

Synthèse portant sur les données probantes

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

27 mars 2018



McMaster
HEALTH FORUM

DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

**Synthèse portant sur les données probantes :
Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les
soins primaires et communautaires au Canada**

27 mars 2018

McMaster Health Forum

L'objectif du McMaster Health Forum est de favoriser la mise en œuvre de solutions pour résoudre les problèmes auxquels font actuellement face les systèmes de santé. Pour ce faire, nous nous appuyons sur les meilleures données probantes disponibles, les valeurs des citoyens, ainsi que les points de vue des différentes parties prenantes. Nous visons à renforcer les systèmes de santé - aux niveaux local, national et international - et à favoriser la prestation des meilleurs programmes, services et médicaments aux personnes qui en ont besoin.

Auteurs

Cristina A. Mattison, Ph. D., responsable scientifique, Engagement des parties prenantes et analyse des systèmes, McMaster Health Forum

Kaelan A. Moat, Ph. D., administrateur délégué, McMaster Health Forum

Kerry Waddell, M. Sc., co-responsable, Synthèse des données probantes, McMaster Health Forum

John N. Lavis, MD, Ph. D., directeur, McMaster Health Forum, et professeur, Université McMaster

Financement

La présente synthèse portant sur les données probantes et le dialogue avec les parties prenantes ont été financés par le Partenariat canadien contre le cancer. Le McMaster Health Forum reçoit un appui financier et non financier de l'Université McMaster. Les points de vue exprimés dans la synthèse des données probantes sont les points de vue des auteurs et ne doivent pas être considérés comme ceux des bailleurs de fonds.

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 probantes 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 Sabrina Lin et Eilish Scallan pour leur aide lors de l'évaluation des données probantes au sujet des éléments présentés dans cette synthèse. Nous exprimons notre reconnaissance aux membres du comité directeur (Maria Alexiadis, Laura Burnett, Ghyslaine Neill, Julia Schippke, Jonathan Sussman, Yervant Terzian, et Sarah Zomer) et aux examinateurs du mérite (Craig Earle, Anne Snider et Terry Sullivan) pour leurs commentaires sur les versions précédentes de la synthèse. Les points de vue exprimés dans la synthèse des données probantes ne doivent pas être considérés comme les points de vue de ces personnes. Nous leur sommes tout particulièrement reconnaissants pour leurs précieux commentaires.

Référence

Mattison C, Moat KA, Waddell K, Lavis JN. *Synthèse portant sur les données probantes : Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada*. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 27 mars 2018.

Numéros d'enregistrement des publications

ISSN 1929-7998 (en ligne)

Table des matières

MESSAGES CLÉS.....	5
RAPPORT	7
LE PROBLÈME	12
Le fardeau que fait peser le cancer sur les systèmes de santé au Canada s'accroît.....	13
Des mesures de soutien supplémentaires sont nécessaires pour répondre aux besoins des survivants du cancer qui effectuent une transition vers des milieux de soins primaires et communautaires	14
Les meilleures façons de soutenir la transition des survivants et des membres de leur famille demeurent mal comprises.....	15
Plusieurs facteurs liés au système peuvent rendre difficile l'offre de soutien aux survivants et aux membres de leur famille	17
Autres observations relatives à l'équité qui se rapportent au problème.....	20
Points de vue des citoyens quant aux principaux défis dans le domaine de la transition des survivants et des membres de leur famille du traitement du cancer vers le soutien en matière de soins primaires et communautaires au Canada	21
TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POTENTIELLEMENT GLOBALE POUR RÉSOUDRE LE PROBLÈME.....	24
Élément 1 – Appuyer, former et fournir des mesures de soutien organisationnel et systémique qui permettent aux professionnels de la santé d'identifier et d'impliquer les survivants et les membres de leur famille qui devront passer par une période de transition après le traitement du cancer	25
Élément 2 – Harmoniser les modalités de financement et de rémunération afin de mieux soutenir les survivants atteints d'un cancer au cours de leur transition de l'étape de traitement du cancer à l'étape de survie au sein de la communauté.....	34
Élément 3 – Offrir aux survivants et aux membres de leur famille des occasions d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin de mieux gérer la transition de l'étape du traitement à l'étape de la survie.....	45
Autres observations en matière d'équité concernant les trois éléments.....	49
RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE.....	50
RÉFÉRENCES.....	54
ANNEXES.....	63

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

MESSAGES CLÉS

Quel est le problème?

