectées par ces décisions, peuvent collaborer. Il a également été conçu pour encourager les participants à agir pour résoudre le problème, mais aussi pour influencer d'autres personnes, notamment ceux qui prendront connaissance du résumé du dialogue et des entrevues vidéo avec les participants du dialogue.

personnes présentant des anomalies, et offrir un soutien aux personnes qui développent la maladie malgré le dépistage.(11)

La présente synthèse portant sur les données probantes a été conçue dans le but d'appuyer les efforts de ceux et celles qui cherchent à mettre en œuvre des approches optimales de dépistage au Canada. Tout d'abord, la synthèse donne un aperçu des caractéristiques principales du problème tel qu'on le connaît à l'heure actuelle, par exemple des pratiques de dépistage qui sont variables au Canada (et la possibilité d'une variation encore plus grande au fil du temps), des arrangements du système qui nuisent aux efforts appuyant des approches coordonnées de dépistage, et une conformité inconstante aux lignes directrices et aux principes de dépistage. Deuxièmement, la synthèse aborde trois éléments de ce qui pourrait être une approche globale pour résoudre le problème. Finalement, la synthèse conclut par une discussion sur les implications liées à la mise en œuvre d'un ou plusieurs de ces éléments. Dans cette optique, la synthèse met l'accent sur les meilleures données de recherche disponibles et (tel qu'il est expliqué dans l'encadré 1) ne formule pas de recommandations. De plus, bien que des efforts soient faits pour s'assurer que la synthèse tienne compte de l'ensemble de la population, nous mettons en lumière des considérations d'équité (tel qu'il est expliqué dans l'encadré 2) pour deux groupes (c.-à-d., les personnes vivant en régions rurales et éloignées, et les personnes de faible statut socioéconomique et issues de collectivités défavorisées sur le plan ethnoculturel) qui sont touchés de façon disproportionnée par le problème.

Cette synthèse portant sur les données probantes s'appuie sur plusieurs termes et concepts liés au dépistage.

Fondamentalement, le dépistage est défini comme suit :

- l'examen des personnes qui ne présentent aucun signe ni symptôme d'une maladie, dans le but de réduire leur risque d'être en mauvaise santé ou de leur donner de l'information sur les risques qu'elles courrent;(11)
- un processus d'identification des personnes qui semblent en bonne santé, mais qui peuvent présenter un risque accru d'une maladie, à qui on peut alors donner de l'information, faire passer des tests plus poussés et proposer un traitement pour réduire leurs risques ou toute complication liée à la maladie;(12)
- la recherche de renseignements ou les examens systématiques à l'échelle populationnelle des personnes qui n'ont aucun symptôme d'une maladie en particulier afin d'identifier celles pour qui il est justifié d'enquêter ou d'intervenir de façon plus poussée pour obtenir de meilleurs résultats.(13)

En outre, le dépistage peut être offert à l'ensemble de la population (dépistage de masse) ou à des groupes à risque élevé (dépistage sélectif) et peut aussi comprendre de soumettre d'importantes populations à deux ou plusieurs tests combinés (dépistage multiplié).(14)

Encadré 2 : Observations sur l'équité

Un problème peut affecter certains groupes de la société de façon disproportionnée. Les avantages, les dangers et les coûts des options qui permettent de faire face à un problème peuvent varier d'un groupe à l'autre. Les implications liées à la mise en œuvre peuvent aussi varier entre les groupes.

L'une des façons d'identifier les groupes nécessitant une attention particulière consiste à examiner les huit attributs pouvant être utilisés pour décrire des groupes (tels qu'ils sont définis par le cadre PROGRESS) :†

- le lieu de résidence (ex.: les populations rurales et éloignées);
- la race, l'origine ethnique et la culture (ex.: les Premières Nations et les Inuits, les populations immigrantes et les minorités linguistiques);
- l'emploi ou l'expérience sur le marché du travail de façon plus générale (ex.: les personnes en situation d'emploi précaire);
- le genre;
- la religion;
- le niveau d'éducation (ex.: la littératie en santé);
- le statut socioéconomique (ex.: les populations économiquement désavantagées);
- le capital social/l'exclusion sociale.

Bien que la synthèse portant sur les données probantes s'efforce de prendre en considération tous les Canadiens, elle accorde également (lorsque cela est possible) une attention particulière à deux facteurs :

- les personnes vivant en régions rurales et éloignées;
- les personnes de faible statut socioéconomique et issues de collectivités défavorisées sur le plan ethnoculturel.

Il serait pertinent de porter une attention particulière à bon nombre d'autres groupes. Par conséquent, une approche comparable pourrait être adoptée pour l'un ou l'autre de ces groupes.

† Le cadre PROGRESS a été élaboré par Tim Evans et Hilary Brown [Evans, T. et H. Brown. *Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. Injury Control and Safety Promotion*; **10(1-2)** : 11–12. 2003]. Il est mis à l'essai par le Cochrane Collaboration Health Equity Field comme moyen d'évaluer l'effet d'interventions sur l'équité en santé.

Le dépistage peut aussi être un processus organisé ou opportuniste. Il est question d'un dépistage populationnel organisé lorsqu'un test est offert systématiquement à toutes les personnes d'un groupe cible défini selon un cadre convenu par des politiques, des protocoles, la gestion de la qualité, de surveillance et d'évaluation.(15) De plus, « un programme de dépistage dans la population est un processus organisé et intégré selon lequel toutes les activités de dépistage sont planifiées, coordonnées, surveillées et évaluées au moyen d'un cadre d'amélioration de la qualité » (traduction libre).(16) Par opposition, on parle de dépistage opportuniste « quand un test est offert à une personne qui consulte un professionnel de la santé pour des raisons non liées à la maladie testée bien qu'elle ne présente aucun symptôme de la maladie » (traduction libre).(17)

La détection précoce et la recherche de cas sont d'autres termes souvent inclus dans le domaine du dépistage. La détection précoce est définie comme la découverte d'une maladie, dès son apparition, et implicitement, comme la prise de mesures pour stopper, traiter et guérir rapidement la maladie, ainsi que comme la détection précoce des risques environnementaux, sociaux et comportementaux pour la santé.(18) Les questionnaires, les entrevues, les examens physiques, les tests de dépistage, et les procédures et le matériel de surveillance environnementale (ex.: pour l'eau potable, la qualité de l'air à l'intérieur, les niveaux de rayonnement ionisant) sont souvent parmi les méthodes de détection précoces utilisées.(18) La recherche de cas est un terme utilisé pour décrire une stratégie pour miser les ressources sur les personnes ou les groupes qu'on soupçonne d'être à risque d'une maladie en particulier, et qui suppose une recherche systématique des gens vulnérables plutôt que d'attendre l'apparition de symptômes ou de signes de la maladie évolutive chez ces gens.(19)

Les principes clés sur lesquels on se base habituellement pour orienter la prise de décisions en matière de dépistage populationnel sont notamment ceux qui ont été élaborés pour l'Organisation mondiale de la Santé par Wilson et Jungner en 1968.(14) Cet ensemble de principes a été mis à jour en 2009 à la suite d'une revue systématique de la littérature portant sur les principes considérés pour prendre une décision concernant l'adoption d'un programme de dépistage populationnel pour une maladie.(20) Cette revue a permis de découvrir 30 ensembles de principes de dépistage et 249 principes individuels. Ces principes ont été regroupés en 12 principes de dépistage (dont beaucoup sont très semblables aux principes de Wilson et de Jungner) comme suit :(14;20)

- **Principes liés à la maladie ou à l'état de santé**
 1. La maladie ou l'état de santé doit constituer un important problème de santé.
 2. L'évolution naturelle de la maladie ou de l'état de santé doit être bien comprise.
 3. La population ciblée pour le dépistage doit être clairement définie, identifiable et accessible.
- **Principes liés aux interventions**
 4. Un test de dépistage approprié (c.-à-d. acceptable pour les patients, les fournisseurs et le public) doit être disponible.
 5. Différentes possibilités de traitement, d'intervention et de suivi post-dépistage doivent être offertes aux patients recensés grâce au dépistage.
 6. On doit convenir d'une population clairement définie et ciblée pour des traitements, des interventions et un suivi post-dépistage.
- **Principes liés aux programmes et au système**
 7. La capacité des programmes et du système doit être suffisante pour permettre l'accès au cheminement clinique complet.
 8. Des éléments du programme de dépistage (ex. : recrutement, recommandation et suivi) doivent être incorporés.
 9. Tous les éléments du programme de dépistage doivent être acceptables sur le plan clinique, social et éthique pour les patients, les professionnels de la santé et le public.
 10. Les avantages du programme doivent l'emporter sur les préjudices.
 11. Le programme de dépistage doit être efficient par rapport à d'autres priorités liées aux soins de santé.
 12. La qualité et le rendement du programme doivent être suivis de près et gérés au moyen de normes convenues.

Selon ces définitions et ces principes, la synthèse portant sur les données probantes s'étend aux efforts faits au Canada pour optimiser les approches de dépistage populationnel, notamment le dépistage organisé et opportuniste, la détection précoce (c.-à-d. des approches qui ne sont peut-être pas proposées par des programmes de dépistage très organisés, mais qui sont quand même offertes par l'entremise de programmes municipaux, régionaux, provinciaux ou nationaux) et la recherche de cas (mais seulement lorsqu'il est possible d'utiliser des approches plus organisées pour la recherche de cas). Cependant, la surveillance, qui est définie comme la collecte, le regroupement et l'analyse systématiques et continus des données et la diffusion rapide de l'information à ceux qui en ont besoin pour que des mesures éclairées puissent être prises,(21) ne fait pas partie des enjeux couverts dans cette synthèse.

Certains facteurs contextuels liés aux politiques de santé, à la santé de la population et aux systèmes de santé au Canada ont également été pris en considération dans la préparation de la présente synthèse portant sur les données probantes :

- la prestation des soins de santé est essentiellement la responsabilité des gouvernements provinciaux et territoriaux, mais le financement est partagé entre les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral;
- le gouvernement fédéral offre également des services de soins de santé à certains groupes précis (ex.: les populations inuites, métisses et les Premières nations, les militaires et les vétérans, les détenus dans les prisons fédérales);
- les systèmes de santé provinciaux et territoriaux du Canada se distinguent par une entente de longue date sur la prestation privée des soins et le financement public conclue entre le gouvernement d'une part et les hôpitaux et les médecins d'autre part;
- l'entente avec les médecins signifie depuis toujours que la plupart des soins de santé sont offerts par des médecins qui travaillent dans le secteur privé avec généralement des honoraires à l'acte, du moins en partie, sans franchise (ni partage des coûts);
- l'élément « secteur privé » de l'entente signifie habituellement que les médecins sont prudents quant aux atteintes potentielles à leur autonomie professionnelle et commerciale (ex.: les directives sur les types des soins qu'ils fournissent ou la manière dont ils organisent et prodiguent les soins);
- au Canada, la responsabilité de la santé publique est partagée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, et les activités à l'échelon fédéral sont coordonnées par un organisme central (c.-à-d., l'Agence de la santé publique du Canada) et sont axées sur la promotion de la santé, la prévention et le contrôle des maladies chroniques, des blessures et des maladies infectieuses, la préparation des interventions en cas d'urgences de santé publique et l'appui à la collaboration intergouvernementale;
- la prestation et la coordination des programmes et des services de santé publique sont assurées en collaboration avec d'autres instances fédérales partageant le portefeuille de la santé, avec les gouvernements municipaux, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales et la société civile;
- il n'existe actuellement aucun service de dépistage coordonné (en général) dans les provinces et les territoires canadiens, mais dans le secteur du cancer, le Partenariat canadien contre le cancer s'est vu confier le mandat d'élaborer une approche coordonnée de dépistage du cancer à l'échelle nationale, qui progresse, grâce au rôle du partenariat dans le soutien à la mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le cancer.

LE PROBLÈME

Les efforts visant à faire face aux défis liés à l'adoption d'approches optimales de dépistage au Canada devront tenir compte de trois facettes du problème : 1) les pratiques de dépistage sont variables au Canada; 2) les arrangements actuels du système limitent les efforts appuyant les approches coordonnées de dépistage; 3) la conformité avec les lignes directrices et les principes de dépistage n'est pas constante.

Les pratiques de dépistage varient au Canada

Variation dans les pratiques

Les maladies pour lesquelles des programmes de dépistage populationnel sont offerts sont très variables d'une province et d'un territoire à l'autre, par exemple :

- les maladies génétiques détectées grâce à des tests de dépistage réalisés avant la conception ou grâce à des tests pré-nataux (ex. : les troubles congénitaux comme le syndrome de Down, la trisomie 18 et les anomalies de la moelle épinière par défaut de soudure);
- le VIH (dépistage prénatal de routine);
- les maladies chez le nouveau-né ou chez l'enfant détectées par un dépistage sanguin (ex. : pour les troubles héréditaires du métabolisme ou autres) ou les analyses hors laboratoire (ex. : dépistage des troubles de l'audition et de la vue);
- le cancer (du sein, du col de l'utérus et colorectal);
- les maladies chroniques (ex. : la dépression, le diabète, la dyslipidémie, l'ostéoporose).

Pour chacun de ces groupes de maladies, nous avons passé en revue les sites Web des provinces et des territoires du Canada pour déterminer où il existe des programmes de dépistage organisés et où il y a eu une réponse programmatique informelle. Les résultats de cette revue sont présentés au tableau 1. Comme le montre le tableau, il existe une certaine uniformité dans les programmes de dépistage organisés offerts au Canada pour le cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal, le Québec étant la seule province n'ayant pas un programme pour les trois. Pour les autres domaines de dépistage, il existe une certaine uniformité dans les programmes de dépistage offerts avant la conception et avant la naissance pour les maladies génétiques (bien que les maladies testées et les méthodes utilisées puissent varier), pour le VIH, et pour les maladies chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. Or, d'après notre revue des sites Web, la disponibilité des programmes est limitée dans certaines des plus petites provinces (ex. : le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard) et dans les territoires, sauf lorsque des réseaux inter provinciaux sont en place pour favoriser le dépistage, comme les tests de dépistage néonatal, et qu'ils garantissent une disponibilité universelle des programmes dans tout le pays.

Encadré 3 : Réunir des données de recherche sur le problème

Nous avons cherché des données de recherche disponibles sur le problème dans tout un éventail de documents de recherche publiés et de la littérature grise. Nous avons cherché des documents publiés présentant une dimension comparative afin de mieux cerner le problème, et ce, en utilisant trois « atouts » en recherche sur les services de santé dans Medline, c'est-à-dire leur pertinence, les processus et les résultats des soins (ce qui augmente nos chances de trouver des études et des enquêtes communautaires dans des bases de données administratives). Nous avons cherché des documents publiés présentant des idées sur la façon de cerner le problème en utilisant un quatrième atout dans Medline, soit la recherche qualitative. Nous avons fait des recherches dans la littérature grise en passant en revue les sites Web de nombreux organismes canadiens et internationaux, comme l'Institut canadien d'information sur la santé, le Partenariat canadien contre le cancer, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, le Conseil canadien de la santé, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, le Réseau des bases factuelles en santé, Health Policy Monitor et l'Organisation de coopération et de développement économiques.

La priorité a été accordée aux données de recherche publiées plus récemment, applicables localement (dans le sens que les recherches ont été menées au Canada) et qui tiennent compte de l'équité.

Tableau 1 : Aperçu des programmes de dépistage au Canada

Province/territoire	Dépistage avant la conception et avant la naissance pour les maladies génétiques	Dépistage chez les nouveau-nés et les jeunes enfants ou analyses hors laboratoire	VIH	Cancer (du sein, du col de l'utérus et colorectal)*	Maladies chroniques
Colombie-Britannique	<u>Programme de dépistage des maladies génétiques avant la naissance de la Colombie-Britannique</u> <u>Dépistage avant la conception ou avant la naissance de maladies génétiques et d'anomalies congénitales chez les groupes à risque élevé</u>	<u>Dépistage néonatal de la phénylcétonurie et de la drépanocytose</u> <u>Programme de dépistage des troubles de l'audition et de la vue dans la petite enfance</u>	<u>Programme provincial de dépistage rapide du VIH aux points de service et projet pilote provincial de dépistage anonyme du VIH</u>	<u>Sein</u> <u>Col de l'utérus</u> <u>Colorectal</u>	<u>Programme de dépistage des maladies chroniques complexes</u>
Alberta	<u>Programme de santé périnatale de l'Alberta</u>	<u>Programme de dépistage néonatal des troubles métaboliques de l'Alberta</u> <u>Programme de dépistage néonatal de la jaunisse</u> <u>Programme universel de dépistage néonatal des troubles de l'audition</u>	<u>Mise en œuvre de tests de dépistage rapide des anticorps du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)</u>	<u>Sein</u> <u>Col de l'utérus</u> <u>Colorectal</u>	<u>Programme mobile de dépistage du diabète</u>
Saskatchewan	<u>Dépistage sérologique prénatal chez la mère</u>	<u>Programme de santé pour la mère et le nourrisson (dépistage néonatal des troubles de l'audition)</u>	<u>Test étalonné, dépistage du VIH aux points de service</u>	<u>Sein</u> <u>Col de l'utérus</u> <u>Colorectal</u>	<u>Évaluation du risque de diabète chez les personnes à faible revenu en milieu urbain et Stratégie sur le diabète de la banque alimentaire de Regina</u>
Manitoba	<u>Dépistage prénatal des maladies génétiques et services de diagnostic</u> <u>Programme de dépistage sérologique chez la mère du Manitoba</u>	<u>Programme de détection précoce des troubles de l'audition et d'intervention</u> <u>Dépistage pour les nouveau-nés (troubles métaboliques et endocriniens)</u>	<u>Programme de dépistage du VIH du Manitoba</u> (tests de dépistage offerts grâce à des partenariats avec des organismes communautaires)	<u>Sein</u> <u>Col de l'utérus</u> <u>Colorectal</u>	<u>Projet d'intégration du diabète du Manitoba</u> (programme mobile de dépistage du diabète) <u>Programme de dépistage des troubles de la vue et de la rétine du Manitoba</u> (pour prévenir les troubles de la vue chez les personnes diabétiques)
Ontario	<u>Programme de dépistage prénatal de l'Ontario (programme de dépistage avec marqueurs multiples)</u>	<u>Dépistage néonatal Ontario</u> (dépistage de 29 maladies traitables)	<u>Programme de dépistage du VIH de l'Ontario</u> (comprend plusieurs programmes ciblés comme le programme de dépistage anonyme, le dépistage du VIH aux points de service et le	<u>Sein</u> <u>Col de l'utérus</u> <u>Colorectal</u>	<u>Programme de détection du prédiabète et d'intervention par l'activité physique</u> <u>Programme de dépistage de l'ostéoporose de la clinique des</u>

			programme de dépistage prénatal du VIH)		<u>fractures</u>
Québec	<u>Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21</u>	<u>Programme de dépistage néonatal urinaire</u> <u>Programme de dépistage néonatal sanguin</u> (pour la tyrosinémie de type 1, la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie congénitale)	Aucun programme trouvé	<u>Sein</u>	Aucun programme trouvé
Nouveau-Brunswick	Aucun programme trouvé	<u>Programme universel de dépistage auditif chez les nouveau-nés et les nourrissons</u>	<u>Services de dépistage anonyme du VIH</u>	<u>Sein</u> <u>Col de l'utérus</u> <u>Colorectal</u>	Aucun programme trouvé
Nouvelle-Écosse	<u>Dépistage prénatal en laboratoire</u>	<u>Service de dépistage néonatal de la Nouvelle-Écosse</u> (dépistage de certains troubles chimiques rares traitables chez les bébés)	<u>Centre de santé sexuelle d'Halifax et programme de dépistage anonyme du VIH</u>	<u>Sein</u> <u>Col de l'utérus</u> <u>Colorectal</u>	<u>Projet de dépistage du prédiabète de la Nouvelle-Écosse</u> (dépistage du prédiabète et des cas non diagnostiqués de diabète de type 2 et interventions communautaires pour les personnes concernées)
Île-du-Prince-Édouard	Aucun programme trouvé	<u>Services de dépistage néonatal</u> (en collaboration avec la Nouvelle-Écosse)	Aucun programme trouvé	<u>Sein</u> <u>Col de l'utérus</u> <u>Colorectal</u>	<u>Prévention et gestion des maladies chroniques</u> (programme provincial sur le diabète, modèle de soins coordonnés de l'AVC)
Terre-Neuve-et-Labrador	Aucun programme trouvé	<u>Le dépistage néonatal des troubles et anomalies coordonné par le Health Sciences Centre de St. John's</u>	Aucun programme trouvé	<u>Sein</u> <u>Col de l'utérus</u> <u>Colorectal</u>	Aucun programme trouvé
Yukon	Aucun programme trouvé	Offert par la Colombie-Britannique (le dépistage des troubles de l'audition est offert seulement à Whitehorse)	Aucun programme trouvé	Offert par la Colombie-Britannique	Aucun programme trouvé
Territoires du Nord-Ouest	Aucun programme trouvé	Offert par l'Alberta	Aucun programme trouvé	Offert par l'Alberta	Aucun programme trouvé
Nunavut	Aucun programme trouvé	Offert par l'Alberta	Aucun programme trouvé	Aucun programme trouvé	Aucun programme trouvé

*Les renseignements présentés dans cette colonne sont tirés du site suivant :

http://www.cancerview.ca/cv/portal/Home/PreventionAndScreening/PSPatientsAndFamilies/ScreeningAndEarlyDiagnosis/ScreeningProgramsAcrossCanada?_afrLoop=8007917295578452&_afrWindowMode=0&_adf.ctrl-state=96qd34p19_4&lang=fr

Cela dit, même lorsque la disponibilité des programmes de dépistage est relativement similaire pour de vastes secteurs comme ceux présentés au tableau 1, il peut quand même y avoir un manque d'uniformité entre les provinces et les territoires en ce qui a trait aux conditions précises dans lesquelles les tests de dépistage sont offerts dans le cadre de ces programmes. Par exemple, bien que le dépistage néonatal soit offert universellement dans l'ensemble des provinces et des territoires canadiens, les programmes varient considérablement en ce qui concerne le nombre et le type de maladies faisant l'objet d'un dépistage.(8) Plus précisément, d'après les données recueillies par le Canadian Organization for Rare Disorders sur les tests de dépistage néonatal offerts au Canada, le nombre de maladies pour lesquelles un dépistage est offert par toutes les provinces et tous les territoires est réparti comme suit :(22)

- Colombie-Britannique : 30 maladies;
- Alberta : 19 maladies;
- Saskatchewan : 37 maladies;
- Manitoba : 49 maladies;
- Ontario : 30 maladies;
- Québec : 17 maladies (comprend des programmes de dépistage sanguin et urinaire);
- Nouveau-Brunswick : 15 maladies;
- Nouvelle-Écosse : 15 maladies (une augmentation a été annoncée, mais n'a pas encore été mise en œuvre);
- Île-du-Prince-Édouard : 15 maladies;
- Terre-Neuve-et-Labrador : 19 maladies;
- Yukon : 29 maladies (tests de dépistage effectués par le laboratoire de dépistage néonatal en Colombie-Britannique; tests d'audition offerts seulement à Whitehorse);
- Territoires du Nord-Ouest : 18 maladies (tests de dépistage effectués par le laboratoire de dépistage néonatal en Alberta); et
- Nunavut : 18 dans la région de Kitimeot (tests effectués par le laboratoire de dépistage néonatal en Alberta), 24 dans la région de Kivilliq (tests effectués par le laboratoire de dépistage néonatal au Manitoba) et 16 dans la région de Baffin (tests effectués par le laboratoire de dépistage néonatal au Québec, qui réalise aussi les tests de dépistage urinaire).