- Quatre facteurs principaux soulignent les défis existants en matière d'optimisation de la transition des patients ayant survécu au cancer et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada. Il s'agit des facteurs suivants :
 - le fardeau que fait peser le cancer sur les systèmes de santé au Canada s'accroît;
 - des mesures de soutien supplémentaires sont nécessaires pour répondre aux besoins des survivants du cancer qui effectuent une transition vers les soins primaires et communautaires;
 - les meilleures façons de faciliter la transition des survivants et des membres de leur famille demeurent mal comprises; et
 - des facteurs systémiques peuvent rendre difficile la prise en charge des survivants et des membres de leur famille.

Que savons-nous (à partir de revues systématiques) sur trois éléments possibles pour résoudre le problème?

- Élément 1 – Appuyer, former et fournir des mesures de soutien organisationnel et systémique qui permettent aux professionnels de la santé d'identifier et d'impliquer les survivants et les membres de leur famille qui devront passer par une période de transition après le traitement du cancer
 - Cet élément pourrait consister à : 1) engager les survivants et les membres de leur famille dans des conversations sur la transition après un traitement du cancer; 2) outiller les professionnels de la santé et les équipes de soins à identifier et à prendre en charge l'éventail complet de besoins des survivants et des membres de leur famille et 3) créer des systèmes et des processus visant à soutenir les points 1 et 2.
 - Les revues systématiques portant sur cet élément ont montré que l'utilisation des technologies de l'information avait une incidence positive sur l'amélioration du soutien en matière de coordination et de communication. Il règne de l'incertitude concernant les avantages des points suivants : 1) les modèles de soin dont le but consiste à améliorer la coordination du traitement du cancer entre les professionnels de soins primaires et les professionnels de soins oncologiques; 2) les plans de soins des survivants; et 3) les programmes d'intervenants pivots.
- Élément 2 – Harmoniser les modalités de financement et de rémunération afin de mieux soutenir les survivants atteints d'un cancer au cours de leur transition de l'étape de traitement du cancer à l'étape de survie au sein de la communauté.
 - Cet élément pourrait inclure un certain nombre de changements par rapport à la façon dont : 1) les organisations de soins primaires et de soins communautaires qui offrent des services de soutien sont financées; 2) les professionnels qui offrent ces services sont rémunérés; 3) les programmes, les services et les médicaments requis sont achetés et 4) les incitatifs (et les moyens de dissuasion potentiels) sont utilisés pour accéder aux programmes, aux services et aux médicaments.
 - Dans l'ensemble, les données probantes sur les approches de soutien à la transition après le traitement du cancer demeurent limitées. On a constaté des résultats mitigés quant à l'efficacité des approches propres aux soins contre le cancer.
- Élément 3 – Offrir aux survivants et aux membres de leur famille des occasions d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin de mieux gérer la transition de l'étape du traitement à l'étape de la survie
 - Cet élément pourrait consister à : 1) s'assurer que du soutien en matière d'information et d'éducation sont fournis aux survivants et aux membres de leur famille; 2) soutenir le développement de compétences en autogestion; 3) faire participer les survivants et les membres de leur famille à titre de conseillers dans la planification des programmes et des services; et 4) faire participer les survivants à la surveillance des systèmes et aux mécanismes de rétroaction.
 - Aucune donnée probante évidente n'a été repérée en faveur des approches destinées à garantir le soutien en matière d'information et d'éducation.