En plus de la variabilité des maladies qui font l'objet d'un dépistage, il existe également une variabilité dans les taux de dépistage qui ne peut être expliquée ni justifiée simplement. Par exemple, alors que le cancer est l'une des maladies les plus prévalentes au Canada et que le secteur du cancer possède sans doute le système de dépistage le mieux organisé au sein des provinces et des territoires canadiens, le pourcentage de Canadiens qui ont subi un test de dépistage du cancer dans le cadre d'un programme de dépistage organisé varie encore selon la province et le type de cancer.(23) Plus particulièrement, le Rapport de 2012 sur le rendement du système de lutte contre le cancer indique que bien que les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus soient relativement constants d'une province à l'autre (ils varient de 64 % en Saskatchewan à 72 % en Alberta) et que la couverture de dépistage soit élevée (comparativement aux niveaux passés), les taux de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal sont plus variables au pays.(23)

Pour ce qui est du cancer du sein, la participation à des programmes de dépistage organisés varie entre 6 % en Alberta et 56 % au Manitoba, au Québec et au Nouveau-Brunswick. Il faut toutefois préciser que le taux observé en Alberta représente seulement les femmes à qui on fait passer un test de dépistage dans le cadre du programme de dépistage Screen Test Program, lequel effectue seulement de 10 à 12 % du dépistage dans la province et en grande partie par l'intermédiaire d'unités mobiles de proximité (pour rejoindre les femmes vivant en régions rurales et éloignées).(24) Le pourcentage passe à 57,3 % lorsque la contribution en matière de dépistage de l'Alberta Society of Radiologists est incluse. Malgré tout, les taux de dépistage du cancer du sein sont quand même inférieurs à la cible de 70 %. Cependant, comme l'indique un rapport récent sur le rendement du système de lutte contre le cancer en ce qui a trait au dépistage du cancer du sein au Canada, environ 30 % des femmes passent un test de dépistage dans le cadre de programmes de dépistage non organisés.(24) Lorsque les taux de dépistage autodéclarés (c.-à-d. les femmes qui passent un test de dépistage

autre que les tests offerts par les programmes de dépistage organisés) sont combinés aux taux de dépistage des programmes, on constate que 72 % des femmes canadiennes admissibles âgées de 50 à 69 ans ont passé une mammographie de dépistage dans les deux dernières années et que l'intervalle dans les provinces varie alors entre 58 % (extrémité inférieure, à l'Île-du-Prince-Édouard) et 75 % (extrémité supérieure, au Nouveau-Brunswick). Il est à noter que l'interprétation des taux de dépistage n'est pas simple. Un taux de dépistage cible de 70 % est le reflet de la notion que l'équilibre entre les avantages, les préjudices et les préférences ne permet pas un taux de dépistage de 100 %. Cela dit, l'objectif réel du dépistage est peut-être de faire en sorte qu'un test de dépistage soit offert à toutes les personnes admissibles et que les personnes qui le souhaitent puissent passer un test de dépistage. Ces types d'indicateurs ne sont toutefois pas évalués à l'heure actuelle.

Pour ce qui est du cancer colorectal, le nombre de Canadiens qui étaient à jour avec leurs tests de dépistage (d'après ce qu'ils ont répondu dans les enquêtes de 2009 et de 2011 sur le dépistage du cancer du côlon) variait entre 22 % à Terre-Neuve-et-Labrador et 64 % au Manitoba.(23) Par ailleurs, une analyse de conformité avec les lignes directrices en matière de dépistage du cancer colorectal au Canada (d'après les réponses de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2003) a révélé que 70 % des 17 498 répondants ne se conformaient pas aux lignes directrices.(25)

À l'inverse, il y a des situations où il existe des lignes directrices accompagnées de recommandations pour le dépistage de routine (du moins pour certaines populations), mais aucun programme officiel, et d'autres où les données probantes sont insuffisantes ou non concluantes et les recommandations pour le dépistage sont divergentes pour une maladie en particulier, mais où le dépistage est offert automatiquement dans le cadre de programmes organisés. À titre d'exemple où le dépistage est offert systématiquement, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a publié des lignes directrices recommandant le dépistage de routine de l'hypertension comme soins primaires,(26) ainsi que le dépistage de routine du diabète tous les trois à cinq ans chez les adultes présentant un risque élevé et tous les ans chez les adultes présentant un risque très élevé.(27) Le peu de programmes organisés n'est pas surprenant étant donné que le dépistage est effectué en grande partie dans les établissements de soins de santé primaires, mais sans l'infrastructure des programmes organisés (ou au moins un modèle de coordination ou de gouvernance), les lacunes en matière d'assurance de la qualité sont probables. Une telle situation fait en sorte qu'il est difficile ou impossible de suivre de près, au fil du temps et au sein des différentes juridictions, les données sur le nombre de personnes qui passent des tests de dépistage et sur la proportion de ces tests qui est pertinente (un sujet que nous aborderons plus loin dans la section sur les ententes de gouvernance).

Le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique (APS) est un bon exemple de dépistage fréquent pour lequel les recommandations des lignes directrices ne sont pas uniformes.(28) Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est à préparer des recommandations en ce qui concerne le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique,(28) mais le groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis recommande de ne pas utiliser ce test pour le dépistage du cancer de la prostate.(29) L'Ontario a adopté une approche semblable, sa politique étant que le test de dépistage de l'APS ne devrait pas être utilisé comme test de dépistage de masse pour la détection précoce du cancer de la prostate chez les hommes asymptomatiques.(30) Au contraire, les lignes directrices récentes de l'Association des urologues du Canada (31) recommandent que les hommes de 50 ans et plus dont l'espérance de vie est d'au moins 10 ans passent un test de dépistage tous les ans ou les deux ans. De façon semblable, les lignes directrices du programme Towards Optimized Practice de l'Alberta recommandent d'aborder le sujet du dépistage avec certains groupes d'hommes asymptomatiques (ex. : la plupart des hommes âgés de plus de 50 ans, les hommes plus à risque et les hommes qui sont préoccupés par le cancer de la prostate).(32) Comme le remarque le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, plusieurs autres lignes directrices offrent des conseils contradictoires bien qu'elles aient toutes été élaborées en grande partie à partir des mêmes données de recherche.(28) Malgré la confusion, le test de dépistage de l'APS est habituellement offert à un grand nombre d'hommes asymptomatiques et près de la moitié des hommes canadiens de 50 ans et plus disent avoir passé au moins un test de dépistage de l'APS dans leur vie.(28;33) Le recours aux tests de dépistage de l'APS pour un dépistage populationnel comporte d'importants risques associés à des taux élevés de surdiagnostic (34;35) pouvant entraîner la détection de faux cancers (qui ne provoqueront jamais de symptômes et encore moins la

mort) et, par conséquent, des traitements excessifs (et une gamme d'effets secondaires associés aux traitements).(36)

Pressions potentielles qui pourraient engendrer une variation encore plus importante dans les pratiques

Différentes instances faisant autorité en matière de programmes de dépistage bien précis peuvent entraver l'élaboration de politiques et de programmes efficaces et coordonnés. Par exemple, des groupes de défense des droits ou des fournisseurs mettant de l'avant des opinions différentes de ce que les données probantes disponibles laissent supposer peuvent saper les efforts visant à promouvoir des pratiques et des politiques de dépistage efficaces. Ce type de préoccupations est particulièrement inquiétant lorsque les groupes et les fournisseurs ont le soutien d'entreprises ayant un intérêt financier à faire la promotion d'une opinion bien précise et lorsque les fournisseurs sont rémunérés pour offrir certains services de dépistage ou sont incités à le faire. Les promesses politiques (ex. : lors des campagnes électorales) de mettre en œuvre des programmes de dépistage à grande échelle qui ne sont pas fondées sur les données probantes disponibles peuvent aussi saper les efforts visant à promouvoir des pratiques et des politiques de dépistage efficaces. Une étude récente s'étant penchée tout particulièrement sur la question a examiné les liens entre les définitions élargies de la maladie dans les lignes directrices, et les liens qui existent entre les comités d'experts ayant élaboré ces lignes directrices et l'industrie, qui avait tout à perdre ou à gagner selon les recommandations formulées.(37) L'analyse a révélé que la majorité des comités d'experts proposait des changements aux définitions de la maladie qui faisaient augmenter le nombre de personnes considérées comme ayant la maladie, qu'aucun ne faisait état d'évaluation rigoureuse des dangers potentiels d'élargir ces définitions et que la plupart étaient composés d'une majorité de membres admettant avoir des liens financiers avec les compagnies pharmaceutiques.(37) Autrement dit, les comités d'experts qui prennent des décisions qui élargissent les définitions de la maladie, lesquelles peuvent être utilisées dans le processus de dépistage, sont souvent composés en grande partie de membres ayant des liens financiers avec des entreprises qui ont un intérêt direct pour le sujet auquel s'intéresse le comité.

L'écart qui s'élargit entre la faisabilité technique et pratique du dépistage est un facteur de plus en plus important. Plus particulièrement, l'expansion rapide des technologies disponibles pour le dépistage (notamment pour le dépistage génétique) mène souvent à des pressions de la part des groupes de défense des droits, des groupes de patients et des fournisseurs pour adopter ou élargir des programmes avant que des mesures de protection et des cadres réglementaires appropriés soient établis.(38;39) Par la suite, ce phénomène peut exercer une pression sur les systèmes de santé provinciaux et territoriaux et entraîner une plus grande variabilité dans les pratiques de dépistage. De plus, il existe une culture qui nourrit un enthousiasme pour le dépistage, qui, dans le secteur du cancer, ne semble pas avoir été freinée par la perspective de faux positifs et, donc, la possibilité de traitements non nécessaires.(40) Lorsqu'un tel niveau d'enthousiasme est combiné à de nouvelles technologies qui captent l'attention, il peut entraîner encore plus d'enthousiasme pour le dépistage parmi les citoyens et certains fournisseurs, puis des désaccords en ce qui concerne les tests de dépistage que les citoyens souhaiteraient passer et ceux qui sont recommandés ou jugés appropriés ou faisables par la plupart des fournisseurs et des décideurs. Comme le font remarquer Schwartz et ses collaborateurs dans le domaine du cancer, un grand enthousiasme pour le dépistage crée un environnement mûr pour la diffusion prématurée de technologies, comme la tomographie par ordinateur du corps entier, qui sont susceptibles d'entraîner des tests inutiles et des traitements excessifs.(40)

Les conséquences de l'augmentation des tests de dépistage (possiblement inappropriés) sont notamment le surdiagnostic et les traitements excessifs (et les effets secondaires de ces traitements que des personnes saines devront endurer inutilement), l'anxiété et le stress induis chez les patients ayant obtenu un résultat faux positif, un sentiment de « sécurité » relative chez les gens ayant obtenu de faux négatifs et une affectation inappropriée et inefficace des ressources de soins de santé. Par exemple, une revue systématique récente des conséquences psychologiques de faux positifs à la suite de mammographies de dépistage a révélé que la détresse psychologique durait jusqu'à trois ans et que les femmes étaient moins susceptibles de se présenter à leurs prochains rendez-vous de mammographie de dépistage.(41) En outre, une étude qualitative de l'expérience des femmes avec les tests de dépistage du cancer de l'ovaire a trouvé que même si les

participants disaient avoir l'avantage de se sentir rassurées quant à leur santé (ex. : en étant proactives et en détectant le cancer dès les premiers stades), elles vivaient aussi des conséquences négatives comme de l'inquiétude liée au test et aux résultats, une fausse assurance donnée par le test et une déception générale associée à un dépistage inefficace.(42)

Les arrangements actuels du système limitent les efforts favorisant des approches coordonnées de dépistage

Les arrangements actuels du système limitent les efforts favorisant des approches coordonnées de dépistage. Bien qu'il y ait peu de données empiriques sur l'importance relative de ces arrangements en ce qui concerne les efforts déployés, nous présentons ci-dessous les principaux arrangements liés à la prestation de services, aux arrangements financiers et aux arrangements de gouvernance qui contribuent possiblement au problème.

Les arrangements liés à la prestation de services

En plus des variations dans les approches de dépistage entre les provinces et territoires décrites précédemment (ex. : l'accès variable au dépistage néonatal de maladies spécifiques), les programmes de dépistage ne rejoignent pas toujours adéquatement certaines populations. Par exemple, tel qu'il est expliqué plus en détail à la section traitant de considérations d'équité ci-dessous, les gens vivant dans les régions rurales, éloignées et nordiques font souvent face à des difficultés d'accès aux programmes de dépistage compte tenu de la distance à parcourir, souvent très grande.(43;44) De plus, l'intérêt pour le dépistage (ex. : du cancer du col de l'utérus) parmi les immigrants, les réfugiés et les membres de collectivités ethnoculturelles est souvent beaucoup plus faible que l'intérêt suscité dans la population générale.(45-48) Pour les populations inuites, métisses et des Premières nations, il existe aussi des obstacles considérables liés à l'accès et à la rétention dans ces programmes de dépistage.(49-51)

L'accès en temps opportun à des soins après l'obtention d'un résultat positif à un test de dépistage est aussi une préoccupation majeure. Plusieurs facteurs peuvent expliquer le fait qu'une personne n'ait pas accès rapidement à des soins : les longues listes d'attente,(52;53) la progression rapide de la maladie (ex. : des cancers fulgurants qui se propagent trop rapidement pour être traités dès leur apparition), les ressources limitées (ex. : les ressources et spécialistes pour les troubles de développement social et psychologique détectés lors du dépistage) ou l'établissement d'un diagnostic tardif après que le dépistage a permis de déceler une anomalie nécessitant d'autres tests.(54;55) Chacune de ces situations peut retarder l'accès à un cheminement clinique approprié après le dépistage et soulève également des préoccupations éthiques à savoir si le dépistage était même pertinent étant donné que certains des principes clés expliqués plus tôt ne sont pas respectés.

L'accès restreint au dépistage pour certaines populations et les problèmes d'accès en temps opportun aux soins après le dépistage peuvent dépendre d'un certain nombre de facteurs. D'abord, le manque et le nombre limité de fournisseurs de soins primaires et de spécialistes dans certaines régions (rurales et éloignées), le manque de secteurs et de juridictions pouvant assurer la prestation des programmes de dépistage, ainsi que le manque de suivi approprié et de traitements (au besoin) limitent l'accès de bien des gens au dépistage. En outre, la capacité à coordonner efficacement le dépistage est limitée par le manque de dossiers de santé électroniques, de systèmes d'information et de systèmes de consignation des données qui favoriseraient le rappel des patients pour un suivi dans le cadre des programmes de dépistage, la découverte des tests de dépistage en double, et la collecte et le traitement en temps opportun (et de façon précise) des données de dépistage. De la même façon, la coordination entre les programmes de dépistage (c.-à-d. entre les maladies) est à l'heure actuelle limitée ou nulle même lorsque les programmes ciblent une population semblable ou couvrent une période semblable (ex. : dépistage d'une anomalie et du VIH chez le fœtus avant la naissance, dépistage néonatal des troubles métaboliques et de l'audition). En dernier lieu, les mesures d'amélioration continue de la qualité sont limitées par le manque de systèmes qui surveillent la conformité avec un niveau minimum de qualité (ex. : la conformité avec les protocoles de dépistage), et le manque de surveillance et d'évaluation continues du rendement des programmes.

Les mécanismes financiers

Pour garantir une prestation coordonnée des services de dépistage entre les secteurs et les juridictions, il est important que les systèmes de rémunération soient harmonisés avec les recommandations actuelles en matière de dépistage. Or, il y a une confusion générale à savoir quels systèmes de rémunération sont les plus propices à une optimisation des approches de dépistage. Les incitatifs financiers, les mécanismes de rémunération au rendement et les modèles de paiement mixte sont des façons d'inciter les fournisseurs à suivre les approches de dépistage recommandées ou de permettre aux équipes multidisciplinaires de travailler en collaboration (ex. : en permettant aux infirmières d'avoir la responsabilité du dépistage). Toutefois, les données probantes issues de la recherche sont souvent insuffisantes pour aider la prise de décision à savoir s'il est pertinent d'adopter une approche de rémunération en particulier. Par exemple, une récente revue systématique des incitatifs financiers offerts aux professionnels de soins primaires a révélé que six études sur sept montraient que les incitatifs financiers avaient des effets positifs, bien que modestes, sur l'amélioration de la qualité des soins (deux études étaient axées sur le dépistage de plusieurs maladies, dont le cancer du sein et du col de l'utérus, les maladies cardiovasculaires, la chlamydia et le diabète), mais a conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de données probantes pour justifier leur utilisation.(56) De la même façon, une revue de plusieurs études sur le mécanisme de rémunération au rendement a révélé qu'il y avait un large spectre d'effets possibles sur la prestation de soins cliniques efficaces (allant de l'absence d'effets ou d'effets négligeables aux effets très bénéfiques).(57)

Pour favoriser l'optimisation du dépistage, il faut également des ressources et une capacité suffisantes au sein des provinces et des territoires, ainsi que la participation des organismes et des fournisseurs à la prestation des programmes de dépistage. Or, certaines provinces et certains territoires ne disposent pas d'une capacité ni de ressources suffisantes pour offrir des programmes organisés dans la population, ou pour maintenir ou élargir les programmes existants afin de répondre à la demande croissante. Dans certains cas, cette difficulté a été contournée en offrant des programmes de dépistage par l'entremise de réseaux inter provinciaux ou interterritoriaux (ex. : entre la Colombie-Britannique et le Yukon et entre l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest pour le cancer, et entre la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard pour le dépistage néonatal). Les modèles de financement n'incitent souvent pas les fournisseurs à mettre en place l'infrastructure qui leur permettra d'adopter des programmes de dépistage organisés dans leur cabinet ou leur organisation, ce qui limite encore plus leur capacité à répondre à la demande croissante. Les laboratoires et les autres secteurs du système de santé qui prennent part au traitement et à l'analyse des tests de dépistage doivent aussi composer avec des budgets de plus en plus serrés et des dépenses en croissance constante,(58) ce qui peut entraîner des retards dans le cheminement clinique entre les étapes du dépistage, du diagnostic et des traitements.

En ce qui concerne la prise de décisions à savoir ce que nous devrions dépister, il est difficile de déterminer si certaines approches de dépistage en particulier sont efficientes (notamment en raison du manque de consensus sur les seuils d'efficience) et de savoir comment peser le pour et le contre des facteurs économiques, et des avantages, des préjudices et des considérations sociales élargies des différentes approches de dépistage. Cette difficulté est accentuée dans les cas de maladies rares, car les données sont souvent insuffisantes en raison du nombre restreint de patients atteints de la maladie, de l'incertitude quant à l'intervention à utiliser pour traiter la maladie et du fait que les interventions sont généralement très dispendieuses.(59)

Les mécanismes de gouvernance

Il y a un manque de coordination entre les approches de prise de décisions concernant le dépistage dans certains secteurs et certaines juridictions (y compris pour ce qui est de la prise en considération de l'état de santé des candidats ainsi que de la supervision des programmes) et entre les approches de synthèse des données probantes visant à évaluer les avantages, les préjudices et les coûts des approches de dépistage populationnel (ou pour déterminer les domaines où il y a un désinvestissement). En général, le manque de coordination peut être attribuable à plusieurs facteurs :

- entre les soins médicaux et les politiques de santé publique, le dépistage est un peu « oublié », ce qui limite l'attention qui lui est accordée et les ressources qui lui sont allouées par rapport à d'autres interventions en santé;
- le manque d'infrastructures et d'expertises essentielles à l'échelon provincial, territorial et régional pour la création et la gestion de programmes;
- une capacité limitée à tirer parti de l'expertise des différents secteurs de maladie;
- la mauvaise compréhension des similarités et des différences des structures et des processus pour la synthèse des données probantes dans d'autres secteurs (ex. : le Programme commun d'évaluation des médicaments) qui pourraient être utiles pour trouver comment adapter des approches semblables pour le dépistage ou comment s'appuyer sur les infrastructures existantes;
- le manque de clarté des objectifs des approches de dépistage (s'agit-il de susciter un intérêt dans toute la population, d'obtenir le consentement éclairé de toute la population ou d'offrir le dépistage à toute la population).

Le dépistage du cancer est une exception notable. Il existe, dans ce domaine, de vastes réseaux qui s'échangent de l'information, étudient et synthétisent les données, fournissent des données sommaires sur les recommandations des programmes de toutes les provinces (ex. : www.vuesurlecancer.ca) et entreprennent l'évaluation du système (ex. : le Rapport sur le rendement du système de lutte contre le cancer).

En ce qui concerne le fait que le dépistage est un peu « oublié » entre les soins médicaux et les politiques de santé publique, cela ressemble un peu aux politiques et aux programmes d'immunisation étant donné que l'immunisation est une intervention de santé publique ancrée, dans bien des cas, dans l'exercice de la médecine et vise à prévenir plusieurs maladies différentes, mais elle présente certaines variations en matière d'accès et de prestation au sein des provinces et des territoires. En effet, des demandes ont été formulées afin d'améliorer la coordination entre les programmes d'immunisation au pays et de renouveler la stratégie d'immunisation nationale (ex. : en créant un registre et des calendriers de vaccination harmonisés).⁽⁶⁰⁾ Des efforts ont été déployés pour planifier les orientations futures en matière d'immunisation, que nous abordons plus en détail à la section sur les implications liées à la mise en œuvre.