- On a constaté que les programmes d'autogestion en groupe et les interventions éducatives en matière d'autogestion amélioreraient les fonctions physiques et psychologiques des patients atteints par le cancer.

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

- Bien que de nombreux obstacles à la mise en œuvre de ces éléments existent au niveau des patients ou des personnes, des professionnels, des organisations et systèmes, les obstacles les plus importants sont peut-être les contraintes financières existantes auxquelles sont confrontés les systèmes de santé des provinces et territoires; le faible niveau de sensibilisation concernant la nécessité de procéder à des améliorations en ce qui concerne la transition des survivants et des membres de leur famille; et le faible momentum politique existant pour aborder ce problème en comparaison à d'autres priorités du système de santé.
- Parmi les conjonctures favorables quant à la mise en œuvre de ces éléments, on pourrait citer les points suivants : 1) un intérêt croissant pour l'expansion des secteurs des soins à domicile et des soins communautaires en vue d'aider les personnes à bien vivre après le diagnostic; 2) les résultats de l'étude « Enquête sur l'expérience des patients atteints de cancer et en transition » du Partenariat canadien contre le cancer qui permettront de déterminer et d'engendrer un certain niveau de sensibilisation aux besoins et aux défis auxquels font face les survivants du cancer après le traitement; et 3) les organismes et programmes de lutte contre le cancer de certaines provinces qui ont mis sur pied certains des types d'expertise requis pour soutenir la mise en œuvre de ces éléments.

RAPPORT

On estime qu'un Canadien sur deux développera une forme de cancer au cours de sa vie.(2) Bien que le nombre de Canadiens recevant un diagnostic de cancer soit à la hausse, les progrès réalisés dans les traitements ont amélioré les chances de survie.(3) En dépit de l'existence d'une variation en fonction d'un certain nombre de facteurs (par exemple, le type de cancer, l'âge et le sexe), le taux net de survie à cinq ans normalisé selon l'âge se situe maintenant pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer à 60 %. En tant que tel, la majorité des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer survivent plusieurs années après le diagnostic. Alors que cette tendance se poursuit, le nombre de personnes parvenant au bout de leur traitement et entamant une transition en vue de sortir du système de lutte contre le cancer augmentera également, ce qui nécessitera d'améliorer la capacité de soutenir les survivants dans les milieux de soins primaires et communautaires(4).

Malgré ce besoin, la réalité est que dans les différentes juridictions provinciales et territoriales au Canada, la prestation de programmes, services et médicaments relatifs au cancer est toujours gérée par un sous-système parallèle de lutte contre le cancer qui connaît peu de recoupement ou d'intégration avec les soins primaires et communautaires(5).

En tenant compte de cet aspect des modalités de gestion des soins aux patients atteints par le cancer, il importe de reconnaître que de nombreux sous-systèmes de lutte contre le cancer partout au pays partagent quelques-unes des caractéristiques suivantes, voire la totalité d'entre elles :

- la planification, la supervision et la responsabilité incombent à des organismes d'État sans lien de dépendance ou encore à des directions générales distinctes des ministères de la Santé;
- des modalités de financement uniques sont souvent propres aux organismes au sein des sous-systèmes de lutte contre le cancer, à côté de programmes particuliers conçus pour financer les programmes et services uniques dont ont besoin les patients atteints d'un cancer; et
- le traitement est souvent centralisé dans des hôpitaux spécialisés desservant des régions entières au sein des provinces et territoires (5).