Le manque de coordination entre les secteurs et les compétences en ce qui concerne les approches de prise de décisions au sujet du dépistage ou la synthèse des données peut aussi être attribuable à l'absence d'un modèle de gouvernance cohérent. Sans modèle de gouvernance, la coordination entre les secteurs, les maladies et les juridictions ainsi que l'adoption d'une approche transparente et systématique pour une prise de décision éclairée seront toujours difficiles. Un cadre de gouvernance favoriserait plusieurs éléments de la coordination des approches de dépistage : 1) exigence du respect des protocoles; 2) examen juridictionnel pour comparer ce qui est fait (tant au Canada qu'à l'échelle internationale) et ainsi déterminer les points forts et les principaux secteurs où une intervention est nécessaire; 3) processus à entamer pour mobiliser les intervenants; 4) gestion de l'information pendant la durée de vie d'un programme; 5) étude de la possibilité d'investissements collectifs plus importants dans les services de prévention (ex. : par l'entremise du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs). Bien qu'en surface un modèle de gouvernance puisse sembler pertinent seulement pour les programmes de dépistage organisés, il pourrait aussi être important pour les maladies comme le diabète et l'hypertension (tel qu'il a été mentionné précédemment à la section sur les variations au sein des pratiques de dépistage), pour lesquelles un dépistage est effectué en grande partie dans les établissements de soins primaires (c.-à-d. dans le cadre d'un dépistage opportuniste). Un modèle de gouvernance coordonné permettrait notamment de vérifier la qualité au fil du temps et dans l'ensemble des juridictions pour savoir où il y a moins d'intérêt et dans quelle mesure le dépistage effectué est harmonisé avec les recommandations des meilleures lignes directrices disponibles (ex. : réaliser des tests de dépistage du diabète seulement chez les personnes vulnérables et très vulnérables). En l'absence de tels modèles, nous continuerons d'être incapables de déterminer si le dépistage dans ces domaines est une pratique trop ou pas assez courante.

La conformité avec les lignes directrices et les principes de dépistage est inconstante

La conformité avec les lignes directrices de dépistage est inconstante, ce qui peut entraîner une surutilisation ou une sous-utilisation du dépistage et faire en sorte, par la suite, que les traitements soient insuffisants ou excessifs pour certaines personnes. Par exemple, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (61) a recommandé en 2011 de ne pas faire subir des mammographies de routine aux femmes âgées de 40 à 49 ans pour détecter le cancer du sein (à moins que celles-ci ne présentent un risque élevé). La recommandation a été accueillie avec une très grande résistance (notamment de la part de la Fondation canadienne du cancer du sein). La recommandation n'a pas été respectée de manière uniforme d'un bout à l'autre du pays, ce qui peut s'expliquer (du moins en partie) par deux facteurs. D'abord, dans toutes les provinces sauf en Ontario et en Saskatchewan, les femmes âgées de 40 à 49 ans peuvent passer un test de dépistage dans le cadre d'un programme (ou d'une référence) si elles le souhaitent même si les programmes provinciaux ne ciblent activement que les femmes de 50 ans et plus.(24) Deuxièmement, dans toutes les provinces, les médecins peuvent demander qu'une femme, peu importe son âge, passe une mammographie, même si ce n'est pas dans le cadre d'un programme.(62)

À l'échelle du système, les principes de dépistage ne sont pas toujours respectés, en partie en raison des différentes sources d'influence sur l'élaboration des politiques et des programmes (c.-à-d. l'interaction entre les données probantes issues de la recherche, les valeurs, les ressources disponibles et d'autres facteurs). Pour mettre en pratique ces principes, il faut adopter une approche analytique (une approche qui ne se sert pas des principes uniquement comme d'une liste de vérification) qui permet d'équilibrer les avantages, les préjudices et les coûts du dépistage.

Autres observations d'équité concernant le problème

Nous avons trouvé deux revues systématiques qui examinaient la question de l'accès équitable aux tests de dépistage du cancer ainsi que des données sur le dépistage du cancer du sein provenant du Partenariat canadien contre le cancer. La première revue examinait les publications traitant de l'iniquité en matière d'accès aux services de soins de santé pour le cancer au Canada, et ce, selon le continuum de soins.(43) En général, la revue a permis de constater que l'iniquité était surtout évidente en ce qui concernait l'accès au dépistage, à la radiothérapie et aux services en fin de vie, et que la prestation de ces services était influencée par le revenu, l'âge et le lieu géographique.(43) Sur le plan du statut socioéconomique, la revue a constaté qu'il existait une certaine iniquité en matière d'accès au dépistage du cancer et au diagnostic de cancer (ainsi qu'à la thérapie générale et aux soins en fin de vie) qui était attribuable au revenu et au niveau de scolarité. Plus particulièrement, on a constaté que les personnes ayant un plus faible revenu étaient moins susceptibles d'avoir accès aux services et plus susceptibles d'avoir à attendre longtemps pour des services. De façon semblable, les patientes atteintes d'un cancer du sein qui étaient moins scolarisées avaient moins accès aux services de dépistage et attendaient plus longtemps pour obtenir une recommandation d'un médecin et entreprendre des traitements de radiothérapie comparativement à celles qui étaient plus scolarisées.(43)

La deuxième revue systématique examinait les enjeux d'équité en matière de participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal, lesquels comprenaient la recherche de sang occulte dans les selles, ainsi que les obstacles au dépistage équitable et les facteurs favorisant le dépistage équitable.(63) Les résultats ont révélé que les personnes originaires de milieux défavorisés et celles dont le statut socioéconomique, le revenu et le niveau de scolarité étaient faibles étaient moins susceptibles d'accepter une invitation à passer un test de dépistage, d'exprimer un intérêt à passer le test ou de passer le test. La revue systématique examinait aussi les inégalités d'accès attribuables au statut ethnoculturel et a découvert que la majorité des études évaluant cette relation avait constaté que la participation aux programmes de dépistage était considérablement plus faible au sein des groupes minoritaires. Cependant, une des études a trouvé que les inégalités ethnoculturelles n'étaient plus significatives lorsqu'on tenait compte du statut socioéconomique et a souligné que le statut socioéconomique était le principal facteur expliquant le peu d'intérêt suscité pour le

dépistage chez certains groupes ethniques.(64) Par contre, une autre étude du Royaume-Uni a constaté que le statut socioéconomique n'expliquait pas entièrement le faible taux de participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal des personnes d'origine asiatique.(65) Ces résultats nous permettent de tirer la conclusion que le statut socioéconomique, l'origine ethnique et le lieu géographique sont des facteurs collectivement importants, et étroitement liés, qui ont une incidence sur le caractère équitable de l'accès au dépistage.

L'examen des données du Partenariat canadien contre le cancer a révélé que les taux de dépistage du cancer du sein (autodéclarés) sont inférieurs chez les personnes dont le revenu et le niveau de scolarité sont plus faibles, ainsi que chez les immigrants récents, mais que les taux sont uniformes en milieu urbain et dans les régions rurales et éloignées.(24) Le rapport a plus particulièrement révélé que l'utilisation de la mammographie autodéclarée était de 16 % plus élevée chez les femmes se situant dans l'échelle des salaires les plus élevés (77 %) que chez celles se situant dans l'échelle des salaires les plus faibles (61 %). De façon similaire, l'utilisation de la mammographie de dépistage était plus élevée dans une proportion de 10 % chez les femmes les plus scolarisées (75 %) que chez les femmes les moins scolarisées (65 %). En outre, il existe une différence marquée entre les taux de mammographie de dépistage enregistrés chez les nouvelles immigrantes (qui vivent au Canada depuis moins de 10 ans) et ceux enregistrés chez les résidentes de longue date. En effet, seulement 42 % des nouvelles immigrantes âgées de 50 à 69 ans ont répondu avoir passé un test de dépistage au cours des 2 dernières années comparativement à 70 % des femmes qui résident au Canada depuis plus de 10 ans et 74 % des non-immigrantes. Enfin, même s'il n'y avait pas de différences apparentes entre les taux de dépistage chez les femmes âgées de 50 à 69 ans vivant en milieu urbain, en milieu rural, ou en régions éloignées et très éloignées, les taux de dépistage autodéclarés étaient plus élevés en milieu urbain (39 %), chez les femmes âgées de 40 à 49 ans que chez les femmes vivant en régions rurales ou très éloignées (33 %). Le rapport attribue ces résultats à la présence de programmes mobiles de dépistage dans le cadre de programmes de dépistage organisés, qui ne sont pas offerts aux femmes âgées de 40 à 49 ans.

TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE GLOBALE POUR RÉSOUTRE LE PROBLÈME

De nombreuses approches pourraient être choisies, comme point de départ des délibérations, afin de soutenir des approches optimales de dépistage au Canada. Pour promouvoir la discussion sur les avantages et les inconvénients des approches de dépistage potentiellement viables, nous avons choisi trois éléments d'une approche globale pour favoriser l'adoption d'approches optimales de dépistage. Les trois éléments ont été identifiés et peaufinés à la suite de consultations auprès du comité directeur et d'informateurs clés pendant la rédaction de la synthèse portant sur les données probantes. Ces éléments sont les suivants :

- 1) créer un modèle pour coordonner la prise de décisions en matière de dépistage entre les secteurs et les juridictions;
- 2) établir un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration des recommandations pour soutenir un dépistage optimal; et
- 3) soutenir la mise en œuvre optimale d'approches de dépistage

Les éléments peuvent être explorés simultanément ou séquentiellement, ou des composantes peuvent être tirées de chaque élément pour créer un nouvel (quatrième) élément. Ils sont présentés séparément afin de favoriser les délibérations au sujet de leurs composantes respectives, de leur importance ou priorité relative, de leur interdépendance et de leur potentiel (ou de la nécessité) de mise en séquence, ainsi que de leur faisabilité.

Dans la présente section, la priorité est mise sur ce que l'on sait de ces éléments d'après ce que les revues systématiques ont permis de mettre en lumière. Nous présentons les résultats des revues systématiques ainsi qu'une évaluation à savoir si la qualité de leur méthodologie (à l'aide de l'outil AMSTAR) est élevée (scores de 8 ou plus sur un score possible de 11), moyenne (scores de 4 à 7) ou faible (scores inférieurs à 4) [voir l'annexe pour plus de détails sur le processus d'évaluation de la qualité]. Nous précisons également si la revue a été effectuée récemment, c'est-à-dire au cours des 5 dernières années. La prochaine section met l'accent sur les obstacles à l'adoption et à la mise en œuvre de ces éléments ainsi que sur les stratégies de mise en œuvre possibles pour surmonter ces obstacles.

Encadré 4 : Mobilisation des données de recherches sur les éléments d'une approche globale pour résoudre le problème

Les données de recherche disponibles sur les options pour faire face au problème ont été obtenues de trois sources principalement. Premièrement, nous avons cherché dans Health Systems Evidence (www.healthsystemsevidence.org), une base de données mise à jour continuellement qui contient plus de 3 000 revues systématiques et plus de 1 600 évaluations économiques portant sur les arrangements de gouvernance, les arrangements financiers et les arrangements relatifs à la prestation de services dans les systèmes de santé. Les revues et les évaluations économiques ont été choisies en cherchant dans la base de données celles qui traitent des caractéristiques de chacun des éléments et des sous-éléments de l'approche.

Les conclusions des auteurs ont été extraites des revues dans la mesure du possible. Il se peut que certaines revues ne contiennent aucune étude en dépit d'une recherche exhaustive (c.-à-d. qu'il s'agissait de revues « vides »), tandis que d'autres peuvent conclure qu'il existait une incertitude importante au sujet de l'option basée sur les études repérées. Aucune de ces possibilités n'a été rencontrée dans la production de cette synthèse. Lorsque c'était pertinent, nous avons formulé des mises en garde au sujet des conclusions tirées par ces auteurs et basées sur des évaluations de la qualité des revues, du caractère applicable de leurs résultats au niveau local, des considérations relatives à l'équité et de la pertinence à la question.

Il peut être tout aussi important de savoir ce que nous savons et ce que nous ne savons pas. Face à une revue vide, une incertitude importante ou des préoccupations soulevées par la qualité et l'applicabilité locale ou le manque d'attention aux facteurs liés à l'équité, nous pourrions recommander plus de recherches primaires ou chercher à appliquer une option et concevoir un plan de surveillance et d'évaluation dans le contexte de sa mise en oeuvre. Face à une revue publiée il y a de nombreuses années, nous pourrions en commander la mise à jour si le temps le permet.

Aucune autre donnée de recherche n'a été cherchée au-delà de ce qui était inclus dans les revues systématiques. Les personnes intéressées à mettre en œuvre un élément particulier pourraient tenter d'obtenir une description plus détaillée de cet élément ou d'autres données de recherche sur cet élément.

Élément 1 – Créer un modèle pour coordonner la prise de décision en matière de dépistage entre les secteurs et les juridictions

Cet élément pourrait comprendre les sous-éléments suivants :

- mettre en place un processus permettant de trouver des modèles de coordination prometteurs qui pourraient être mis à l'échelle des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou adaptés à ceux-ci;
- mettre en place un processus permettant de fixer les priorités pour la synthèse des données probantes, qui serait complété dans le cadre d'un pôle de coordination pancanadien (voir l'élément 2);
- former un groupe d'experts pour coordonner les décisions à prendre à propos des programmes qui devraient être adoptés, adaptés, mis à l'échelle ou discontinués au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux;
- élaborer des critères pour orienter la prise de décision du groupe d'experts;
- effectuer des examens pangouvernementaux périodiques pour déterminer les points forts et les secteurs clés où le groupe d'experts pourrait apporter des améliorations; et
- élaborer une stratégie visant à informer, consulter et mobiliser le public et d'autres intervenants concernés afin d'éclairer les décisions prises par le groupe d'experts.

Aperçu et contexte

Cet élément est le plus complet des trois et comprend des sous-éléments qui permettraient d'élaborer un modèle de gouvernance transparent et solide pour le dépistage au Canada (en améliorant la coordination entre les secteurs et les compétences afin de fixer les priorités, d'effectuer des synthèses, d'appuyer la prise de décisions et de mobiliser les membres du public et les parties prenantes). Par conséquent, cet élément pourrait comprendre de nombreuses activités favorisant l'établissement d'un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes (élément 2) et la mise en œuvre de lignes directrices de dépistage (élément 3). Nous présentons cet élément en premier et le séparons des deux autres étant donné qu'il a la portée la plus étendue et qu'il sera probablement difficile d'obtenir un consensus sur cet élément pour, ultimement, le mettre en œuvre. Ce faisant, nous espérons inciter les participants au dialogue à envisager le caractère réalisable de cet élément et à se demander s'il est nécessaire de le présenter en séquence avec les deux autres éléments. Par exemple, si un modèle pour coordonner la prise de décision est jugé comme une solution à long terme qui nécessite un travail préparatoire de longue haleine, des mesures à court et à moyen terme pourraient alors être prises pour améliorer la coordination de la synthèse des données probantes et la formulation de recommandations, et pour contribuer à une mise en œuvre optimale des méthodes de dépistage.

Ce que nous avons trouvé

Nous avons trouvé deux revues systématiques (66;67) qui décrivent les avantages de cet élément. Une revue récente de qualité moyenne a trouvé des avantages liés au premier sous-élément (c.-à-d., la mise en place d'un processus permettant de trouver des modèles de coordination prometteurs qui pourraient être mis à l'échelle des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou adaptés à ceux-ci).(66) Plus particulièrement, la revue a permis d'examiner les ouvrages disponibles (études originales, revues de la littérature et comptes rendus descriptifs) au sujet de la collaboration entre le secteur des soins primaires et celui de la santé publique, et a trouvé des résultats bénéfiques pour les systèmes de santé (ex. : amélioration de la prestation des services de santé) et pour les professionnels de la santé (ex. : amélioration des partenariats et du fonctionnement des équipes). La deuxième revue systématique, qui était plus ancienne, mais de grande qualité, faisait état d'avantages liés à la participation du public à des activités en lien avec la création de documents d'information pour les patients, mais elle a constaté que les recherches étaient insuffisantes pour évaluer de façon fiable l'incidence de la participation du public à l'élaboration des politiques en matière de soins de santé.(67)

Bien qu'il y ait peu de données probantes sur les avantages de cet élément, plusieurs revues systématiques donnent un aperçu des principales composantes qui peuvent être incluses dans les activités liées aux quatre sous-éléments décrits ci-après.

Mettre en place un processus permettant de trouver des modèles de coordination prometteurs qui pourraient être mis à l'échelle des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou adaptés à ceux-ci : Une revue récente de qualité moyenne examinant les ouvrages traitant du premier sous-élément a permis de déceler plusieurs facteurs favorisant la collaboration entre le secteur des soins primaires et la santé publique (ex. : correspondance entre les besoins locaux et les services gouvernementaux, pratiques efficaces d'échange d'information et rôle clair entre les partenaires), mais aussi des obstacles à cette collaboration (ex. : financement, luttes de pouvoir ou de contrôle au sein de la collaboration, ainsi qu'attitudes et croyances divergentes entre les partenaires).(66)

Mettre en place un processus permettant de fixer les priorités pour la synthèse des données probantes, qui serait complété dans le cadre d'un centre de coordination pancanadien : Une revue systématique moins récente et de qualité moyenne a trouvé qu'une majorité de cadres d'établissement des priorités faisaient appel à un groupe d'experts interdisciplinaire ou un comité d'investisseurs, de professionnels de la santé et de chercheurs pour donner des conseils.(68) Elle a aussi permis de constater que certains modèles d'établissement des priorités étaient fondés sur l'avis de conseils d'administration et qu'ils utilisaient un système d'évaluation (et tenaient compte des suggestions d'un groupe d'experts ou d'un comité) pour éclairer l'établissement des priorités.(68)

Élaborer des critères pour orienter la prise de décision du groupe d'experts : Deux revues de qualité moyenne ont examiné les critères nécessaires pour prendre des décisions dans le secteur des soins de santé. L'une d'elles (69) dresse une liste des critères pour l'allocation des ressources et la prise de décisions en matière de soins de santé (la liste complète est présentée au tableau 2, sous la forme d'éléments clés de l'élément, lorsque ce dernier a été essayé ailleurs), et l'autre revue (70) permet de constater que les données cliniques sur les avantages et les coûts étaient le principal critère utilisé dans les processus de prise de décision cherchant à inclure ou à exclure certains médicaments des listes de médicaments remboursés. Cette même revue a aussi révélé que les valeurs représentent une partie importante des critères liés à la prise de décisions puisque, souvent, les données probantes issues de la recherche disponible ne constituent pas une base solide pour la prise de décision.(70)

Élaborer une stratégie visant à informer, consulter et mobiliser le public et d'autres intervenants concernés afin d'éclairer les décisions prises par le groupe d'experts : Deux revues systématiques de qualité moyenne donnent un aperçu des approches qui peuvent être adoptées pour encourager la participation du public, tandis qu'une autre revue, de qualité moyenne elle aussi, met l'accent sur la formation pour favoriser la contribution du public. Cette dernière revue a révélé que la formation des patients et des professionnels de la santé est un élément important si l'on veut s'assurer que les patients atteints de cancer participent aux travaux de recherche, aux politiques et à la planification, et aux activités de la profession.(71) En ce qui concerne la participation du public, une revue a fait état de la panoplie de méthodes pouvant être utilisées pour connaître les valeurs du public afin d'éclairer les décisions liées à l'allocation des ressources et a trouvé (d'après des entrevues clés auprès de décideurs locaux) que la méthode la plus couramment employée par les autorités régionales de la santé pour mettre à contribution le public était les groupes consultatifs.(72) Néanmoins, la même revue a indiqué qu'aucune approche ne pouvait être considérée comme l'approche de référence et elle a plutôt semblé indiquer qu'une approche ne devrait être choisie qu'une fois que certains facteurs propres à la population auraient été pris en considération. Cette recommandation faisait écho à une autre revue indiquant que les mécanismes utilisés pour impliquer le public doivent être adaptés au contexte d'élaboration des politiques entourant la question.(73)

Le tableau 2 est un résumé des principaux constats de la synthèse des données probantes issues de la recherche. Pour de plus amples renseignements concernant les revues systématiques présentées au tableau 2 (ou pour obtenir leur référence bibliographique), il faut consulter l'annexe 1 qui fournit une description plus détaillée des revues.