Compte tenu de ces caractéristiques, de nombreux sous-systèmes de lutte contre le cancer dans le pays mettent l'accent sur le traitement de la maladie, malgré une meilleure sensibilisation au fait que la survie au cancer fait partie intégrante de l'expérience du cancer (et qu'il est nécessaire de soutenir cette étape). En raison de ce déséquilibre, bon

Encadré 1 : Contexte de la synthèse des données probantes

La présente synthèse des données probantes mobilise les données probantes tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle locale au sujet d'un problème, trois éléments pour résoudre le problème et les principales implications de mise en œuvre. Cette synthèse s'appuie sur les constats de l'étude sur les transitions du Partenariat canadien contre le cancer.(1). Chaque fois que cela est possible, la synthèse des données probantes résume les données probantes provenant de revues systématiques et, occasionnellement, d'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 recommandation, ce qui aurait demandé des auteurs de porter des jugements en fonction de leurs valeurs et préférences personnelles, et qui aurait pu devancer les délibérations importantes devant avoir lieu au cours du dialogue avec les parties prenantes.

La préparation de la synthèse des données probantes comprend cinq étapes :

- 1) réunir au sein d'un comité directeur composé de représentants du Partenariat canadien contre le cancer, de la Société canadienne du cancer, de l'Institut de la statistique du Québec, d'Action cancer Ontario, et de l'Université McMaster (notamment le McMaster Health Forum);
- 2) élaborer et préciser le cadre de référence de la synthèse, en particulier la formulation du problème et de trois éléments d'une approche globale afin de faire face au problème, en consultation avec le comité directeur 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; et
- 5) finaliser la synthèse à partir des commentaires de plusieurs personnes prenant part à un examen du mérite.

Les trois éléments pourraient être mis en œuvre individuellement, simultanément (en leur accordant une importance égale ou différente) ou de façon séquentielle. 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.

nombre de gens finissent leur traitement, quittent le sous-système de lutte contre le cancer et réintègrent le système de santé global sans avoir accès à tout le soutien dont ils auraient besoin(1). Paradoxalement, un décalage est apparu entre les besoins des personnes après leur traitement et ce que les programmes de soins primaires et de soins communautaires leur fournissent actuellement, et ce, en dépit de la sensibilisation croissante à l'égard du rôle important que jouent ces secteurs à différents moments de l'expérience du cancer vécue par les patients (par exemple, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le soutien au traitement, les soins de fin de vie, le rétablissement ou la survie)(3; 4).

Ce qui ajoute une dimension au problème est le fait que la survie au cancer est mal comprise. Il s'agit souvent d'une étape de l'expérience du cancer qui est négligée, par rapport aux autres étapes du continuum des soins prodigués aux personnes atteintes par le cancer(6). Les survivants du cancer ont besoin de moyens de soutien supplémentaires et de soins médicaux en permanence plusieurs années après le traitement(6). Lorsque les survivants sont en transition, les défis qui se présentent comprennent un éventail d'enjeux d'ordre physique, psychosocial et fonctionnel(6-8). Il importe également de reconnaître que de nombreuses répercussions à long terme peuvent découler du traitement du cancer, qui varient en fonction de plusieurs facteurs (par exemple, le type de cancer, le type de traitement, l'âge et le sexe). Par exemple, les enfants et jeunes adultes ayant survécu à un cancer ont un éventail spécifique de besoins en matière de survie par rapport aux survivants d'âge adulte (par exemple, l'infertilité, le début ou la poursuite des études, ainsi que l'entrée ou le retour sur le marché du travail)(9-12).

En 2016, le Partenariat canadien contre le cancer (ci-après le Partenariat) a lancé une étude dans les dix provinces dans le but de comprendre les défis associés aux transitions des survivants(1). Le but premier de l'étude consistait à déterminer les défis communs et à utiliser les connaissances acquises comme point de départ pour un dialogue national au sujet de la manière suivant laquelle les différentes juridictions pourraient communiquer leurs expériences et mettre au point des solutions novatrices. Le Partenariat a collaboré avec les organismes et programmes de lutte contre le cancer dans l'ensemble du Canada afin de mener une enquête axée sur la compréhension des expériences des survivants du cancer qui passent de l'étape de fin de traitement (par exemple, intervention chirurgicale, chimiothérapie, radiothérapie, etc.) à celle des soins de suivi (par exemple, soins primaires et soins communautaires)(1).

Au total, 13 319 survivants du cancer représentant l'ensemble des dix provinces ont pris part à l'enquête(1). La majorité des participants à l'enquête avaient terminé leur traitement depuis un an ou plus (jusqu'à trois ans maximum) pour l'un des cinq types de cancer sans métastase suivants : 1) cancer du sein; 2) cancer colorectal;

Encadré 2 : Observations sur l'équité

Un problème peut affecter certains groupes au sein de la société de façon disproportionnée. Les avantages, les dangers et les coûts des éléments qui permettent d'aborder le problème peuvent varier entre les groupes. Les considérations de 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 les groupes (acronyme anglais PROGRESS)[†] :

- le lieu de résidence (p. ex., les populations rurales et éloignées);
- la race, l'ethnicité et la culture (p. ex., les populations inuites et les Premières nations, les populations immigrantes et les populations de minorités linguistiques);
- l'emploi, ou plus généralement les expériences sur le marché du travail (par exemple les personnes en situation d'emploi précaire);
- le genre;
- la religion;
- le niveau d'études (par exemple la littératie en matière de santé);
- le statut socioéconomique (par exemple les populations défavorisées sur le plan économique);
- l'exclusion du capital social ou l'exclusion sociale.

Bien que tous les efforts aient été déployés pour que la synthèse des données probantes tienne compte de tous les Canadiennes et Canadiens, il accorde également (lorsque cela est possible) une attention particulière à deux groupes :

- les personnes vivant dans les régions rurales et éloignées; et
- les minorités linguistiques ou ethnoculturelles.

De nombreux autres groupes méritent un intérêt particulier, et une stratégie similaire pourrait être adoptée pour n'importe lequel d'entre eux.

[†] 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.

3) cancer du sang; 4) mélanome; 5) cancer de la prostate. L'échantillon de l'étude comprenait des adolescents et des jeunes adultes âgés de 18 à 29 ans qui étaient atteints d'une forme quelconque de cancer sans métastase ou encore d'un cancer du testicule métastatique (n = 329), puisque ce groupe fait face à un ensemble spécifique de problèmes. Les besoins des survivants ont été étudiés (par exemple, le fardeau physique ou occasionné par les symptômes, et les défis émotionnels, psychosociaux, les défis en matière de renseignements et les défis pratiques), ainsi que les facteurs influents sur leurs besoins, le degré auquel ces besoins ont été comblés, les types de soutien disponibles pour répondre à leurs besoins, et les facteurs jouant un rôle de moteur ou de barrière qui ont eu une incidence sur la satisfaction ou non de leurs besoins(1).

Les résultats préliminaires de l'enquête indiquent ce qui suit :

- dans la période allant d'un à trois ans après le traitement, les répondants adultes continuent d'éprouver des problèmes de nature physique (87 %), émotionnelle (78 %) et pratique (44 %);
- dans la période allant d'un à trois ans après le traitement, la majorité des adolescents et des jeunes adultes qui ont participé à l'enquête continuent d'éprouver des problèmes de nature physique (90 %), émotionnelle (89 %) et pratique (78 %);
- les survivants ont éprouvé un vaste éventail de préoccupations de nature physique, émotionnelle et pratique, notamment la fatigue, des changements par rapport aux activités ou à la capacité sexuelle, l'anxiété relative à une récurrence du cancer, la dépression, la tristesse et des difficultés à reprendre le travail ou les études;
- 22 % à 67 % des survivants du cancer adultes avaient de la difficulté à obtenir une aide pour leurs préoccupations relatives à la santé;
- 28 % à 57 % des survivants adultes n'avaient pas cherché à obtenir d'aide pour leurs préoccupations, la justification la plus souvent invoquée étant qu'ils avaient entendu dire que leur état était normal et qu'on ne pensait pas pouvoir faire quelque chose pour les aider à cet égard (préoccupation physique – 33 %; préoccupation émotionnelle – 22 %);
- pour les préoccupations d'ordre émotionnel et pratique, environ 20 % des participants adultes ont déclaré ne pas avoir cherché à obtenir de l'aide car ils ne voulaient pas en demander, et 18 % des participants adultes ne savaient pas que des services visant à les aider existaient;
- quelques survivants adultes qui ont tenté d'obtenir de l'aide ont signalé avoir attendu trop longtemps pour certaines préoccupations (par exemple, 11 % des adultes survivants ont attendu plus d'une année) ou n'ont pas obtenu d'aide du tout (42 %);
- pratiquement tous les participants adultes (98 %) ont déclaré avoir un professionnel de soins primaires, mais un tiers d'entre eux ont indiqué que leur professionnel de soins primaires ne prenait en réalité pas part à leurs soins(1).