Tableau 2 : Résumé des principaux constats des revues systématiques présentant un intérêt pour l'élément 1 – créer un modèle pour coordonner la prise de décision en matière de dépistage entre les secteurs et les juridictions

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un processus permettant de trouver des modèles de coordination prometteurs qui pourraient être mis à l'échelle des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou adaptés à ceux-ci <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Collaboration intersectorielle</i> : Une revue systématique récente, de qualité moyenne, examinant la collaboration entre le secteur des soins primaires et la santé publique a permis de constater que ce type de collaboration donnait des résultats bénéfiques (comme le montrent des études originales, des revues de la littérature et des comptes rendus descriptifs) pour les systèmes de santé (amélioration de la santé de la population et approches de santé publique, accroissement du financement et des ressources, amélioration de la prestation de services de santé, amélioration des processus de prestation des services de santé et élaboration de nouveaux programmes ou de programmes innovateurs) et pour les professionnels de la santé (partenariats et fonctionnement des équipes améliorés, perfectionnement professionnel et améliorations au système d'éducation).(66) • Élaborer une stratégie visant à informer, consulter et mobiliser le public et d'autres intervenants concernés afin d'éclairer les décisions prises par le groupe d'experts <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Participation du public</i> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue systématique moins récente de qualité moyenne a permis de constater que la participation des patients à la planification et à la préparation des soins de santé comportait plusieurs avantages : meilleure estime de soi des patients; expérience gratifiante pour le personnel du secteur des soins de santé; production de ressources de renseignements sur les patients à jour et améliorées; simplification des procédures de rendez-vous; efficacité accrue du transport entre établissements de traitement; accès facilité pour les personnes ayant une incapacité; attitudes organisationnelles à l'appui d'une participation des patients.(74) ▪ Une autre revue moins récente, mais de grande qualité, a trouvé que les avantages de la participation du public (par rapport à aucune participation) étaient plus marqués dans le contexte d'activités liées à la création de documents d'information pour les patients.(67)
Préjudices possibles	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un processus permettant de trouver des modèles de coordination prometteurs qui pourraient être mis à l'échelle des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou adaptés à ceux-ci <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Collaboration intersectorielle</i> : Une revue récente, de qualité moyenne, d'exemples de collaboration entre le secteur des soins primaires et la santé publique a permis de constater que ce type de collaboration donnait aussi des résultats négatifs, notamment de l'anxiété face à l'éventail des compétences nécessaires en sciences infirmières (peur d'être marginalisé au sein d'équipes intégrées), peu d'amélioration quant à la réduction des facteurs de risque comportementaux, des occasions limitées de discussion des cas entre les infirmières et les médecins, et une expertise en santé publique insuffisante pour qu'elle puisse servir d'exemple.(66)
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un processus permettant de trouver des modèles de coordination prometteurs qui pourraient être mis à l'échelle des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou adaptés à ceux-ci <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Collaboration intersectorielle</i> : Une revue récente de qualité moyenne a révélé que la collaboration entre le secteur des soins primaires et la santé publique pouvait comporter des risques, comme les coûts supplémentaires du maintien de la collaboration.(66) • Élaborer une stratégie visant à informer, consulter et mobiliser le public et d'autres intervenants concernés afin d'éclairer les décisions prises par le groupe d'experts <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Participation des patients</i> : Même si elle ne fournissait pas de données claires sur les coûts, une revue moins récente de qualité moyenne a indiqué qu'une participation efficace des patients nécessitait en général un engagement personnel, mais aussi un engagement financier.(71) ◦ <i>Participation du public</i> : Une revue moins récente de faible qualité a révélé que les coûts associés aux activités visant à susciter la participation du public étaient rarement déclarés, mais elle a aussi fait remarquer que les processus bien structurés pouvaient coûter des dizaines de milliers de dollars et atteindre un million de dollars et plus.(75)
Incertitude concernant les avantages et les préjudices possibles (la surveillance et l'évaluation seraient alors justifiées si l'élément était	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été recensée <ul style="list-style-type: none"> ◦ Former un groupe d'experts pour coordonner les décisions à prendre à propos des programmes qui devraient être adoptés, adaptés, mis à l'échelle ou discontinués au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ◦ Effectuer des examens pangouvernementaux périodiques pour déterminer les points forts et les secteurs clés où le groupe d'experts pourrait apporter des améliorations • Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sans objet (aucune revue « vide » n'a été recensée)

retenu)	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d'un message clair dans les études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Mettre en place un processus permettant de trouver des modèles de coordination prometteurs qui pourraient être mis à l'échelle des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou adaptés à ceux-ci <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Partenariats organisationnels</i> : Une revue systématique récente de qualité moyenne n'a pas trouvé suffisamment de données probantes quant à une amélioration de la santé publique en Angleterre (1997-2008) pouvant être expliquée par les partenariats organisationnels.(76) ○ Mettre en place un processus permettant de fixer les priorités pour la synthèse des données probantes, qui serait complété dans le cadre d'un centre de coordination panafricanien <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Processus d'établissement des priorités</i> : Une revue systématique moins récente de qualité moyenne a trouvé et comparé des approches d'établissement des priorités pour l'évaluation des technologies de la santé (68) et une autre revue moins récente elle aussi, mais de faible qualité a décrit les processus d'établissement des priorités pour les soins de santé,(77) mais aucune n'a évalué les avantages, les dangers et les coûts de ces processus étant donné qu'elles étaient toutes les deux centrées sur les caractéristiques clés de modèles qui avaient déjà été utilisés (voir la section ci-dessous pour les éléments clés de l'option stratégique pour de plus amples renseignements). ○ Élaborer une stratégie visant à informer, consulter et mobiliser le public et d'autres intervenants concernés afin d'éclairer les décisions prises par le groupe d'experts <ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Participation des patients</i> : Une revue moins récente, mais de grande qualité a trouvé que les recherches n'étaient pas en nombre suffisant pour qu'il soit possible d'évaluer avec fiabilité l'incidence de la participation des patients sur l'élaboration de politiques en matière de soins de santé.(67) ■ <i>Participation du public</i> : Une revue moins récente de faible qualité a observé que les exercices visant à susciter la participation du public ne sont généralement pas évalués de façon officielle, mais que malgré le nombre restreint d'évaluations, les résultats des processus de participation du public sont habituellement considérés comme positifs et auraient un effet direct sur les décisions prises.(75)
Caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis en oeuvre ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un processus permettant de trouver des modèles de coordination prometteurs qui pourraient être mis à l'échelle des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou adaptés à ceux-ci <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Collaboration intersectorielle</i> : <ul style="list-style-type: none"> ■ Une revue récente de qualité moyenne a trouvé plusieurs facteurs favorisant la collaboration entre le secteur des soins primaires et la santé publique à l'échelle du système (correspondance entre les besoins locaux et les services gouvernementaux, financement, scolarité et formation), à l'échelle organisationnelle (leadership/direction et responsabilité, proximité géographique des partenaires et échange d'information) et à l'échelle interpersonnelle (rôle clair, objectif commun, identité philosophique et professionnelle, souci du maintien des partenariats, et stratégies efficaces de communication et de prise de décision). ■ La même revue a aussi relevé des obstacles à la collaboration à l'échelle du système (problèmes de financement, de structure de l'information et luttes de pouvoir ou de contrôle au sein de la collaboration), à l'échelle organisationnelle (absence d'un plan commun, ressources limitées, connaissances et compétences insuffisantes) et à l'échelle interpersonnelle (attitudes et croyances contradictoires). • Mettre en place un processus permettant de fixer les priorités pour la synthèse des données probantes, qui serait complété dans le cadre d'un pôle de coordination panafricanien <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Processus d'établissement des priorités</i> : <ul style="list-style-type: none"> ■ Voici ce qu'une revue moins récente de qualité moyenne a découvert : la majorité des cadres d'établissement des priorités (sept des douze qui ont été répertoriés) a donné des conseils par l'intermédiaire d'un groupe d'experts ou d'un comité, et tous les comités ont engagé des représentants qui étaient des investisseurs, des professionnels de la santé et des chercheurs; certains se sont basés sur les conseils d'un conseil d'administration (souvent de concert avec un comité distinct); le tiers a utilisé un système d'évaluation pour éclairer l'établissement des priorités (ainsi que l'aide d'un comité); et seulement deux modèles ont clairement tenu compte de l'équilibre des coûts et des avantages dans les évaluations qu'ils ont effectuées.(68) ■ Une revue moins récente, de qualité moyenne, des processus d'établissement des priorités pour les soins de santé a relevé des processus officiels et non officiels.(77) <ul style="list-style-type: none"> ● Processus officiels – création d'un comité nommé par le gouvernement, détermination des principes et des facteurs dont il faut tenir compte durant le processus d'établissement des priorités (ex : équité, solidarité, égalité, efficacité et utilité des services de soins de santé à l'étude) ● Processus non officiels – débats non officiels, discussions entre décideurs et réunions ponctuelles pour trouver un consensus ■ La même revue a indiqué que les outils servant à dresser la liste des priorités selon les données n'étaient souvent pas pratiques ou de conception difficile à comprendre.(77) • Élaborer des critères pour orienter la prise de décision du groupe d'experts <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Critères pour la prise de décision en matière de soins de santé</i> : <ul style="list-style-type: none"> ■ Une revue récente, de qualité moyenne, des critères de décision pour l'allocation des ressources et la

	<p>prise de décision en matière de soins de santé a permis de constater que les critères suivants étaient utilisés (en ordre décroissant) : équité/justice, utilité/efficacité, intérêt et pression des parties prenantes, rapport coût-efficacité, poids de la preuve, sécurité, mission et mandat du système de santé, capacité et exigences organisationnelles, résultats déclarés par les patients et besoins.(69)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une étude récente, mais de faible qualité a constaté que les données cliniques sur les avantages et les coûts étaient le principal critère de décision utilisé dans le cadre des processus de prise de décision pour inclure ou exclure les médicaments des listes de remboursement et des formulaires des pharmaciens, mais également que les analyses pharmacoéconomiques jouaient généralement un petit rôle et les valeurs un rôle important, car les données disponibles n'offraient souvent pas une base solide pour la prise de décision.(70) <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer une stratégie visant à informer, consulter et mobiliser le public et d'autres intervenants concernés afin d'éclairer les décisions prises par le groupe d'experts <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Formation pour favoriser la participation des patients</i> : Une revue moins récente de qualité moyenne a révélé que la formation des patients et des professionnels de la santé est un élément important si l'on veut s'assurer que les patients atteints de cancer participent à la recherche, aux politiques et à la planification, et aux activités de la profession.(71) ○ <i>Participation du public</i> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue récente de qualité moyenne a expliqué brièvement que les mécanismes utilisés pour susciter l'intérêt du public devaient être adaptés au contexte d'élaboration des politiques entourant la question (ex. : en étant sensible au type de sujet, à l'historique de la question et aux dynamiques de pouvoir possibles avant de former un groupe).(73) ▪ Soixante-neuf (69) des 117 rapports de recherche examinés dans le cadre d'une revue systématique moins récente de qualité moyenne traitaient des diverses méthodes utilisées pour connaître les valeurs du public (ex. : classement des services et des programmes, évaluation des options, choix clairs entre les options, entrevues individuelles, méthode Delphi, groupes de discussion, jurys de citoyens et assemblées publiques locales) afin d'éclairer les décisions prises relativement à l'allocation des ressources; la revue a permis de constater qu'aucune méthode ne pouvait être définie comme la méthode de référence et a plutôt laissé entendre que le choix d'une méthode devrait être fait seulement après avoir tenu compte des facteurs propres à une population.(72) ▪ La même revue a permis de découvrir (d'après des entrevues clés auprès de décideurs locaux) que la méthode qui avait été la plus fréquemment employée par les régies régionales de la santé pour mettre à contribution le public avait été les groupes consultatifs.(72)
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer une stratégie visant à informer, consulter et mobiliser le public et d'autres intervenants concernés afin d'éclairer les décisions prises par le groupe d'experts <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Participation du public</i> : Une revue récente de qualité moyenne a révélé que les personnes qui participent à un processus interactif de participation du public bien conçu disent être très satisfaits des différentes étapes du processus (ex. : communication des objectifs, caractère adéquat du matériel d'information fourni pour éclairer les discussions, et logistique et gestion des délibérations) et avoir davantage appris sur certains sujets.(73)

Élément 2 – Établir un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration des recommandations pour soutenir un dépistage optimal

Cet élément pourrait comprendre les sous-éléments suivants :

- effectuer la synthèse des nombreux types de données probantes issues de la recherche présentant un intérêt pour la prise de décisions au sujet des approches optimales de dépistage et de s'assurer de la mettre à jour régulièrement;
- convoquer des groupes composés d'experts de la méthodologie et du contenu, ainsi que de membres du public pour évaluer la qualité des données probantes, l'applicabilité des données probantes issues de la recherche à l'échelle locale et la robustesse des recommandations concernant les approches optimales de dépistage;
- élaborer des « manuels » pour faciliter l'adaptation des recommandations de dépistage aux différents contextes provinciaux et territoriaux.

Aperçu et contexte

Un pôle de coordination de la synthèse des données probantes et de la formulation des recommandations de dépistage pourrait se concentrer à synthétiser l'utilité du dépistage ou mettre l'accent sur d'éventuelles approches favorisant un dépistage optimal. Bien qu'il existe des structures et des mécanismes pour effectuer des synthèses et formuler des recommandations de dépistage (notamment par l'intermédiaire du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs), l'éventail des sujets qui ont fait l'objet d'une synthèse ou pour lesquels un engagement a été pris pour effectuer une synthèse est limité. Par exemple, depuis son rétablissement en 2010, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a publié des lignes directrices dans cinq domaines de dépistage (le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, la dépression, l'hypertension et le diabète de type 2) et s'est fixé cinq autres domaines prioritaires pour l'élaboration de lignes directrices de dépistage (le cancer colorectal, le cancer de la prostate, les retards de développement, l'obésité et l'obésité juvénile).⁽⁷⁸⁾

Plusieurs provinces ont mis en place une infrastructure leur permettant d'évaluer les technologies de la santé et de formuler des recommandations,⁽⁷⁹⁾ notamment dans le domaine du dépistage. Par conséquent, dans le domaine de la synthèse de l'utilité du dépistage, il y a peut-être de la place pour une augmentation des efforts et une amélioration de la coordination entre les infrastructures de synthèse existantes afin d'éviter la répétition des efforts et favoriser l'adoption de directives uniformes dans tout le pays. Par contre, les efforts de synthèse investis pour d'éventuelles approches favorisant un dépistage optimal (dépistage programmatique par rapport à dépistage opportuniste; modèles contrôlés par les médecins par rapport à modèles contrôlés par les patients; recours ou non à des mesures incitatives et, le cas échéant, façons de les utiliser, etc.) sont limités ou inexistant et un « pôle » pourrait être tout particulièrement indiqué pour combler cette lacune.

Ce que nous avons trouvé

Nous n'avons trouvé aucune revue systématique des sous-éléments liés à l'établissement d'un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration des recommandations pour soutenir un dépistage optimal. Cependant, il existe plusieurs ressources importantes au sujet de ces sous-éléments qui pourraient donner un aperçu des meilleures pratiques à adopter pour une telle approche. Par exemple, une série de 16 revues non systématiques des méthodes employées pour l'élaboration de lignes directrices publiées en 2006 avaient comme objectif général de parvenir à mieux utiliser les données probantes issues de la recherche dans le cadre de l'élaboration de lignes directrices.⁽⁸⁰⁾ Parmi ces revues, certaines proposent des recommandations concernant les éléments clés du premier sous-élément (c.-à-d. pour la réalisation de synthèses et leur mise à jour)⁽⁸¹⁾ ainsi que du deuxième sous-élément, comme convoquer des groupes constitués d'experts de la méthodologie et du contenu (et, de façon générale, favoriser des processus sensés au sein des groupes),^(82;83) faire participer les membres du public à l'élaboration des lignes directrices,⁽⁸⁴⁾

évaluer la qualité des données et la robustesse des recommandations,(85) et juger de l'applicabilité des données probantes issues de la recherche à l'échelle locale.(81)

Voici certaines des recommandations clés de ces revues :

- la coordination centrale pour la préparation des revues systématiques devrait être incluse dans les lignes directrices ou les recommandations et devrait être assurée par la collaboration d'intervenants ayant une expertise en méthodologie et en contenu;(81)
- une composition optimale des groupes, ce qui signifie inclure un éventail élargi d'intervenants (ex. : membres du public, professionnels de la santé, gestionnaires et décideurs), de gens ayant une expertise en contenu et en méthodologie/technique, et un leader efficace pour amener tous les membres du groupe à collaborer et à contribuer, et pour offrir de la formation à ceux qui ne sont pas familiers avec toutes les méthodes et tous les processus employés pour formuler des recommandations;
- une approche visant à parvenir à un consensus pour l'élaboration des recommandations (même s'il est difficile de décider quelle méthode de consensus officielle est la meilleure, par exemple la méthode du groupe nominal ou la méthode Delphi, ces méthodes officielles se sont quand même avérées plus performantes que les méthodes non officielles);(82;83)
- la participation des membres du public à toutes les étapes de l'élaboration des lignes directrices ou des recommandations, ce qui peut vouloir dire inviter des patients à se joindre au groupe, organiser des réunions ponctuelles avec les patients ou faire en sorte qu'un défenseur des droits des patients fasse partie du groupe d'élaboration des lignes directrices ou des recommandations;(84)
- évaluer la qualité des données probantes et la robustesse des recommandations à l'aide d'une méthode acceptée comme la méthode GRADE et appliquer uniformément celle-ci aux produits conçus par le groupe pour éviter toute confusion chez les personnes qui élaborent et utilisent les lignes directrices ou les recommandations;(85) et
- offrir des directives précises sur la manière d'adapter les recommandations à des contextes locaux tout en veillant à ce que les processus d'adaptation à l'échelle locale soient systématiques et transparents, sur la façon de mettre à contribution les parties concernées, et sur la façon de faire rapport des principaux facteurs influençant le processus et des raisons particulières expliquant les modifications apportées.(81)

Le tableau 3 est un résumé des principaux constats de la synthèse des données probantes issues de la recherche. Pour de plus amples renseignements concernant les revues présentées au tableau 3 (ou pour obtenir leur référence bibliographique), il faut consulter l'annexe 2 qui fournit une description plus détaillée des revues.

Tableau 3 : Résumé des principaux constats des revues systématiques présentant un intérêt pour l'élément 2 – établir un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration des recommandations pour soutenir un dépistage optimal

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune des revues recensées ne fournit de renseignements sur les avantages des sous-éléments
Préjudices possibles	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune des revues recensées ne fournit de renseignements sur les préjudices possibles des sous-éléments
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune des revues recensées ne fournit de renseignements sur les coûts des sous-éléments et aucune évaluation économique n'a été recensée
Incertitude concernant les avantages et les préjudices possibles (la surveillance et l'évaluation)	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été recensée <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectuer la synthèse des nombreux types de données de recherche présentant un intérêt pour la prise de décisions au sujet des méthodes optimales de dépistage et s'assurer de la mettre à jour régulièrement <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une des revues non systématiques répertoriées donne des directives sur certains sous-éléments (voir la section ci-dessous au sujet des éléments clés lorsque cette dernière a été essayée ailleurs). ○ Convoyer des groupes composés d'experts de la méthodologie et du contenu, ainsi que de

seraient alors justifiées si l'élément était retenu)	<p>membres du public pour évaluer la qualité des données, l'applicabilité des données probantes issues de la recherche à l'échelle locale et la robustesse des recommandations concernant les méthodes optimales de dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Plusieurs des revues non systématiques répertoriées donnent des directives sur certains sous-éléments (voir la section ci-dessous au sujet des éléments clés lorsque cette dernière a été essayée ailleurs). ○ Élaborer des « manuels » pour faciliter l'adaptation des recommandations de dépistage aux différents contextes provinciaux et territoriaux ▪ Comme aucune des revues non systématiques n'a examiné un sujet en lien avec ce sous-élément, aucune réflexion supplémentaire sur ce sous-élément n'a été trouvée, contrairement aux deux autres sous-éléments. ● Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans objet (aucune revue « vide » n'a été recensée) ● Absence d'un message clair des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans objet
Caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis en oeuvre ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> ● Effectuer la synthèse des nombreux types de données probantes issues de la recherche présentant un intérêt pour la prise de décisions au sujet des méthodes optimales de dépistage et s'assurer de la mettre à jour régulièrement <ul style="list-style-type: none"> ○ L'une des 16 revues non systématiques ayant examiné des méthodes pour l'élaboration de lignes directrices recommandait que la préparation des revues systématiques à inclure dans les lignes directrices soit coordonnée centralement grâce à une collaboration entre intervenants (notamment des centres de partout dans le monde) qui ont de l'expertise dans les revues systématiques et qui en font.(81) ● Convoquer des groupes composés d'experts de la méthodologie et du contenu, ainsi que des membres du public pour évaluer la qualité des données probantes, l'applicabilité des données probantes issues de la recherche à l'échelle locale et la robustesse des recommandations concernant les méthodes optimales de dépistage <ul style="list-style-type: none"> ○ Plusieurs revues non systématiques d'une série de 16 ayant examiné des méthodes pour l'élaboration de lignes directrices donnent des directives sur certains sous-éléments : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Composition des groupes</i> : Une revue a trouvé que les données empiriques existantes laissaient supposer que la composition des groupes d'experts avait une incidence sur le contenu des recommandations, mais compte tenu du peu de données de recherche disponibles pour guider la composition des groupes, les recommandations suivantes, qui sont basées sur des arguments logiques et l'expérience organisationnelle, ont été formulées : <ul style="list-style-type: none"> ● les groupes devraient être constitués d'un large éventail d'intervenants (membres du public, professionnels de la santé, gestionnaires et décideurs); ● les groupes d'experts devraient inclure des personnes ayant de l'expertise en contenu et d'autres possédant les compétences techniques nécessaires (cueillette de renseignements, revues systématiques, économie de la santé, animation de groupe, gestion de projet, rédaction et édition) ou ils devraient être en mesure de consulter des personnes possédant ces compétences; ● un leader efficace pouvant donner des directives au groupe en ce qui concerne ses tâches et les processus, et faciliter la collaboration et la contribution de tous les membres du groupe; ● les membres du groupe d'experts qui ne connaissent pas bien toutes les méthodes et tous les processus utilisés pour formuler des recommandations devraient se voir offrir de la formation et avoir de l'aide.(82) ▪ <i>Favoriser des processus sensés au sein des groupes</i> : Une revue a indiqué qu'en plus de choisir un leader de groupe qualifié, plusieurs évaluations comparant les méthodes de consensus officielles, comme la méthode du groupe nominal et la méthode Delphi, avaient révélé que les méthodes officielles avaient un rendement généralement supérieur à celui des méthodes non officielles, mais qu'il était difficile de décider laquelle était la meilleure.(83) ▪ <i>Participation des patients</i> : Une revue examinant l'intégration des valeurs et la mise à contribution des membres du public dans les processus d'élaboration de lignes directrices mentionnait ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ● les patients devraient participer à toutes les étapes de l'élaboration des lignes directrices; ● trois méthodes générales peuvent être envisagées pour assurer la participation des patients (inviter des patients à se joindre au groupe, organiser des réunions ponctuelles avec les patients ou faire en sorte qu'un défenseur des droits des patients fasse partie du groupe d'élaboration des lignes directrices); ● pour que les patients participent à l'élaboration des lignes directrices, ils doivent être en mesure de bien comprendre les données de recherche; vu la complexité des données et le jargon souvent utilisé, les patients ayant de l'expérience dans ce domaine sont peut-être plus susceptibles de contribuer aux processus d'élaboration des lignes directrices que ceux qui connaissent moins bien la terminologie et le jargon cliniques et du milieu de la recherche.(84) ▪ <i>Évaluation des données et des recommandations</i> : Une revue recommande ce qui suit :

	<ul style="list-style-type: none"> • tant la qualité des données que la robustesse des recommandations devraient être évaluées; • les critères utilisés devraient aussi évaluer la qualité des données de recherche sous-jacentes; • les « meilleurs » instruments (d'après les grilles d'évaluation de l'Agency for Healthcare Research and Quality des États-Unis) étaient les méthodes GRADE et SIGN (la première étant la méthode recommandée dans les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé); et • les groupes d'experts devraient envisager d'employer une méthode uniforme pour évaluer la qualité des données et la robustesse des recommandations afin d'éviter toute confusion chez les gens qui élaborent les lignes directrices et ceux qui les utilisent.(85) <p>■ <i>Évaluer l'applicabilité à l'échelle locale :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue axée sur l'applicabilité, la transférabilité et l'adaptation des lignes directrices recommandait que l'autorité centrale en matière de lignes directrices (en l'occurrence, l'Organisation mondiale de la Santé) donne des directives précises sur la façon dont les recommandations pouvaient être adaptées aux contextes locaux et que ces processus soient systématiques et transparents, qu'ils mettent à contribution les parties prenantes et qu'ils permettent de consigner les principaux facteurs influençant le processus ainsi que les principales raisons de toute modification apportée.(81)
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune revue ne donnait de renseignements sur les opinions et l'expérience des parties prenantes

Élément 3 – Soutenir une mise en œuvre optimale des approches de dépistage

Cet élément pourrait comprendre les sous-éléments suivants :

- aider les fournisseurs de soins de santé à mettre en œuvre les lignes directrices de dépistage;
- mettre en place pour le public et les patients des mesures d'aide ou des systèmes d'aide aux décisions concernant le dépistage optimal;
- adopter d'autres types de stratégies pour mettre à contribution le public, les patients et leur famille afin de les encourager à exprimer leurs croyances, leurs valeurs et leurs préférences, et pour optimiser la communication entre eux et les fournisseurs de soins de santé; et
- surveiller la mise en œuvre des approches de dépistage choisies et évaluer leur impact.

Aperçu et contexte

Les efforts visant à appuyer une mise en œuvre optimale des approches de dépistage complètent les efforts déployés pour synthétiser les données probantes issues de la recherche et faire des recommandations en vue d'un dépistage optimal. Tel qu'il est mentionné dans la section de la synthèse traitant du problème, il existe des lacunes en ce qui a trait à la surveillance et à l'impact du dépistage dans les secteurs autres que les secteurs hautement organisés comme le dépistage du cancer et le dépistage néonatal. Cet élément pourrait donc favoriser l'optimisation de la mise en œuvre en permettant d'opérationnaliser ces activités dans d'autres secteurs et dans toutes les juridictions.

Ce que nous avons trouvé

Nous avons trouvé plusieurs revues systématiques de grande qualité décrivant les répercussions positives d'interventions qui ont pour objectif de favoriser la mise en œuvre des lignes directrices de pratique, y compris des interventions misant sur la contribution de leaders d'opinion locaux,(86) la distribution de matériel éducatif,(87) des visites éducatives de sensibilisation,(88) et des vérifications et des rétroactions,(89) ainsi que des interventions à multiples facettes (c.-à-d. combinant deux de ces interventions ou plus).(86;90) Nous avons aussi trouvé plusieurs revues systématiques qui évaluaient les interventions conçues pour augmenter le dépistage de certaines maladies (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal et chlamydia). Ces revues ont elles aussi constaté des avantages à la distribution de matériel éducatif,(91) aux visites éducatives de sensibilisation,(91;92) aux rappels et aux incitatifs (systèmes informatisés d'appui aux décisions et tableaux de rappel),(92;93) aux vérifications et rétroactions (92;94) et aux interventions à multiples facettes.(91;95) En outre, une revue récente de revues systématiques évaluant les incitatifs financiers a révélé que les effets de ces incitatifs étaient variés. Cette revue a démontré que les incitatifs favorisent des taux appropriés de visite et de consultation ainsi que les processus de soins (ex. : les références et les admissions), mais qu'ils sont généralement inefficaces pour améliorer la conformité avec les lignes directrices.(96)

Pour ce qui est du public et des patients, nous avons trouvé plusieurs revues qui avaient constaté des avantages aux outils d'aide à la prise de décision et à d'autres stratégies pouvant les aider, ainsi que leur famille, à adopter des méthodes optimales de dépistage. Huit revues ont trouvé des données probantes que les outils d'aide aux décisions (qui comprennent les consultations génétiques et les stratégies de communication des risques) :

- approfondissent les connaissances des patients en ce qui concerne les options de dépistage et de traitement;(97-100)
- encouragent la participation des patients;(100)
- favorisent une perception réaliste des résultats et des risques;(98;100-103)
- réduisent les conflits liés aux décisions;(100)
- encouragent la communication patient-professionnel de la santé;(100)
- aident les professionnels à informer les patients de leurs choix et à les conseiller à cet égard.(97)

En plus des outils d'aide aux décisions, une revue récente de grande qualité a découvert que les rappels postaux et téléphoniques, le fait que les lettres d'invitation soient signées par les omnipraticiens, donner des rendez-vous planifiés (par opposition à des rendez-vous ouverts) et poster une trousse d'autoprélèvement (pour le dépistage du cancer du col de l'utérus) étaient des mesures efficaces pour augmenter la participation aux programmes de dépistage organisés.(104) Une autre revue a constaté que d'encourager la participation des patients à la planification et à l'élaboration des plans de soins était avantageux pour les patients (meilleure estime de soi), les fournisseurs de soins et le personnel (considéré comme une expérience gratifiante), les processus de soins (procédures simplifiées pour la prise de rendez-vous) et pour le soutien global offert aux patients (amélioration du transport entre établissements et de l'accès pour les personnes ayant une incapacité).(74) Enfin, cette revue et une autre ont trouvé qu'en encourageant la participation des patients à l'élaboration du matériel d'information, le matériel produit était plus pertinent, compréhensible et facile à lire.(67;74)

Nous avons aussi trouvé deux revues qui décrivaient les avantages des stratégies d'amélioration de la qualité (comme un des éléments des efforts pour surveiller la mise en œuvre des méthodes de dépistage choisies et pour évaluer leur incidence). Plus particulièrement, une revue a constaté que les interventions de collaboration visant l'amélioration de la qualité contribuaient à améliorer les processus de soins, les soins aux patients et le rendement organisationnel. L'autre revue a découvert que les approches d'amélioration de la qualité dictées par les patients ou les cliniciens étaient plus efficaces que celles dictées par les gestionnaires ou les décideurs.(105;106)

Le tableau 4 est un résumé des principaux constats de la synthèse des données probantes issues de la recherche. Pour de plus amples renseignements concernant les revues systématiques présentées au tableau 4 (ou pour obtenir leur référence bibliographique), il faut consulter l'annexe 3 qui fournit une description plus détaillée des revues.

Tableau 4 : Résumé des principaux constats des revues systématiques présentant un intérêt pour l'élément 3 – soutenir une mise en œuvre optimale des approches de dépistage

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les fournisseurs de soins de santé à mettre en œuvre des lignes directrices de dépistage <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Mise en œuvre de lignes directrices</i> : Nous avons répertorié des revues systématiques de qualité qui ont identifié des avantages aux stratégies suivantes qui favorisent la mise en œuvre de lignes directrices : <ul style="list-style-type: none"> ■ leaders d'opinion locaux (stratégie appuyée par une revue de grande qualité);(86) ■ distribution de matériel éducatif (stratégie appuyée par une revue de grande qualité);(87) ■ visites éducatives de sensibilisation (stratégie appuyée par une revue de grande qualité);(88) ■ vérifications et rétroactions (stratégie appuyée par une revue de grande qualité);(89) ■ interventions à multiples facettes comme la combinaison de leaders d'opinion locaux et de vérifications et de rétroactions (stratégie appuyée par une revue de grande qualité et une autre de qualité moyenne);(86;90) et ■ incitatifs financiers, qui favorisent des taux appropriés de visite et de consultation, ainsi que les processus de soins, les références et les admissions, mais qui n'améliorent pas la conformité avec les lignes directrices (stratégie appuyée par une série de revues systématiques).(96) ○ <i>Mise en œuvre de lignes directrices de dépistage</i> : Nous avons aussi répertorié des revues systématiques axées sur le dépistage ayant trouvé que bon nombre de ces stratégies comportaient des avantages : <ul style="list-style-type: none"> ■ Distribution de matériel éducatif : Une revue moins récente de faible qualité a constaté que les trouses de documentation éducative destinées aux fournisseurs de soins primaires ainsi que la formation médicale continue en ligne permettaient d'augmenter de façon importante le dépistage adéquat de la chlamydia.(91) ■ Visites éducatives de sensibilisation : Deux revues systématiques moins récentes (une de qualité moyenne et une de faible qualité) ont trouvé des avantages aux interventions éducatives, la revue de qualité moyenne (92) ayant trouvé que les visites de sensibilisation des médecins étaient utiles pour faire augmenter le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus et la revue de faible qualité ayant constaté des augmentations importantes du dépistage approprié de la chlamydia.(91) ■ Rappels et incitatifs : Une revue récente de grande qualité a trouvé que les systèmes informatisés

	<p>d'appui aux décisions pour le dépistage diagnostique ou la demande de tests amélioraient de façon importante le processus et le rendement des professionnels de la santé dans la majorité des études examinées (93) et une revue moins récente de qualité moyenne a trouvé que les tableaux de rappel étaient efficaces pour améliorer le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus.(92)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifications et rétroactions : Une revue récente de qualité moyenne a trouvé que les exercices de vérification et les rétroactions étaient des moyens efficaces pour améliorer la prestation des fournisseurs ou faire la promotion du dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, et de la recherche de sang occulte dans les selles pour le dépistage du cancer colorectal (94), et, de façon semblable, une revue moins récente de qualité moyenne a trouvé que ces moyens étaient efficaces pour améliorer le dépistage du cancer du col de l'utérus.(92) ▪ Interventions à multiples facettes : Une revue récente de qualité moyenne a constaté une augmentation importante des taux de dépistage de la chlamydia après l'adoption d'un programme d'amélioration de la qualité en plusieurs volets, (95) et, de façon semblable, une revue moins récente de faible qualité a trouvé qu'une approche à multiples facettes avait contribué à améliorer les taux de dépistage de la chlamydia.(91) <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place pour le public et les patients des mesures d'aide ou des systèmes d'appui aux décisions concernant le dépistage optimal <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Mesures d'aide aux décisions</i> : Trois revues récentes ont évalué l'utilisation d'outils d'aide aux décisions : <ul style="list-style-type: none"> ▪ une revue de grande qualité a constaté une amélioration des connaissances, de la participation des patients et de la perception réaliste des résultats chez les patients qui avaient bénéficié d'outils d'aide aux décisions, ainsi qu'une réduction des conflits liés aux décisions et un accroissement des communications patient-professionnel de la santé;(100) ▪ une revue de qualité moyenne a remarqué que les outils d'aide aux décisions au sujet du cancer permettaient d'élargir les connaissances en matière de dépistage et d'options de prévention/traITEMENT sans augmenter l'anxiété;(107) ▪ une autre revue de qualité moyenne qui évaluait les outils d'aide aux décisions chez les femmes recevant des soins obstétriques a constaté que tous les outils trouvés permettaient d'augmenter considérablement les connaissances (sauf pour les arbres de décision) et, qu'en général, les outils d'aide aux décisionsaidaient les professionnels de la santé à informer leurs patientes de leurs choix et à les conseiller durant la grossesse, et favorisaient une prise de décision conjointe.(97) ○ <i>Consultations génétiques</i> : Une revue récente de qualité moyenne a évalué l'incidence des consultations génétiques sur la justesse de la perception du risque et a constaté que la proportion des évaluations du risque qui étaient justes augmentait quand les participants assistaient à des séances de consultation; la revue a aussi constaté que les changements s'étaient maintenus au suivi après un an.(103) ○ <i>Communication des risques</i> : Quatre revues systématiques ont évalué les stratégies de communication des risques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ une revue moins récente de grande qualité a examiné trois études indiquant que les interventions de communication des risques personnalisées favorisaient une perception juste des risques, et trois autres études ont constaté qu'elles permettaient d'accroître les connaissances;(98) ▪ une revue récente de grande qualité a constaté que le fait d'encadrer les messages entraînait davantage de perceptions positives de l'efficacité, mais que cela ne changeait rien à la force de persuasion du message; ▪ une revue récente de qualité moyenne a trouvé que le fait de distribuer de l'information sur le dépistage et d'encadrer l'information avec des messages de perte améliorait la perception de l'efficacité des gains possibles;(101) et ▪ une revue de qualité moyenne publiée en 2009 (pour laquelle la dernière année de la recherche documentaire n'était pas fournie) a remarqué que le fait d'adapter les renseignements sur les risques de cancer et les options de dépistage, plutôt que de donner des renseignements généraux, avait comme effet d'accroître les connaissances des patients et la justesse de la perception du risque.(102) • Adopter d'autres types de stratégies pour mettre à contribution le public, les patients et leur famille afin de les encourager à exprimer leurs croyances, leurs valeurs et leurs préférences, et pour optimiser la communication entre eux et les fournisseurs de soins de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Stratégies de mise en œuvre ciblant le patient</i> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue récente de grande qualité a découvert que les rappels postaux et téléphoniques, le fait que les lettres d'invitation soient signées par les omnipraticiens, donner des rendez-vous planifiés (par opposition à des rendez-vous ouverts) et poster une trousse d'autoprélèvement (pour le dépistage du cancer du col de l'utérus) étaient des mesures efficaces pour augmenter la participation aux programmes de dépistage organisés.(104) ○ <i>Participation des patients</i> : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue de grande qualité, mais moins récente a trouvé des données de recherche indiquant qu'en encourageant la participation des patients à l'élaboration du matériel d'information, le matériel produit était plus pertinent, compréhensible et facile à lire.(67) ▪ Une revue systématique moins récente de qualité moyenne a permis de constater que la participation des patients à la planification et à la préparation des soins de santé comportait plusieurs avantages :
--	---

	<p>meilleure estime de soi des patients; expérience gratifiante pour le personnel du secteur des soins de santé; production de ressources de renseignements sur les patients à jour et améliorées; simplification des procédures de rendez-vous; efficacité accrue du transport entre établissements de traitement; accès facilité pour les personnes ayant une incapacité; attitudes organisationnelles à l'appui d'une participation des patients.(74)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surveiller la mise en œuvre des méthodes de dépistage choisies et évaluer leur impact <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Amélioration de la qualité :</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue de qualité moyenne, mais moins récente, a constaté que la participation à des interventions de collaboration afin d'améliorer la qualité avait un effet positif sur les processus de soins, les soins aux patients et le rendement organisationnel.(105) ▪ Une autre revue réalisée récemment, mais de faible qualité a trouvé que les interventions d'amélioration de la qualité dictées par les cliniciens et les patients étaient efficaces, mais que les approches dictées par les gestionnaires ou les décideurs l'étaient moins.(106) ▪ La même revue a aussi trouvé que les stratégies d'amélioration de la qualité les plus efficaces étaient notamment les vérifications effectuées par les cliniciens et les commentaires des cliniciens, les systèmes d'appui aux décisions et l'utilisation d'exercices de discussions en petits groupes pour la formation médicale continue.
Préjudices possibles	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune des revues recensées ne fournit de renseignements sur les préjudices possibles des sous-éléments
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le statu quo	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune des revues recensées ne fournit de renseignements sur les coûts des sous-éléments et aucune évaluation économique n'a été recensée
Incertitude concernant les avantages et les préjudices possibles (la surveillance et l'évaluation seraient alors justifiées si l'élément était retenu)	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été recensée <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans objet • Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans objet (aucune revue « vide » n'a été recensée) • Absence d'un message clair des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Aider les fournisseurs de soins de santé à mettre en œuvre des lignes directrices de dépistage <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Rencontres éducatives</i> : Une revue moins récente de qualité moyenne examinant les stratégies organisationnelles visant à améliorer la prise en charge de la dépression (108) et une autre évaluant la diffusion des lignes directrices et les stratégies de mise en œuvre en général (90) ont trouvé que les rencontres éducatives étaient généralement inefficaces. Cependant, une revue moins récente de qualité moyenne examinant la formation interprofessionnelle comme façon d'améliorer les soins aux patients atteints de problèmes de santé mentale a constaté que les rencontres éducatives étaient généralement efficaces. ▪ <i>Incitatifs financiers</i> : Une revue récente de revues systématiques a révélé que les incitatifs financiers étaient généralement inefficaces pour améliorer la conformité avec les lignes directrices (96) et une revue récente de qualité moyenne n'a pas permis de trouver suffisamment de données pour évaluer l'efficacité des mesures incitatives visant à améliorer la prestation ou la promotion du dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal.(94) ○ Mettre en place pour le public et les patients des mesures d'aide ou des systèmes d'appui aux décisions concernant le dépistage optimal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue moins récente de grande qualité n'a trouvé que peu de données confirmant que le fait de personnaliser la communication du risque (par écrit, verbalement ou avec des présentations visuelles) suscitait davantage d'intérêt pour les tests de dépistage ou appuyait une prise de décision éclairée.(98) ▪ Une revue de qualité moyenne a trouvé peu de données permettant d'évaluer si l'utilisation d'un site Web adapté aux facteurs de risque de cancer était efficace pour accroître les connaissances et les perceptions du risque des patients.(102) ○ Adopter d'autres types de stratégies pour mettre à contribution le public, les patients et leur famille afin de les encourager à exprimer leurs croyances, leurs valeurs et leurs préférences, et pour optimiser la communication entre eux et les fournisseurs de soins de santé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue récente de qualité moyenne n'a constaté aucun effet important de la participation des patients à des consultations en face à face à propos des soins primaires sur les résultats pour les patients et sur les résultats axés sur la maladie.(109)
Caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis en œuvre ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place pour le public et les patients des mesures d'aide ou des systèmes d'appui aux décisions concernant le dépistage optimal <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Communication des données cliniques</i> : Une revue moins récente de faible qualité a découvert, d'après le peu de données disponibles et l'opinion d'experts, qu'il fallait que les efforts visant à encadrer et à communiquer les données cliniques pour améliorer la compréhension des patients aient cinq éléments : comprendre l'expérience et les attentes du patient (et des membres de sa famille); établir des partenariats; fournir des

	<p>données probantes (y compris une discussion équilibrée sur les incertitudes); présenter des recommandations éclairées par le jugement clinique et les préférences des patients; s'assurer que le patient comprend bien les données et qu'il les accepte.(110)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Adopter d'autres types de stratégies pour mettre à contribution le public, les patients et leur famille afin de les encourager à exprimer leurs croyances, leurs valeurs et leurs préférences, et pour optimiser la communication entre eux et les fournisseurs de soins de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue récente de grande qualité a observé que les longues lettres détaillées pouvaient augmenter les inégalités en matière de participation en décourageant les personnes moins instruites.(104) ● Surveiller la mise en œuvre des méthodes de dépistage choisies et évaluer leur impact <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Production de rapports destinés au public</i> : Une revue moins récente de faible qualité a examiné les pratiques qui utilisaient les rapports de rendement destinés au public comme façon d'améliorer la qualité des soins de santé et laisse entendre que, pour que ces rapports soient efficaces, ils doivent contenir essentiellement des renseignements liés directement aux objectifs d'un programme, au public cible, au contenu du programme, à son produit, à sa diffusion et à ses répercussions.(111)
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> ● Adopter d'autres types de stratégies pour mettre à contribution le public, les patients et leur famille afin de les encourager à exprimer leurs croyances, leurs valeurs et leurs préférences, et pour optimiser la communication entre eux et les fournisseurs de soins de santé <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Participation du patient aux traitements</i> : Voici les constats d'une revue moins récente de qualité moyenne : <ul style="list-style-type: none"> ■ les préférences des patients en ce qui concerne leur participation au traitement du cancer varient et la majorité préfère collaborer à la prise de décision, tandis qu'une minorité significative préfère jouer un rôle passif ou actif; ■ de nombreux patients constatent que le rôle qu'ils préféreraient jouer ne correspond pas au rôle qu'ils ont l'impression de jouer réellement.(112)

Autres observations en matière d'équité relativement aux trois éléments

Peu de revues examinant les trois éléments ont pu faire des constats concernant les groupes prioritaires pour la présente synthèse (c.-à-d., les personnes vivant en régions rurales et éloignées ou de faibles statuts socioéconomiques et issues de collectivités défavorisées sur le plan ethnoculturel). Cela peut s'expliquer parce qu'aucune étude incluse dans les revues ciblait ces groupes, ou encore parce que les renseignements fournis dans ces revues n'étaient pas suffisants pour pouvoir tirer des conclusions sur ces groupes.

Cela dit, les revues qui semblaient avoir des implications pour l'un ou l'autre des groupes prioritaires mettaient l'accent sur les approches liées à la participation du public. En ce qui concerne le premier élément (un modèle pour coordonner la prise de décisions en matière de dépistage entre les secteurs et les jurisdictions), une revue a remarqué que l'équité (en général) était le principe clé considéré durant les processus d'établissement des priorités pour les soins de santé (77) et une autre revue a trouvé que l'équité/la justice était le critère le plus souvent mentionné dans les études examinant les critères de décision pour l'allocation des ressources et la prise de décisions liées aux soins de santé.(69) De façon similaire, une autre revue a indiqué que les approches de participation interactive du public au cours du processus d'élaboration de politiques et de programmes de soins de santé devaient être adaptées au contexte, en étant par exemple attentives aux groupes concernés, à l'historique de la question et aux dynamiques de pouvoir.(73) En ce qui concerne le deuxième élément (établissement d'un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration de recommandations), une des principales recommandations que nous avons tirées de la série de revues portant sur les approches utilisées pour élaborer des lignes directrices soulignait la nécessité de la participation du public à toutes les étapes de l'élaboration des lignes directrices.(84) En ce qui concerne l'équité, il est important que le public participe à l'élaboration des lignes directrices pour que le point de vue et la perspective des groupes touchés de façon disproportionnée par un problème donné soient entendus et intégrés aux recommandations. Enfin, en ce qui concerne le troisième élément (soutien à la mise en œuvre de lignes directrices), une revue a évalué les interventions fournissant des renseignements adaptés (plutôt que des renseignements généraux) sur les risques de cancer et le dépistage du cancer et a trouvé que ces interventions amélioraient la perception du risque de cancer qu'avaient les patients ainsi que leurs connaissances sur le cancer du sein.(102) En outre, une revue récente de grande qualité a constaté que les longues lettres détaillées invitant les patients à participer à un programme organisé de dépistage du cancer pouvaient augmenter les inégalités en matière de participation en décourageant les personnes moins instruites.(104) Par conséquent, il pourrait être important d'adapter les lettres en utilisant un langage concis et non technique si nous souhaitons augmenter la participation de façon générale et informer les différentes collectivités ethnoculturelles, qui peuvent avoir des perceptions du risque et des connaissances variables.

IMPLICATIONS LIÉES À LA MISE EN ŒUVRE

Des obstacles potentiels à la mise en œuvre d'approches optimales de dépistage au Canada peuvent être observés à l'échelle individuelle (ex. : adhérence limitée aux recommandations en raison d'un enthousiasme démesuré pour certaines méthodes de dépistage), à l'échelle des fournisseurs (ex. : adhérence limitée aux lignes directrices pouvant remettre en question leurs attitudes professionnelles ou leurs comportements), à l'échelle organisationnelle (ex. : manque d'intérêt ou de volonté à collaborer à un modèle coordonné qui envisage le dépistage de nombreuses maladies différentes) et à l'échelle des systèmes (ex. : manque de volonté politique à investir les ressources nécessaires dans l'établissement d'un centre de synthèse des données probantes et à assurer sa pérennité). Le tableau 5 fournit une liste des obstacles éventuels à la mise en œuvre des trois éléments.

Tableau 5 : Obstacles possibles à la mise en œuvre des éléments

Échelons	Élément 1 – Créer un modèle pour coordonner la prise de décision en matière de dépistage entre les secteurs et les juridictions	Élément 2 – Établir un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration des recommandations pour soutenir un dépistage optimal	Élément 3 – Soutenir une mise en œuvre optimale des approches de dépistage
Individu	Aucun obstacle identifié	Aucun obstacle identifié	Le public et les patients peuvent ne pas adhérer aux recommandations en raison d'un enthousiasme démesuré pour certaines approches de dépistage.
Professionnel/Fournisseur de soins	Les fournisseurs de soins peuvent considérer qu'un modèle de prise de décision qui fait des recommandations quant aux approches de dépistage à adopter empiète sur leur autonomie professionnelle.	Certains spécialistes peuvent ne pas vouloir ou ne pas souhaiter faire partie d'un groupe ou prendre part à un processus dans le but de mettre en place un « manuel » pour le dépistage d'une série de maladies, dont bon nombre ne relèveraient pas de leur domaine d'expertise.	Les fournisseurs de soins peuvent ne pas être disposés à prendre part à des stratégies qui favorisent la mise en œuvre de lignes directrices remettant en question l'exercice de leur profession.
Organisation	Les organisations travaillant dans différents secteurs de maladie peuvent ne pas vouloir ou ne pas souhaiter collaborer à un modèle coordonné qui envisage le dépistage de nombreuses maladies différentes.	Les « pôles » existants peuvent ne pas vouloir ou ne pas souhaiter faire partie d'un « pôle central » ou ils peuvent ne pas avoir les ressources nécessaires pour étendre leur mandat et inclure la synthèse des données pour les approches de dépistage (si un pôle était établi par l'élargissement du domaine d'un programme de synthèse existant).	Les organisations qui connaissent un roulement de personnel important peuvent ne pas voir l'intérêt de faire des investissements importants dans l'éducation et la formation pour appuyer la mise en œuvre de lignes directrices (particulièrement celles dont les ressources sont limitées).
Système	Les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral peuvent ne pas vouloir ou ne pas souhaiter créer un modèle pour coordonner la prise de décision en matière de dépistage entre les secteurs et les juridictions.	Les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral peuvent ne pas être disposés à investir les ressources nécessaires pour établir un « pôle » qui coordonnerait la synthèse des données probantes et l'élaboration de recommandations, et pour en assurer la pérennité. Les gouvernements qui possèdent déjà un tel pôle peuvent considérer que cet élément constitue un chevauchement des ressources.	Aucun obstacle identifié

En plus de tenir compte des obstacles à la mise en œuvre, il est aussi important de tenir compte des fenêtres d'opportunités pour la mise en œuvre des éléments, que nous décrivons au tableau 6.

Tableau 6 : Fenêtres d'opportunités pour la mise en œuvre des éléments

Type	Élément 1 – Créer un modèle pour coordonner la prise de décision en matière de dépistage entre les secteurs et les juridictions	Élément 2 – Établir un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration des recommandations pour soutenir un dépistage optimal	Élément 3 – Soutenir une mise en œuvre optimale des approches de dépistage
Générale	<ul style="list-style-type: none"> Après avoir été dissous en 2005, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a été reconstitué en 2010, et pourrait s'avérer un modèle et fournir la base à partir de laquelle travailler pour tous les éléments. 		
Spécifique à un élément	Aucune identifiée	Aucune identifiée	Aucune identifiée

Nous avons trouvé un guide d'aide à la prise de décision (axé sur le dépistage populationnel en génétique) et deux groupes de travail qui pourraient servir de modèles pour montrer comment coordonner les mesures entre les compétences. L'objectif du guide d'aide à la prise de décision est de proposer « une approche systématique et transparente qui orienterait l'élaboration des politiques en matière de dépistage génétique de façon à ce que les décisions prises soient équilibrées et éclairées » (traduction libre).⁽³⁹⁾ Le guide a été rédigé à la suite de revues de la littérature et de consultations auprès des parties prenantes et de spécialistes. En général, le guide propose un processus qui comprend un ensemble de principes sous-jacents, de critères et de données à l'appui pouvant être pris en considération pour porter des jugements sur les avantages et les risques du dépistage du point de vue des patients et des familles, des populations cibles et de la société.⁽¹¹³⁾

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est peut-être l'exemple le plus facilement applicable de la façon d'opérationnaliser certains éléments ou tous les éléments.⁽¹¹⁴⁾ Le Groupe d'étude est un groupe de cliniciens et de méthodologues indépendants. Il fait des recommandations en ce qui concerne les soins préventifs prodigés par les fournisseurs de soins primaires en fonction des synthèses de recherche et de l'évaluation de la qualité des données probantes et de la robustesse des recommandations tirées des synthèses.⁽¹¹⁵⁾ Bien que la priorité du groupe de travail soit liée plus généralement aux soins de santé préventifs, le dépistage représente un élément clé dans ce cadre et fournit donc un modèle sur la façon d'aborder la synthèse des données probantes et l'élaboration de recommandations à l'appui d'un dépistage optimal, mais également un mécanisme permettant l'opérationnalisation d'un « pôle » de coordination.

Un deuxième exemple de la façon d'opérationnaliser certains éléments ou tous les éléments est le secteur de l'immunisation, qui (tel qu'il est décrit à la section traitant du problème) doit relever des défis semblables à ceux du secteur du dépistage. En 2003, la Stratégie nationale d'immunisation a été approuvée par la Conférence des sous-ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux dans le but de fournir un cadre pour la collaboration intergouvernementale favorisant la pertinence, l'efficacité et l'utilité des programmes d'immunisation au Canada.⁽¹¹⁶⁾ La Stratégie a d'abord reçu l'aide du gouvernement fédéral sous la forme d'un investissement de 45 millions de dollars sur 5 ans, qui est maintenant de 5,6 millions de dollars par année sur une base permanente, en plus d'investissements additionnels et de contributions en nature des autorités provinciales et territoriales. Tel que l'indique le groupe de travail de la Stratégie nationale d'immunisation, la Stratégie « est une initiative pancanadienne de collaboration qui fournit aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux un outil leur permettant de chercher des occasions d'intérêt et d'avantages mutuels, et de créer des approches cohérentes et équitables pour la planification de l'immunisation, l'achat de vaccins, la prestation de services et la sensibilisation » (traduction libre).⁽¹¹⁶⁾ Comme on peut le voir, la Stratégie nationale d'immunisation est très semblable aux éléments présentés dans cette synthèse portant sur les données probantes et pourrait être utilisée comme modèle pour mettre en œuvre les approches de dépistage et obtenir des résultats semblables dans ce domaine au Canada. Par exemple, l'examen réalisé par le groupe de

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

travail décrit plusieurs succès de la Stratégie jusqu'à maintenant, notamment un appui pour des examens réalisés par des experts et les conseils d'experts, le perfectionnement des compétences essentielles pour la conception et la prestation des programmes, une amélioration de la sécurité et de la confiance du public, une garantie concernant l'approvisionnement en vaccins (ce qui pourrait être analogue à assurer un accès constant et en temps opportun aux services de laboratoire) et l'amélioration de la collaboration fédérale, provinciale et territoriale dans les domaines d'intérêt et d'avantages mutuels.(116)

REFERENCES

1. Health Canada. 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php> 2006 May 8;Available from: URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php>
2. Health Canada. A 10-year Plan to Strengthen Helath Care. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php> 2006 May 9;Available from: URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>
3. Health Council of Canada. A Scoping Review of Screening in Canada. Toronto, Canada: Health Council of Canada; 2013.
4. Andreatta D. Canada has no national standard for newborn screening. Here's why it should. *Globe & Mail* 2013 Aug 25.
5. Andermann A, Blancquaert I, Déry V. Genetic screening: a conceptual framework for programmes and policy-making. *Journal of Health Services Research & Policy* 2010;15(2):90-7.
6. Leddin DJ, Enns R, Hilsden R, Plourde V, Rabeneck L, Sadowski D et al. Canadian Association of Gastroenterology position statement on screening individuals at average risk for developing colorectal cancer. *Canadian Journal of Gastroenterology* 2010;24(12):705-14.
7. Mema SC, McIntryre L, Musto R. Childhood vision screening in Canada: Public health evidence and practice. *Canadian Journal of Public Health* 2012;103(1):40-5.
8. Morrison A, Dowler J. Newborn Screening for Disorders and Abnormalities in Canada [Environmental Scan - Issue 26]. Ottawa, Canada: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011.
9. Wilson K, Kennedy SK, Potter BK, Geraghty MT, Chakraborty P. Developing a national newborn screening strategy for Canada. *Health Law Review* 2010;18(2):31-9.
10. Hanley WB. Newborn screening in Canada – Are we out of step? *Paediatrics & Child Health* 2005;10(4):203-7.
11. Raffle A, Gray M. Screening Evidence and Practice. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2007.
12. UK National Screening Committee. UK Screening Portal. Public Health England 2013 June 13;Available from: URL: <http://www.screening.nhs.uk/>
13. Hayeems R, Chakraborty P. A Practical Definition and Key Concepts of Population-Based Screening. *BORN Bulletin* 2012;3(2):1.
14. Wilson JMG, Junger G. Principles and Practice of Screening for Disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1968.
15. Australian Population Health Development Principal Committee - Screening Committee. Population Based Screening Framework. Barton, Australia: Commonwealth of Australia; 2008.
16. Australian Population Health Development Principal Committee - Screening Committee. Population Based Screening Framework. Barton, Australia: Commonwealth of Australia; 2008.
17. Australian Population Health Development Principal Committee - Screening Committee. Population Based Screening Framework. 2008.
18. Last JM. A Dictionary of Public Health. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2006.

19. Ruf R, Morgan O. Diagnosis and Screening: Differences between screening and diagnostic tests, case finding. HealthKnowledge 2008;Available from: URL: <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2c-diagnosis-screening/screening-diagnostic-case-finding>
20. Dobrow MJ, Hagens V, Chafe R, Sullivan T, Rabeneck L. A systematic review and consolidation of decision principles for determining the acceptability of starting a screening program. Draft working paper. 2010.
21. World Health Organization. Surveillance. World Health Organization 2013 June 14;Available from: URL: http://www.who.int/tobacco/surveillance/about_surveillance/en/
22. Canadian Organization for Rare Disorders. Newborn Screening in Canada Status Report. Toronto, Canada: Canadian Organization for Rare Disorders; 2013.
23. Canadian Partnership Against Cancer. The 2012 Cancer System Performance Report. Toronto, Canada: Canadian Partnership Against Cancer; 2012.
24. Canadian Partnership Against Cancer. Breast Cancer Control in Canada: A System Performance Special Focus Report. Toronto, Canada: Canadian Partnership Against Cancer; 2012.
25. Sewitch M, Fournier C, Ciampi A, Dyachenko A. Adherence to colorectal cancer screening guidelines in Canada. *BMC Gastroenterology* 2007;7(1):39.
26. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on Screening for High Blood Pressure in Canadian Adults. Edmonton, Canada: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2012.
27. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for Type 2 diabetes in adults. *Canadian Medical Association Journal* 2012;184(15):1687-96.
28. Ciliska D, Fitzpatrick-Lewis D, Brown J, Usman A, Rice M. Screening for Prostate Cancer with Prostate Specific Antigen. Edmonton, Canada: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2013.
29. U.S.Preventive Services Task Force. Screening for Prostate Cancer - Current Recommendation. U S Preventive Services Task Force 2012 May;Available from: URL: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening.htm>
30. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario Prostate-Specific Antigen (PSA) Clinical Guidelines - Summary. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care 2003;Available from: URL: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/pub/cancer/psa/psa_summary/summary.html
31. Izawa JL, Klotz L, Siemens DR, Kassouf W, So A, Jordan J et al. Prostate cancer screening: Canadian guidelines 2011. *Canadian Urological Association Journal* 2011;5(4):235-40.
32. Toward Optimized Practice. Clinical Practice Guidelines. Toward Optimized Practice 2013 September 3;Available from: URL: <http://www.topalbertadoctors.org/cpgs/>
33. Beaulac JA, Fry RN, Onysko J. Lifetime and recent prostate specific antigen (PSA) screening of men for prostate cancer in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 2006;97(3):171-6.
34. Bangma CH, Roemeling S, Schr+Âder FH. Overdiagnosis and overtreatment of early detected prostate cancer. *World Journal of Urology* 2007;25(1):3-9.
35. Etzioni R, Penson DF, Legler JM, di Tommaso D, Boer R, Gann PH et al. Overdiagnosis Due to Prostate-Specific Antigen Screening: Lessons From U.S. Prostate Cancer Incidence Trends. *Journal of the National Cancer Institute* 2002;94(13):981-90.
36. Brawley OW. Prostate Cancer Screening: What We Know, Don't Know, and Believe. *Annals of Internal Medicine* 2012;157(2):135-6.

37. Moynihan RN, Cooke GPE, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. Expanding Disease Definitions in Guidelines and Expert Panel Ties to Industry: A Cross-sectional Study of Common Conditions in the United States. *PLoS Med* 2013;10(8):e1001500.
38. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Junger in the genomic age: A review of screening criteria over the past 40 years. *Bulletin of the World Health Organization* 2008;86(4):317-9.
39. Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Costea I. Guiding Policy Decisions for Genetic Screening: Developing a Systematic and Transparent Approach. *Public Health Genomics* 2011;14(1):9-16.
40. Schwartz LM, Woloshin S, Fowler, Jr FJ, Welch H. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA* 2004;291(1):71-8.
41. Bond M, Pavey T, Welch K, Cooper C, Garside R, Dean S et al. Systematic review of the psychological consequences of false-positive screening mammograms. *Health Technology Assessment* 2013;17(13):1-170, v-vi. doi: 10.3310/hta17130.
42. Lifford KJ, Clements A, Fraser L, Lancastle D, Brain K, on behalf of the PsyFOCS Management Group. A qualitative study of women's experiences of familial ovarian cancer screening. *Psycho-Oncology* 2013;DOI: 10.1002/pon.3324.
43. Maddison AR, Asada Y, Urquhart R. Inequity in access to cancer care: A review of the Canadian literature. *Cancer Causes Control* 2011;22(3):359-66.
44. St-Jacques S, Philibert MD, Langlois A, Daigle JM, Pelletier E, Major D et al. Geographic access to mammography screening centre and participation of women in the Quebec Breast Cancer Screening Programme. *J Epidemiol Community Health* 2013.
45. Grewal S, Bottorff JL, Balneaves LG. A Pap test screening clinic in a South Asian community of Vancouver, British Columbia: challenges to maintaining utilization. *Public Health Nurs* 2004 September;21(5):412-8.
46. Lofters A, Glazier RH, Agha MM, Creatore MI, Moineddin R. Inadequacy of cervical cancer screening among urban recent immigrants: a population-based study of physician and laboratory claims in Toronto, Canada. *Prev Med* 2007 June;44(6):536-42.
47. McDonald JT, Kennedy S. Cervical cancer screening by immigrant and minority women in Canada. *J Immigr Minor Health* 2007 October;9(4):323-34.
48. Redwood-Campbell L, Fowler N, Laryea S, Howard M, Kaczorowski J. 'Before you teach me, I cannot know': immigrant women's barriers and enablers with regard to cervical cancer screening among different ethnolinguistic groups in Canada. *Can J Public Health* 2011 May;102(3):230-4.
49. Assembly of First Nations. Access to Cancer Screening and First Nations. Ottawa, Canada: Assembly of First Nations; 2009.
50. Decker KM. Retention of screened women in the Manitoba Breast Screening Program. *Can J Public Health* 2008 May;99(3):216-20.
51. Elias B, Kliewer EV, Hall M, Demers AA, Turner D, Martens P et al. The burden of cancer risk in Canada's indigenous population: A comparative study of known risks in a Canadian region. *Int J Gen Med* 2011;4:699-709.
52. Sey MS, Gregor J, Adams P, Khanna N, Vinden C, Driman D et al. Wait times for diagnostic colonoscopy among outpatients with colorectal cancer: A comparison with Canadian Association of Gastroenterology targets. *Can J Gastroenterol* 2012;26(12):894-6.
53. Wai ES, Mackinnon M, Hooker R, Moccia P, Perry KR, Truong PT. Wait times in diagnostic evaluation and treatment for patients with stage III non-small cell lung cancer in British Columbia. *Am J Clin Oncol* 2012;35(4):373-7.

54. Singh H, Shu E, Demers A, Bernstein CN, Griffith J, Fradette K. Trends in time to diagnosis of colon cancer and impact on clinical outcomes. *Can J Gastroenterol* 2012;26(12):877-80.
55. Singh H, De CC, Shu E, Fradette K, Latosinsky S, Pitz M et al. Wait times from presentation to treatment for colorectal cancer: A population-based study. *Can J Gastroenterol* 2010;24(1):33-9.
56. Scott A, Peter S, Ouakrim DA, Willenberg L, Naccarella L, Furler J et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(9):1-61.
57. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal M, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research* 2010;10(1):247.
58. Ndegwa S. Funding of Laboratory Testing in Canada. Ottawa, Canada: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2011.
59. Morrison A, Boudreau R. Evaluation Frameworks for Genetic Tests [Environmental Scan issue 36]. Ottawa, Canada: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2012.
60. Eggertson L. Experts call for national immunization registry, coordinated schedules. *Canadian Medical Association Journal* 2011;183(3):E143-E144.
61. The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *Canadian Medical Association Journal* 2011;183(17):1991-2001.
62. Canadian Breast Cancer Foundation. Where Should I go for a Mammogram. Canadian Breast Cancer Foundation 2013 September 16; Available from: URL: <http://www.cbcf.org/central/AboutBreastHealth/EarlyDetection/Mammography/Pages/Where-to-Get-a-Mammogram.aspx>
63. Javanparast S, Ward P, Young G, Wilson C, Carter S, Misan G et al. How equitable are colorectal cancer screening programs which include FOBTs? A review of qualitative and quantitative studies. *Preventive Medicine* 2010;50(4):165-72.
64. O'Malley AS, Forrest CB, Feng S, Mandelblatt J. Disparities despite coverage: Gaps in colorectal cancer screening among medicare beneficiaries. *Archives of Internal Medicine* 2005;165(18):2129-35.
65. Szczepura A. Access to health care for ethnic minority populations. *Postgraduate Medical Journal* 2005;81(953):141-7.
66. Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, MacDonald M, Meagher-Stewart D, Kaczorowski J et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Primary Health Care Research & Development* 2012.
67. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(3):1-36.
68. Noorani HZ, Husereau DR, Boudreau R, Skidmore B. Priority setting for health technology assessments: A systematic review of current practical approaches. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2007;23(3):310-5.
69. Guindo AL, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van TJ, Kind P et al. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2012;10(1):9.
70. Vuorenkoski L, Toivainen H, Hemminki E. Decision-making in priority setting for medicines - A review of empirical studies. *Health Policy* 2008;86(1):1-9.

71. Hubbard G, Kidd L, Donaghy E, McDonald C, Kearney N. A review of literature about involving people affected by cancer in research, policy and planning and practice. *Patient Education and Counseling* 2007;65(1):21-33.
72. Menon D, Stafinski T, Martin D, Windwick B, Singer P, Caulfield T. State of the science review: Incorporating public values and technical information into health care resource allocation decision-making. Edmonton, Canada: Alberta Innovates - Health Solutions; 2003.
73. Abelson J, Montesanti S, Li K, Gauvin F, Martin E. Effective strategies for interactive public engagement in the development of healthcare policies and programs. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation; 2010.
74. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002;325(7375):1263.
75. Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy* 2009;91(3):219-28.
76. Smith KE, Bambra C, Joyce KE, Perkins N, Hunter DJ, Blenkinsopp EA. Partners in health? A systematic review of the impact of organizational partnerships on public health outcomes in England between 1997 and 2008. *Journal of Public Health* 2009;31(2):210-21.
77. Menon D, Stafinski T. Bridging the 'know-do' gap in healthcare priority-setting: What role has academic research played? *Healthcare Management Forum* 2005;18(4):26-32.
78. Canadian Task Force on Preventive Health Care. All Guidelines. Canadian Task Force on Preventive Health Care 2013 September 16; Available from: URL: <http://canadiantaskforce.ca/guidelines/all-guidelines/>
79. Canadian Association for Drugs and Technologies in Health. Search Canadian HTA websites. Canadian Association for Drugs and Technologies in Health 2013 September 16; Available from: URL: <http://www.cadth.ca/en/help/federated-search>
80. Oxman A, Fretheim A, Schunemann H, SURE. Improving the use of research evidence in guideline development: Introduction. *Health Research Policy and Systems* 2006;4(1):12.
81. Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 13. Adaptation, applicability and transferability. *Health Res Policy Syst* 2006.
82. Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD. Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 3. Group composition. *Health Res Policy Syst* 2006.
83. Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD. Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 5. Group processes. *Health Res Policy Syst* 2006.
84. Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 10. Integrating values and consumer involvement. *Health Res Policy Syst* 2006.
85. Schunemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 9. Grading evidence and recommendations. *Health Res Policy Syst* 2006.
86. Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw JM et al. Local opinion leaders: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(8):Art.
87. Farmer AP, Légaré F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL et al. Printed educational materials: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;(3):Art.
88. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G, Oxman AD, Odgaard-Jensen J, Kristoffersen DT et al. Educational outreach visits: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(4):Art.

89. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD et al. Audit and feedback: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;(6):1-229.
90. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment* 2004;8(6).
91. Ginige S, Fairley CK, Hocking JS, Bowden FJ, Chen MY. Interventions for increasing chlamydia screening in primary care: A review. *BMC Public Health* 2007;7:95.
92. Black M, Yamada J, Bakker R, Brunton G, Cava M, Camiletti Y et al. Effectiveness of strategies to increase cervical cancer screening: A systematic review of the literature 1989-1999. 2000.
93. Main C, Moxham T, Wyatt JC, Kay J, Anderson R, Stein K. Computerised decision support systems in order communication for diagnostic, screening or monitoring test ordering: Systematic reviews of the effects and cost-effectiveness of systems. *Health Technology Assessment* 2010;14(48):1-198.
94. Sabatino SA, Lawrence B, Elder R, Mercer SL, Wilson KM, DeVinney B et al. Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: Nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services. *American Journal of Preventive Medicine* 2012;1:97-118.
95. Guy RJ, Ali H, Liu B, Poznanski S, Ward J, Donovan B et al. Efficacy of interventions to increase the uptake of chlamydia screening in primary care: A systematic review. *BMC Infectious Diseases* 2011;11:211.
96. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(7):1-97.
97. Dugas M, Shorten A, Dube E, Wassef M, Bujold E, Chaillet N. Decision aid tools to support women's decision making in pregnancy and birth: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine* 2012;74(12):1968-78.
98. Edwards AGK, Evans R, Dundon J, Haigh S, Hood K, Elwyn GJ. Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(4):1-145.
99. O'Brien MA, Whelan TJ, Villasis-Keever M, Gafni A, Charles C, Roberts R et al. Are cancer-related decision aids effective? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology* 2009;27(6):974-85.
100. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(10):1-215.
101. Akl EA, Oxman AD, Herrin J, Vist GE, Terrenato I, Sperati F et al. Framing of health information messages. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(12):1-81.
102. Albada A, Ausems MG, Bensing JM, van DS. Tailored information about cancer risk and screening: A systematic review. *Patient Education and Counseling* 2009;77(2):155-71.
103. Smerecnik CM, Mesters I, Verweij E, de Vries NK, De VH. A systematic review of the impact of genetic counseling on risk perception accuracy. *Journal of Genetic Counseling* 2009;18(3):217-28.
104. Camilloni L, Ferroni E, Cendales B, Pezzarossi A, Furnari G, Borgia P et al. Methods to increase participation in organised screening programs: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13(1):464.
105. Schouten LMT, Hulscher MEJL, van Everdingen JJE, Huijsman R, Grol RPTM. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: Systematic review. *BMJ* 2008;336:1491-4.

106. Scott I. What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? Internal Medicine Journal 2009;39(6):389-400.
107. O'Brien MA, Whelan TJ, Villasis-Keever M, Gafni A, Charles C, Roberts R et al. Are cancer-related decision aids effective? A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Oncology 2009;27(6):974-85.
108. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: A systematic review. JAMA 2003;289(23):3145-51.
109. Sanders ARJ, van Weeghel I, Vogelaar M, Verheul W, Pieters RHM, de Wit NJ et al. Effects of improved patient participation in primary care on health-related outcomes: a systematic review. Family Practice 2013.
110. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA 2004;291(19):2359-66.
111. Wallace J, Teare GF, Verrall T, Chan BTB. Public reporting on the quality of healthcare: Emerging evidence on promising practices for effective reporting. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation; 2007.
112. Hubbard G, Kidd L, Donaghy E. Preferences for involvement in treatment decision making of patients with cancer: A review of the literature. European Journal of Oncology Nursing 2008;12(4):299-318.
113. Blancquaert I, Beauchamp S, Andermann A. Decision Support Guide for Population-Based Genetic Screening. APOGEE-Net 2008; Available from: URL: <http://www.cangenetest.org/en/publications.html>
114. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Canadian Task Force on Preventive Health Care 2013 July 30; Available from: URL: <http://canadiantaskforce.ca/>
115. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Procedure Manual. Edmonton, Canada: Canadian Task Force on Preventive Health Care; 2011.
116. National Immunization Strategy Task Group. Future Directions for Immunization in Canada: Report of the National Immunization Strategy Task Group (NIS-TG) to the Communicable and Infectious Disease Steering Committee (CIDSC) of the Pan-Canadian Public Health Network. National Immunization Strategy Task Group; 2013.
117. Reeves S. A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing 2001;8(6):533-42.

ANNEXES

Les tableaux suivants présentent des renseignements détaillés sur les revues systématiques et les évaluations économiques ou études de coûts recensées pour chacun des éléments. Chaque rangée des tableaux correspond à un document en particulier et les documents sont organisés par élément (première colonne). L'intérêt de chaque document est décrit dans la deuxième colonne. Les principaux constats du document qui sont liés à l'élément sont indiqués dans la troisième colonne; la quatrième colonne indique la dernière année de la recherche documentaire dans le cadre de la revue (ou l'année de publication de l'évaluation économique ou de l'étude de coûts).

La cinquième colonne donne une note de la qualité globale d'une revue systématique (il n'existe aucun système de notation semblable pour les évaluations économiques et les études de coûts). La qualité de chaque revue a été évaluée à l'aide de l'outil AMSTAR (A MeASurement Tool to Assess Reviews), qui évalue la qualité globale sur une échelle de 0 à 11, où 11/11 correspond à une revue de la plus haute qualité. Il est important de noter que l'outil AMSTAR a été élaboré dans le but d'évaluer des revues axées sur les interventions cliniques, de sorte que tous les critères ne s'appliquent pas aux revues systématiques portant sur les arrangements relatifs à la prestation de services, les arrangements financiers ou les arrangements de gouvernance des systèmes de santé. Un dénominateur inférieur à 11 indique qu'un ou plusieurs aspects de l'outil n'ont pas été jugés pertinents par les évaluateurs. Au moment de comparer les notes, il est donc important de garder à l'esprit les deux éléments de la note (numérateur et dénominateur). Par exemple, une revue qui reçoit une note de 8/8 est généralement d'une qualité comparable à une autre qui aura reçu une note de 11/11. Il s'agit dans les deux cas de « notes élevées ». Une note élevée signifie que les lecteurs peuvent avoir un degré de confiance élevé envers les constats de la revue. À l'inverse, une note faible ne signifie pas que la revue devrait être ignorée, mais simplement que les constats sont moins fiables et que la revue doit être examinée de près pour en déterminer les limites. (Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) : 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Health Research Policy and Systems* 2009; 7 (Suppl1):S8.

Les trois dernières colonnes fournissent des renseignements sur l'utilité du document en ce qui concerne son applicabilité locale, son applicabilité aux groupes prioritaires et son applicabilité quant au problème. Pour chaque revue, la troisième colonne à partir de la droite indique la proportion des études menées au Canada et l'avant-dernière colonne indique la proportion des études recensées dans chaque revue qui portent clairement sur l'un des groupes prioritaires. La dernière colonne indique l'applicabilité de la revue à l'égard du problème sous forme de proportion d'études axées sur le dépistage. De façon semblable, pour chacune des évaluations économiques et des études de coûts, les trois dernières colonnes indiquent si le pays d'intérêt est le Canada, si l'évaluation ou l'étude porte clairement sur l'un des groupes prioritaires et si elle est centrée sur le dépistage.

Les auteurs de la synthèse portant sur les données probantes ont pris en considération tous les renseignements présentés dans les tableaux des annexes pour compiler les tableaux 2, 3 et 4 dans le corps de la synthèse.

Annexe 1 : Revues systématiques présentant un intérêt pour l'élément 1 – créer un modèle pour coordonner la prise de décision en matière de dépistage entre les secteurs et les juridictions

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
Mettre en place un processus permettant de trouver des modèles de coordination prometteurs qui pourraient être mis à l'échelle des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ou adaptés à ceux-ci	Déterminer ce que l'on sait des études publiées, des revues de la littérature et des comptes rendus descriptifs en ce qui concerne : 1) les structures et les processus nécessaires pour une collaboration réussie entre la santé publique et le secteur des soins primaires; 2) les résultats d'une collaboration entre la santé publique et le secteur des soins primaires; 3) les indices d'une collaboration réussie entre la santé publique et le secteur des soins primaires.(66)	<p>Les constats ont souligné l'importance d'une collaboration entre les ordres de gouvernement; afin d'encourager la collaboration entre la santé publique et le secteur des soins primaires, l'accent a été mis sur la coordination et l'établissement des priorités.</p> <p>Facteurs favorisant la collaboration :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. À l'échelle du système : correspondance entre les besoins locaux et les services gouvernementaux, financement, scolarité et formation; 2. À l'échelle organisationnelle : gestion du leadership et responsabilité, proximité géographique des partenaires et échange d'information; 3. À l'échelle interpersonnelle : rôle clair, objectif commun, identité philosophique et professionnelle, établissement et maintien de bonnes relations, et stratégies efficaces de communication et de prise de décision. <p>Obstacles à la collaboration :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. À l'échelle du système : politiques, financement, luttes de pouvoir ou de contrôle et structure de l'information; 2. À l'échelle organisationnelle : absence d'un plan commun, ressources limitées, et connaissances et compétences insuffisantes; 3. À l'échelle interactionnelle : attitudes et croyances, problèmes relationnels. 	2008	4/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	22/114	24/114 (5 études englobaient les personnes vivant en milieu urbain et les personnes vivant en milieu rural)	20/114

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		La collaboration fructueuse entre la santé publique et le secteur des soins primaires a eu des résultats positifs pour le système de soins de santé et les professionnels de la santé, et a été bénéfique pour la population.					
	Examen de l'incidence des partenariats organisationnels sur les résultats pour la santé publique (amélioration de la santé et réduction des inégalités en santé) en Angleterre, de 1997 à 2008.(76)	La revue semble indiquer qu'il n'y a pas encore de données claires des effets des partenariats en santé publique sur les résultats pour la santé. Des études de conception plus adéquate devront être réalisées en temps plus opportun pour déterminer si les partenariats sont efficaces et de quelle façon ils le sont.	2008	6/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	0/15	0/15	0/15
Mettre en place un processus permettant de fixer les priorités pour la synthèse des données probantes, qui serait complété dans le cadre d'un pôle de coordination pancanadien	Recenser et comparer diverses approches pratiques et actuelles d'établissement des priorités pour l'évaluation des technologies de la santé.(68)	<p>La majorité des cadres d'établissement des priorités (sept sur douze) a donné des conseils en matière de priorités par l'intermédiaire d'un groupe d'experts ou d'un comité. Dans tous les cas, les comités comprenaient des représentants des investisseurs en soins de santé, des professionnels de la santé et des chercheurs. L'avis d'un conseil d'administration a été pris en considération pour quatre systèmes d'établissement des priorités et, pour deux de ces systèmes, conjointement avec un comité.</p> <p>Quatre des douze cadres d'établissement des priorités recensés se sont servis d'un système d'évaluation pour éclairer l'établissement des priorités. Dans tous les cas, l'aide d'un comité a été utile. Deux systèmes ont clairement tenu compte des coûts et des avantages liés à la réalisation d'une évaluation pour décider des priorités.</p>	2006	4/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	3/12	Pas indiquée	?/12 (toutes les études étaient centrées sur l'établissement des priorités, mais les domaines stratégiques précis n'étaient pas clairement indiqués)

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		<p>Onze catégories ont été établies pour les critères d'établissement des priorités (énumérées en ordre décroissant de fréquence) : incidence clinique, incidence économique, fardeau de la maladie, incidence du budget, niveau d'intérêt prévu, moment opportun de la revue, variation dans les taux d'utilisation, nature controversée de la technologie proposée, implications éthiques, juridiques ou psychosociales, solutions de recharge.</p>					
	<p>Trouver des travaux universitaires publiés décrivant des processus d'établissement des priorités pour les soins de santé qui sont en place ou qui ont été mis à l'essai ailleurs dans le monde.(77)</p>	<p>Des processus d'établissement des priorités officiels et non officiels ont été recensés à l'échelle régionale et nationale.</p> <p>Les processus officiels ont débuté par la création d'un comité nommé par le gouvernement et indiquaient les principes et les facteurs à considérer durant le processus d'établissement des priorités (ex. : équité, solidarité, égalité, efficacité/avantages et utilité des services de soins de santé à l'étude).</p> <p>Les processus non officiels comprenaient des débats non officiels, des discussions entre décideurs et des réunions ponctuelles pour trouver un consensus.</p> <p>Les décideurs ont trouvé que les outils servant à dresser une liste des priorités, qui s'appuyaient fortement sur les données, n'étaient pas pratiques et de conception difficile à comprendre.</p>	2005	3/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	1/30	Pas indiquée	?/30 (toutes les études étaient centrées sur l'établissement des priorités, mais les domaines stratégiques précis n'étaient pas clairement indiqués)

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
Former un groupe d'experts pour coordonner les décisions à prendre à propos des programmes qui devraient être adoptés, adaptés, mis à l'échelle ou discontinués au sein des systèmes de santé provinciaux et territoriaux	Aucune revue recensée	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Élaborer des critères pour orienter la prise de décision du groupe d'experts	Déterminer les critères de décision et à quelle fréquence ces critères sont mentionnés dans les ouvrages sur l'allocation des ressources et la prise de décision en matière de soins de santé.(69)	<p>Les critères mentionnés le plus fréquemment étaient (en ordre décroissant) : équité/justice, utilité/efficacité, intérêt et pression des parties prenantes, rapport coût-efficacité, poids de la preuve, sécurité, mission et mandat du système de santé, capacité et exigences organisationnelles, résultats déclarés par les patients et besoins.</p> <p>Parmi ceux-ci, trois appartenaient à la catégorie « avantages pour la santé et résultats de l'intervention », ce qui fait ressortir l'importance de cette considération dans la prise de décision.</p> <p>De plus, il y a une prédominance des critères normatifs (8 sur 10), ce qui souligne l'importance de considérer la valeur réelle des interventions en santé plutôt que seulement les critères de faisabilité.</p> <p>Parmi ces critères :</p> <ul style="list-style-type: none"> - il est difficile d'appliquer de manière pragmatique le critère d'équité dans la prise de décisions et dans les processus d'établissement des priorités étant donné qu'il s'agit d'un concept 	2010	4/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	Pas indiquée	Pas indiquée	?/40 (toutes les études étaient centrées sur l'établissement des priorités, mais les domaines stratégiques précis n'étaient pas clairement indiqués)

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		éthique complexe; - le critère coût-efficacité n'intègre pas les considérations d'équité.					
	Processus de prise de décision et d'établissement des priorités à grande échelle et à l'échelle moyenne pour inclure ou exclure les médicaments des listes de remboursement et des formulaires des pharmaciens dans les pays industrialisés.(70)	Les données cliniques sur les avantages et la qualité de ces données étaient les principaux critères utilisés pour établir les priorités concernant les médicaments. Le coût des médicaments est ressorti du lot comme deuxième critère principal, tandis que les analyses pharmacoéconomiques officielles n'ont joué qu'un petit rôle. D'autres critères ont été considérés, notamment la disponibilité des traitements de deuxième intention, les décisions prises dans d'autres hôpitaux et systèmes, la taille de la population touchée, la gravité de la maladie et les décisions passées. Les facteurs externes qui ont été mentionnés comme influençant la prise de décision étaient les demandes des patients, les activités des compagnies pharmaceutiques et l'enthousiasme des cliniciens.	2007	1/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	3/6	Pas indiquée	?/6 (toutes les études étaient centrées sur l'établissement des priorités, mais les domaines stratégiques précis n'étaient pas clairement indiqués)
Effectuer des examens pangouvernementaux périodiques pour déterminer les points forts et les secteurs clés où le groupe d'experts pourrait apporter des améliorations	Aucune revue recensée	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Élaborer une stratégie visant à informer, consulter et mobiliser le public et d'autres intervenants concernés afin	Susciter l'intérêt du public pour l'établissement des priorités et l'allocation des ressources.(75)	L'intérêt du public est un aspect très courant à l'étape de l'établissement de la vision ou des objectifs et lorsque des décisions précises au sujet des sites	2006	3/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster	17/190 (190 cas au total tirés de 175 articles)	Pas indiquée	?/175 (toutes les études étaient

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
d'éclairer les décisions prises par le groupe d'experts		<p>ou des programmes doivent être prises, mais il est moins courant à l'étape des activités de surveillance et d'évaluation.</p> <p>Les consultations sont habituellement ponctuelles plutôt que continues et il est peu probable qu'elles soient menées de façon qu'il y ait des interactions en face à face entre le public et les décideurs.</p> <p>Bien que les coûts soient rarement déclarés, ils peuvent varier entre des dizaines de milliers de dollars et plus d'un million de dollars pour les processus bien structurés.</p> <p>L'évaluation, en raison de ses répercussions potentielles sur les décisions prises à l'égard des programmes et des politiques, peut être une forme implicite d'établissement des priorités. Les exercices visant à susciter l'intérêt du public sont rarement évalués de façon officielle. Malgré le manque d'évaluations, les résultats sont généralement perçus comme positifs et on a souvent prétendu qu'ils avaient un effet direct sur les décisions.</p> <p>Le manque de directives pratiques empêche l'intégration de l'opinion publique avec d'autres formes de données.</p>		Health Forum)			centrées sur l'allocation des ressources, mais les domaines stratégiques précis n'étaient pas clairement indiqués)
	Évaluation des effets de la participation des membres du public et comparaison des diverses méthodes favorisant la participation à l'élaboration des	L'incidence de la participation des membres du public sur la création des politiques en santé et sur les recherches connexes, et l'élaboration de lignes directrices de pratique clinique	2005	9/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchang.ca)	0/6	Pas indiquée	?/6 (toutes les études étaient centrées sur la prise

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
	politiques en santé et aux recherches connexes, aux lignes directrices de pratique clinique et au matériel d'information élaboré pour les patients.(67)	<p>demeurent incertaines en raison du manque de recherches.</p> <p>La revue mentionne que les avantages dans le domaine de la création de matériel d'information pour les patients semblent plus nombreux lorsque les membres du public participent à l'exercice que lorsqu'ils n'y participent pas.</p> <p>Les données de recherche indiquent que le fait de faire participer les membres du public à la création du matériel d'information destiné aux patients permet de produire du matériel davantage pertinent et plus facile à lire, qui est plus compréhensible pour les patients et qui ne fait pas augmenter leur anxiété.</p>		2004	4/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	Pas indiquée en détail – La description mentionne le Canada, le Royaume-Uni et les États-Unis.	de décision, mais les domaines stratégiques précis n'étaient pas clairement indiqués)
	Efficacité du plan de participation des gens atteints de cancer à la recherche, aux politiques et à la planification, et aux activités de la profession.(71)	<p>La formation des patients et des professionnels de la santé est nécessaire pour assurer une participation fructueuse des patients atteints de cancer à la recherche, aux politiques et à la planification, et aux activités de la profession.</p> <p>La participation des patients nécessite l'aide du personnel et une aide financière.</p> <p>Les idéologies opposées de l'individualisme et du collectivisme sont les raisons les plus courantes qui expliquent pourquoi les gens atteints de cancer devraient participer à la recherche, aux politiques et à la</p>					

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
	<p>Stratégies suscitant un intérêt interactif chez le public pour l'élaboration de politiques et de programmes en santé.(73)</p>	<p>planification, et aux activités de la profession.</p> <p>Les mécanismes utilisés pour susciter l'intérêt du public doivent être adaptés au contexte élargi d'élaboration des politiques entourant la question, notamment le type de sujet, le ou les groupes qui participeront, l'historique de la question et la perception des dynamiques de pouvoir.</p> <p>Les personnes qui prennent part à des processus interactifs et bien conçus d'intérêt du public ont tendance à être très satisfaites des objectifs de communication, de la pertinence du matériel d'information fourni pour éclairer les discussions, et de la logistique et de la gestion des délibérations. L'augmentation du niveau d'apprentissage propre à un sujet est également un constat qui est souvent fait.</p> <p>Les méthodes interactives d'intérêt du public peuvent influencer l'opinion des participants, mais sont peu susceptibles de changer les opinions bien ancrées (cotes supérieures, priorités).</p>	2009	6/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	7/12	5/12	0/12
	<p>Tenir compte des valeurs du public et des renseignements techniques pour prendre des décisions concernant l'allocation des ressources en santé.(72)</p>	<p>Soixante-neuf (69) des 117 études ont présenté des méthodes qui ont été utilisées pour connaître les valeurs du public afin d'éclairer les décisions liées à l'allocation des ressources. Par exemple, classement des services et des programmes, évaluation des options à l'aide d'échelles du genre échelle de</p>	2002	4/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	8/117	Pas indiquée	?/117 (toutes les études étaient centrées sur l'établissement des

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		<p>Likert, choix clairs entre les options, entrevues individuelles, méthode Delphi, groupes de discussion, jurys de citoyens et assemblées publiques locales. Aucune méthode « générale » n'a été définie comme la méthode de référence. De plus, pour choisir la méthode à utiliser, il a fallu considérer une variété de facteurs propres aux populations.</p> <p>Des entrevues clés auprès de décideurs locaux ont révélé que la création de groupes consultatifs a été la méthode la plus fréquemment adoptée par les régies régionales de la santé pour faire participer le public à l'établissement des priorités. En outre, au cours de l'étape d'établissement des priorités, deux types de données fondées sur les valeurs du public ont été recueillies : les renseignements obtenus des évaluations officielles des besoins et le fait que le conseil savait quels besoins précis étaient acceptables pour le public ou quels besoins avaient l'appui du conseil. Au sein des régies régionales de la santé, les décisions liées à l'établissement des priorités étaient communiquées directement aux fournisseurs de soins de santé et indirectement au public par l'intermédiaire des médias. Par contre, nous avons découvert que les conseils et les comités provinciaux comptaient exclusivement sur les médias.</p>					priorités, mais les domaines stratégiques précis n'étaient pas clairement indiqués)

Annexe 2 : Revues systématiques présentant un intérêt pour l'élément 2 – établir un « pôle » pour coordonner la synthèse des données probantes et l'élaboration des recommandations pour soutenir un dépistage optimal

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
Effectuer la synthèse des nombreux types de données probantes issues de la recherche présentant un intérêt pour la prise de décisions au sujet des approches optimales de dépistage et s'assurer de la mettre à jour régulièrement	Aucune revue recensée (voir la section de la synthèse qui traite du deuxième élément pour un sommaire des principaux ouvrages ayant un rapport avec cet élément).	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Convoquer des groupes composés d'experts de la méthodologie et du contenu, ainsi que des membres du public pour évaluer la qualité des données probantes, l'applicabilité des données probantes issues de la recherche à l'échelle locale et la robustesse des recommandations concernant les approches optimales de dépistage	Aucune revue recensée (voir la section de la synthèse qui traite du deuxième élément pour un sommaire des principaux ouvrages ayant un rapport avec cet élément).	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Élaborer des « manuels » pour faciliter l'adaptation des recommandations de dépistage aux différents contextes provinciaux et territoriaux	Aucune revue recensée (voir la section de la synthèse qui traite du deuxième élément pour un sommaire des principaux ouvrages ayant un rapport avec cet élément).	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Annexe 3 : Revues systématiques présentant un intérêt pour l'élément 3 – soutenir une mise en œuvre optimale des approches de dépistage

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
Aider les fournisseurs de soins de santé à mettre en œuvre des lignes directrices de dépistage	Efficacité des stratégies visant à accroître le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en cliniques médicales.(92)	Dans 9 études, des méthodes de communication externes ont été employées (appels téléphoniques ou lettres d'invitation), tandis que dans 11 études, des méthodes de communication internes ont été utilisées (promotion du dépistage lorsque les femmes étaient déjà dans un bureau médical ou une clinique médicale), dont 3 visaient à changer le comportement du médecin. Les résultats des 3 études étaient contradictoires. Une étude a constaté une amélioration modeste des taux de dépistage après que la liste des patientes qui n'avaient pas passé de test de dépistage eut été remise aux médecins, après qu'une visite eut été rendue aux médecins pour encourager le dépistage ou après que la liste des patientes eut été remise aux médecins et qu'une visite leur eut été rendue. Les deux autres études ont révélé que les tableaux de rappel étaient plus efficaces que les vérifications et les rétroactions pour améliorer le taux de tests Pap, et que les visites rendues aux médecins étaient plus efficaces qu'aucune intervention.	1999	7/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	2/20	7/20 (+ 3 études combinant les personnes vivant en milieu urbain et les personnes vivant en milieu rural)	20/20
	Efficacité des interventions pour améliorer le dépistage du	L'évaluation et les commentaires du fournisseur se sont avérés	2008	6/9 (cote AMSTAR	?/45	17/45	45/45

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
	cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal.(94)	<p>efficaces pour améliorer la prestation du fournisseur et pour faire la promotion du dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal (seulement pour la recherche de sang dans les selles).</p> <p>En raison de l'insuffisance des données probantes, il n'a pas été possible de déterminer l'efficacité des mesures incitatives mises de l'avant par le fournisseur dans le but d'améliorer la prestation ou la promotion du dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal.</p>		établie par le Program in Policy Decision-making)		(+ 6 études combinant les personnes vivant en milieu urbain et les personnes vivant en milieu rural)	
	Interventions visant à améliorer le dépistage de la chlamydia en établissements de soins primaires.(91)	Quatre études ayant évalué une trousse éducative destinée aux professionnels de soins primaires, une intervention à volets multiples s'attaquant aux obstacles au dépistage, une intervention éducative (formation offerte par un conseiller en santé) et la formation médicale continue en ligne ont permis de constater une amélioration considérable du dépistage de la chlamydia après chacune de ces interventions.	2005	3/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	0/4	0/4	4/4
	Interventions visant à susciter davantage d'intérêt pour le dépistage de la chlamydia en établissements de soins primaires.(95)	Les interventions qui offraient aux jeunes de façon universelle un test de dépistage de la chlamydia sont celles qui ont été les plus efficaces pour augmenter le dépistage en établissements de soins primaires.	2010	4/11 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	0/16	1/16	6/16

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		Une augmentation importante des taux de dépistage a été constatée au cours d'un programme d'amélioration de la qualité à volets multiples dans le cadre duquel un pot à urine était remis aux patients à l'inscription, le dépistage était lié aux tests Pap de routine, des alertes informatisées étaient données aux médecins, des ateliers éducatifs étaient proposés au personnel clinique, et une formation médicale continue en ligne ainsi que des consultations de santé sexuelle gratuites étaient offertes.					
	Systèmes informatisés d'appui aux décisions pour communiquer le diagnostic et demander des tests de dépistage ou de suivi.(93)	Dans près des deux tiers des études, les systèmes d'aide informatisés ont eu des avantages statistiquement significatifs pour les résultats liés au rendement des praticiens et aux processus. Dans les quatre études qui évaluaient les effets indésirables de l'annulation ou du report d'un test, aucun effet négatif important comme des effets indésirables ou une utilisation supplémentaire des ressources en santé n'a été observé parce qu'un système informatisé d'appui aux décisions avait été utilisé. Une des 2 études ayant évalué le rapport coût-efficacité d'un	2009	8/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	0/23	Pas indiquée	7/26

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		<p>système informatisé d'appui aux décisions a constaté une diminution moyenne des coûts de 3 % pour les demandes d'analyses sanguines dans chacune des cliniques d'intervention comparativement à une diminution de 2 % dans les cliniques de contrôle. L'autre étude a constaté une augmentation importante du coût des tests de laboratoire, qui sont passés de 41,8 euros par patient par année à 47,2 euros après la mise en place du système.</p> <p>On n'a trouvé aucune étude de l'acceptabilité des systèmes informatisés de soutien aux décisions pour les médecins ou les patients.</p> <p>Deux études ont constaté que les systèmes informatisés d'appui aux décisions combinés aux systèmes de communication des diagnostics et de demande de tests (applications informatiques utilisées pour entrer le diagnostic des patients et les demandes de soins thérapeutiques pour les patients, et pour consulter les résultats des tests) n'avaient pas plus d'effet sur le coût des tests que les systèmes de communication des diagnostics et de demande de tests employés seuls.</p>					

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
	Stratégies organisationnelles et pédagogiques pour améliorer la prise en charge de la dépression.(108)	<p>Les interventions à volets multiples ont eu des effets mitigés sur le caractère approprié des résultats en matière de soins.</p> <p>Les rencontres éducatives se sont avérées généralement inefficaces pour assurer des soins appropriés.</p> <p>Les données sur l'efficacité des rappels (systèmes informatisés d'appui aux décisions p/r à rappels) pour assurer des soins appropriés étaient insuffisantes.</p>	2003	6/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	Pas indiquée en détail – La description mentionne les États-Unis.	Pas indiquée	2/36
	Découvrir si différents facteurs influencent l'efficacité des visites éducatives de sensibilisation et si le fait de combiner une autre intervention à ces visites, comme les interventions contrôlées par les patients ou l'utilisation de manuels ou de rappels informatisés pour inciter les cliniciens à poser des gestes cliniques, modifient l'efficacité de ce type de visites.(88)	<p>Des interventions à volets multiples comprenant le recours à des interventions éducatives, entre autres, et la distribution de matériel éducatif se sont toutes avérées généralement efficaces pour assurer une prestation de soins appropriés comparativement à des mesures comme les vérifications et les rétroactions, et la distribution de matériel éducatif uniquement, et ce, par rapport à un groupe témoin.</p> <p>Les interventions éducatives de sensibilisation utilisées seules comparativement à la distribution de matériel éducatif, par rapport à un groupe témoin, se sont révélées généralement efficaces.</p> <p>Les données étaient insuffisantes</p>	2007	8/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	1/69	2/69	6/69

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		pour permettre la comparaison entre les interventions à volets multiples et les rencontres éducatives, entre les visites éducatives de sensibilisation et la continuité des soins, et entre les interventions à volets multiples et les rappels.					
	Effets des différents types de matériel éducatif (manuels, bulletins, lignes directrices, guides de référence, bulletins d'information, protocoles d'accord), des publics auxquels les renseignements sont diffusés (publics ciblés ou public général), du format (en couleurs ou en noir et blanc) et de la fréquence de diffusion.(87)	La distribution de matériel éducatif s'est avérée généralement efficace pour assurer des soins appropriés. Les données comparant l'efficacité des rencontres éducatives et la distribution de matériel éducatif étaient insuffisantes pour déterminer si les soins étaient appropriés.	2011	8/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	12/45	Pas indiquée	11/45
	Effets d'une formation interprofessionnelle offerte à différents professionnels de la santé dans le but d'améliorer les soins aux patients souffrant de problèmes de santé mentale.(117)	Les rencontres éducatives se sont avérées généralement efficaces pour assurer des soins appropriés.	1998	4/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	0/19	Pas indiquée	0/19
	Diffusion des lignes directrices et stratégies de mise en œuvre.(90)	Interventions uniques par rapport à aucune intervention : les rappels, les vérifications et les rétroactions des patients, et la distribution de matériel éducatif se sont avérés efficaces pour assurer des soins appropriés (ampleur moyenne de l'effet). Des données chronologiques sur la distribution de matériel	1998	7/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	15/235	Pas indiquée	1/235

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		<p>éducatif ont été recueillies et la moitié des études ont démontré que cette mesure avait un effet soit immédiat, soit au fil du temps.</p> <p>Il n'y a pas suffisamment de données sur les rencontres éducatives, d'autres interventions auprès des professionnels (entretiens auprès des médecins et protocole d'élimination rapide), la continuité des soins et l'examen des rôles professionnels en pharmacie.</p> <p>Les données de trois études comparant des interventions uniques avec une autre sont insuffisantes : réaction des médecins aux rappels comparativement aux rappels, matériel éducatif comparativement aux rappels, et rappels comparativement aux interventions contrôlées par les patients.</p> <p>Comparativement à aucune intervention, les interventions à volets multiples se sont révélées efficaces pour assurer des soins appropriés (ampleur moyenne de l'effet). Des données chronologiques montrent que ces interventions ont aussi des effets immédiats et que la plupart sont maintenus au fil du temps.</p>					

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		Comparativement aux contrôles d'intervention, les interventions à volets multiples se sont révélées efficaces pour assurer des soins appropriés (faible ampleur de l'effet).					
	Effets des vérifications et des rétroactions sur l'exercice professionnel et sur les résultats pour la santé.(89)	Dans toutes les comparaisons effectuées – vérifications et rétroactions seules p/r à aucune autre intervention, vérifications et rétroactions en plus de rencontres éducatives p/r à aucune intervention, vérifications et rétroactions dans le cadre d'une intervention à volets multiples p/r à aucune intervention, vérifications et rétroactions combinées à des interventions complémentaires p/r à des vérifications et des rétroactions seules, et vérifications et rétroactions p/r à d'autres interventions – les vérifications et les commentaires se sont avérés généralement efficaces.	2010	8/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	11/140	Pas indiquée	Pas indiquée
	Effets des leaders d'opinion locaux sur l'exercice professionnel et sur les résultats pour la santé.(86)	Les leaders d'opinion locaux seuls (40 essais contrôlés randomisés) et les leaders d'opinion locaux combinés à des vérifications et à des rétroactions (5 essais contrôlés randomisés) se sont avérés des mesures généralement efficaces pour assurer des soins appropriés. Les interventions à volets multiples qui comprenaient le	2009	10/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	6/18	Pas indiquée	Pas indiquée

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
	<p>recours à des leaders d'opinion en plus d'une ou de plusieurs interventions ont donné des résultats mitigés en matière d'amélioration des comportements appropriés à l'égard des soins (d'après 10 comparaisons d'essais contrôlés randomisés).</p> <p>Efficacité des incitatifs financiers pour changer les comportements des professionnels de la santé et les résultats pour les patients.(96)</p>	<p>Le fait de rémunérer une période de travail en particulier était généralement inefficace (amélioration de 3 résultats sur 11 d'une étude examinée dans le cadre d'une revue).</p> <p>Le fait d'offrir une rémunération pour chaque service, épisode ou visite, prestation de soins pour un patient ou une population en particulier et le fait d'offrir un niveau prédéfini de soins ou de modifier une activité ou la qualité des soins étaient généralement efficaces.</p> <p>Les systèmes mixtes et d'autres systèmes avaient une efficacité variable.</p> <p>Résultats de l'évaluation de l'incidence des incitatifs financiers, dans l'ensemble, pour différentes catégories de revenus : efficacité mitigée sur le taux de visite ou de consultation; généralement efficaces pour améliorer les processus de soins;</p>	2010	Aucun outil d'évaluation disponible pour ce type de document (revue des revues systématiques)	s.o. (comprenait des revues systématiques comme unité d'analyse)	s.o. (comprenait des revues systématiques comme unité d'analyse)	s.o. (comprenait des revues systématiques comme unité d'analyse)

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		généralement efficaces pour améliorer les taux d'aiguillage et d'admission; généralement inefficaces pour améliorer la conformité avec les résultats en matière de lignes directrices; généralement efficaces pour améliorer les résultats liés aux coûts d'ordonnance.					
Mettre en place pour le public et les patients des mesures d'aide ou des systèmes d'appui aux décisions concernant le dépistage optimal	Efficacité de différents outils d'aide aux décisions comparée aux soins réguliers pour les femmes qui ont plusieurs options dans le domaine des soins obstétriques.(97)	<p>La revue a découvert que tous les outils d'aide aux décisions, sauf les arbres de décision, permettaient d'approfondir les connaissances.</p> <p>L'outil informatisé de renseignements, les outils d'analyse décisionnelle, les séances individuelles de consultation et les séances de consultation en groupe ont eu de très bons résultats pour réduire les niveaux d'anxiété.</p> <p>Les outils d'analyse décisionnelle et l'outil informatisé de renseignements étaient liés à une réduction des niveaux de conflit décisionnel.</p> <p>L'outil d'analyse décisionnelle est le seul outil pour lequel il a été démontré qu'il avait un effet sur le choix ou le résultat final.</p> <p>Les outils d'aide aux décisions peuvent aider les professionnels de la santé à informer leurs</p>	2010	7/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	2/10	Pas indiquée	5/10

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		<p>patientes de leurs choix et à les conseiller durant la grossesse, et favorisent une prise de décision conjointe.</p> <p>La revue semblait indiquer que le choix d'un outil en particulier dépend des ressources disponibles pouvant faciliter son utilisation, des décisions en particulier devant être prises par les femmes, de leur milieu de soins et des professionnels de la santé.</p>					
	Efficacité des outils d'aide aux décisions utilisés pour les décisions concernant le traitement des patients ou le dépistage.(100)	<p>Les outils d'aide aux décisions permettent d'accroître la participation des patients, d'approfondir leurs connaissances et de faire en sorte que leur perception des résultats soit plus réaliste.</p> <p>Les patients ayant eu accès à des outils d'aide aux décisions clarifiant clairement les valeurs étaient mieux informés et ont pris des décisions plus conformes à leurs valeurs que les patients ayant eu accès à des outils d'aide aux décisions qui n'expliquaient pas clairement les valeurs.</p> <p>Comparativement aux interventions de soins habituelles, les outils d'aide aux décisions ont entraîné moins de conflits décisionnels liés à un sentiment</p>	2009	9/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	Pas indiquée en détail – La description mentionne l'Australie, le Canada, la Chine, la Finlande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les États-Unis.	Pas indiquée ?/86 (la priorité des études n'était pas indiquée)	

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		<p>d'incertitude quant aux valeurs personnelles et à un sentiment d'être mal informé, et ont permis de réduire le nombre de patients passifs pour la prise de décisions et ceux qui étaient toujours indécis après l'intervention.</p> <p>Les outils d'aide aux décisions ont eu un effet positif sur les communications patient-professionnel de la santé dans les quatre études qui ont examiné ce résultat.</p>					
	<p>Efficacité des outils d'aide aux décisions concernant le cancer pour améliorer la communication entre les professionnels de la santé et les patients, et pour favoriser la participation des patients aux décisions concernant leurs soins de santé.(107)</p>	<p>Grâce aux outils d'aide aux décisions, les patients étaient considérablement mieux informés sur les options de dépistage et sur les options de prévention et de traitement.</p> <p>Dans un contexte de dépistage, d'après 34 essais contrôlés randomisés, les outils d'aide aux décisions ont contribué à renseigner les patients sur les options de dépistage sans augmenter leur anxiété.</p> <p>Peu de différences ont été observées entre les différents outils d'aide aux décisions.</p> <p>La revue a conclu que les outils d'aide aux décisions relatives au cancer étaient plus efficaces pour informer les patients que les pratiques médicales habituelles,</p>	2007	4/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	Pas indiquée	Pas indiquée	22/34

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		particulièrement dans le domaine du dépistage du cancer, et qu'ils n'augmentaient pas l'anxiété.					
	Aperçu de l'incidence des consultations génétiques sur la justesse de la perception du risque.(103)	Dans l'ensemble, les études ont démontré que plus de gens avaient une bonne perception du risque après avoir eu des consultations et que l'écart par rapport au risque objectif chez ceux qui n'avaient pas une bonne perception du risque malgré tout était moins important qu'avant les consultations. Les effets positifs s'étaient maintenus un an plus tard, lors d'un suivi. Certaines études n'ont observé aucun effet ou seulement un effet chez les participants à faible risque.	2007	5/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	Pas indiquée	Pas indiquée	2/19
	Évaluer les effets de l'encadrement des caractéristiques (positifs p/r à négatifs) et de l'encadrement des objectifs (gains p/r à pertes) pour les mêmes renseignements en matière de santé sur la compréhension, la perception de l'efficacité, la persuasion et le comportement des professionnels de la santé, des décideurs et des membres du public.(101)	L'encadrement des caractéristiques de manière positive a eu pour conséquence davantage de perceptions positives de l'efficacité qu'un encadrement des messages de manière négative, mais il n'a pas réussi à modifier le caractère persuasif du message. En ce qui concerne les messages de dépistage, les messages liés aux pertes ont suscité une perception plus positive de l'efficacité que les messages liés aux gains.	2007	10/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	Pas indiquée	Pas indiquée	19/35

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
	Effets de différents types de communications personnalisées des risques pour les membres du public qui prennent des décisions à savoir s'ils passeront ou non des tests de dépistage.(98)	<p>Peu de données ont semblé indiquer que les communications personnalisées des risques (écrites, verbales ou présentations visuelles) suscitaient davantage d'intérêt pour les tests de dépistage ou favorisaient chez les membres du public une prise de décisions éclairée.</p> <p>Dans trois études, les communications personnalisées du risque ont permis aux patients d'avoir une perception plus exacte du risque et trois autres études ont rapporté que ces interventions étaient informatives.</p> <p>Les communications personnalisées et détaillées du risque (c.-à-d. celles qui présentent des calculs en chiffres du risque) susciteraient aussi un intérêt pour les tests de dépistage, quoique dans une moins grande mesure.</p>	2006	10/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	2/22	Pas indiquée	22/22
	Efficacité des interventions qui fournissent aux patients des renseignements sur le risque de cancer et le dépistage du cancer qui leur sont adaptés.(102)	<p>Les renseignements personnalisés sur le risque de cancer et sur le dépistage du cancer étaient plus détaillés que les renseignements généraux sur le cancer du sein et ils ont permis aux patientes d'avoir une meilleure perception du risque.</p> <p>Peu de données semblent indiquer qu'un site Web adapté</p>	Pas indiquée	7/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	0/40	Pas indiquée	29/40

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		aux facteurs de risque serait efficace.					
	Trouver des façons de communiquer les données de manière à améliorer la compréhension et la participation des patients aux décisions et aux résultats.(110)	Il existe peu de données pouvant aider les médecins à partager le plus efficacement possible avec leurs patients les données cliniques pour épauler ceux-ci dans leurs décisions. En se basant sur les rares données disponibles et l'opinion d'experts, la revue fait cinq recommandations pour que les efforts puissent encadrer et communiquer les données cliniques : comprendre l'expérience et les attentes du patient (et des membres de sa famille); établir des partenariats; fournir des données probantes (y compris une discussion équilibrée sur les incertitudes); présenter des recommandations éclairées par le jugement clinique et les préférences des patients; s'assurer que le patient comprend bien les données et qu'il les accepte.	2003	0/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	Pas indiquée	Pas indiquée	1/7
Adopter d'autres types de stratégies pour mettre à contribution le public, les patients et leur famille afin de les encourager à exprimer leurs croyances, leurs valeurs et leurs préférences, et pour optimiser la communication entre eux et les fournisseurs de soins de santé	Méthodes pour accroître la participation aux programmes organisés de dépistage.(104)	Les rappels postaux et téléphoniques, le fait que les lettres d'invitation soient signées par les omnipraticiens, donner des rendez-vous planifiés (par opposition à des rendez-vous ouverts) et poster une trousse d'autoprélèvement (pour le dépistage du cancer du col de	2012	8/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	1/69	8/69	69/69

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		l'utérus) étaient des mesures efficaces pour augmenter la participation aux programmes organisés de dépistage du cancer. Le style de la lettre de présentation peut avoir un effet sur la participation. Plus particulièrement, il a été démontré que les longues lettres détaillées pouvaient augmenter les inégalités en matière de participation en décourageant les personnes moins instruites.					
		Préférences des patients en ce qui concerne leur participation au traitement du cancer.(112)	Les préférences des patients en ce qui concerne leur participation au traitement du cancer varient et la majorité préfère collaborer à la prise de décision, tandis qu'une minorité significative préfère jouer un rôle passif ou actif. De nombreux patients constatent que le rôle qu'ils préfèrent jouer ne correspond pas au rôle qu'ils ont l'impression de jouer réellement. Il n'a pas été démontré de façon concluante si l'âge, le genre, la situation familiale, le statut socioéconomique et l'état de santé avaient une incidence sur les préférences.	2004	5/10 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	Pas indiquée	Pas indiquée 0/31
		Effets de la participation du patient sur la planification et la préparation des soins de santé.(74)	La plupart des patients ayant pris part à des initiatives axées sur la participation avaient une meilleure estime de soi. Les	2002	5/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy	2/40	Pas indiquée Pas indiquée

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		<p>employés du secteur des soins de santé ont aussi indiqué que la participation des patients était une expérience gratifiante, même si certains ont mentionné que les relations entre les patients et les employés étaient parfois difficiles.</p> <p>Voici certains changements aux services liés à une augmentation de la participation des patients : production de nouvelles sources d'information ou de sources d'information améliorées pour les patients; simplification des procédures de rendez-vous; amélioration du transport vers les établissements de traitement; accès facilité pour les personnes ayant une incapacité.</p> <p>Les attitudes organisationnelles ont changé pour devenir plus ouvertes à la participation des patients après la mise en œuvre d'initiatives axées sur la participation des patients.</p>		Decision-making)			
	Effets de la participation des patients à des consultations en face à face à propos des soins primaires sur les résultats pour les patients et sur les résultats axés sur la maladie.(109)	Malgré la théorie sous-jacente, la revue n'a constaté aucun effet important (tout au plus, une suggestion d'effet positif) de la participation des patients sur les résultats pour les patients. En ce qui concerne les résultats liés à la maladie, aucun effet général de la participation des patients n'a pu être démontré; certaines études	2011	6/11 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	1/7	Pas indiquée	0/7

Soutenir des approches optimales de dépistage au Canada

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
		ont même révélé une détérioration des résultats axés sur la maladie.					
Surveiller la mise en œuvre des approches de dépistage choisies et évaluer leur impact	Évaluation de l'efficacité relative de diverses stratégies d'amélioration de la qualité à améliorer les soins de santé.(106)	<p>Les données de recherche semblent indiquer que les stratégies d'amélioration de la qualité dictées par les cliniciens et les patients sont plus efficaces que les approches dictées par les gestionnaires ou les décideurs.</p> <p>Les stratégies d'amélioration de la qualité les plus efficaces étaient notamment les vérifications effectuées par les cliniciens et les rétroactions des cliniciens, les systèmes d'appui aux décisions et l'utilisation d'exercices de discussions en petits groupes pour la formation médicale continue.</p>	2008	2/11 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	Pas indiquée	Pas indiquée	Pas indiquée
	Efficacité des approches concertées d'amélioration de la qualité pour améliorer la qualité des soins.(105)	<p>Une revue systématique de neuf essais contrôlés a révélé que les approches concertées d'amélioration de la qualité avaient un effet positif sur les processus de soins et les résultats pour les patients.</p> <p>La revue a également examiné les résultats de 60 rapports non contrôlés, dont 53 essais qui rapportaient une amélioration des soins aux patients et du rendement organisationnel due précisément à la participation des patients à des collaborations d'amélioration de la qualité.</p>	2006	4/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	Pas indiquée	Pas indiquée	1/72

Sous-élément	Intérêt de la revue systématique	Principaux constats	Année de la dernière recherche	Cote AMSTAR (qualité)	Proportion des études menées au Canada	Proportion des études qui traitent explicitement de l'un des groupes prioritaires	Proportion des études axées sur le dépistage
	Examiner les données probantes sur les pratiques prometteuses pour des rapports destinés au public efficaces en matière de qualité des soins de santé.(111)	<p>La revue laisse supposer que pour être efficaces, les rapports destinés au public doivent mettre l'accent sur les objectifs du programme, le public ciblé, le contenu du programme, son produit, sa diffusion et ses répercussions.</p> <p>La revue indique également que les rapports destinés au public doivent faire partie d'efforts élargis visant à établir et à cultiver des relations avec le public que visent les rapports afin d'améliorer la responsabilisation et la qualité au sein du système de soins de santé.</p>	Pas indiquée	2/9 (cote AMSTAR établie par le Program in Policy Decision-making)	1/13	Pas indiquée	0/13

>> Contact us

1280 Main St. West, MML-417
McMaster University
Hamilton, ON Canada L8S 4L6
Tel: +1.905.525.9140 x 22121
Fax: +1.905.521.2721
Email: mhf@mcmaster.ca

>> Follow us

mcmasterhealthforum.org
healthsystemsevidence.org

Download on    
tinyurl.com/mhf-iTunesU
tinyurl.com/mhf-YouTube
tinyurl.com/mhf-Facebook
tinyurl.com/mhf-Twitter

EVIDENCE >> INSIGHT >> ACTION