L'analyse de l'enquête du Partenariat est en cours et les pratiques exemplaires destinées à améliorer l'expérience de la transition pour les survivants du cancer n'ont pas encore été déterminées(1). Cependant, les résultats préliminaires de l'enquête ont permis de constater qu'il reste beaucoup de choses à faire partout au Canada pour améliorer le soutien des survivants lorsque le traitement du cancer prend fin.

La présente synthèse des données probantes, et le dialogue avec les parties prenantes qu'elle vise à éclairer, s'appuie donc sur les constats de l'enquête sur les transitions. La synthèse se concentre sur le fait de mobiliser les meilleures données probantes issues de la recherche afin de préciser les problèmes les plus importants sous-jacents à la transition des survivants, dans le but de formuler trois éléments d'une approche potentiellement exhaustive permettant d'aborder ces problèmes, et d'identifier des implications relatives à la mise en œuvre. L'objectif consiste à offrir des perspectives étayées par des données probantes qui serviront de point de départ au dialogue avec les parties prenantes. Les participants présenteront aussi leurs propres opinions et expériences relatives à cet enjeu. Finalement, cela pourrait faire émerger des idées qui soutiendraient les efforts en vue d'optimiser la transition des survivants et des membres de leur famille après le traitement du cancer au Canada.

Définitions clés

Nous reconnaissons qu'il existe un vaste éventail de termes pour désigner les patients atteints du cancer et les survivants (par exemple, personne atteinte du cancer, personne ayant subi un cancer, personne qui s'épanouit après un diagnostic de cancer, etc.). Plus précisément, un certain nombre d'informateurs-clés parmi les 17 personnes interrogées lors de la préparation de cette synthèse ont laissé entendre qu'il conviendrait de faire des distinctions importantes entre le fait d'être un survivant du cancer et la survie. Pour les besoins du présent document, nous utilisons les définitions fournies par les National Cancer Institutes, lesquelles sont conformes aux documents de recherche produits dans ce domaine. On appelle « survivant du cancer » une personne atteinte du cancer, depuis son diagnostic jusqu'à la fin de sa vie(13). On désigne par « survie » une phase précise de l'expérience du cancer. La survie concerne la santé et la vie d'une personne après le traitement du cancer(6; 13). La survie englobe le vaste éventail de répercussions physiques, psychosociales et économiques associées au cancer. Elle s'étend aux membres de la famille, aux amis et aux aidants, qui font tous partie de l'expérience de survie(13).

Tableau 1 – Définitions des principaux termes

Terme	Définition de travail
Patient atteint du cancer	Une personne qui a reçu un diagnostic de cancer et qui suit un traitement(14).
Survivant du cancer	On appelle « survivant » une personne atteinte du cancer, depuis son diagnostic jusqu'à la fin de sa vie(13).
Traitement du cancer	Il existe au moins cinq groupes de traitement du cancer, notamment les interventions chirurgicales; les transfusions et les greffes (par exemple, les greffes de moelle osseuse ou de cellules souches); la radiothérapie; la chimiothérapie (qui comprend la pharmacothérapie) et les thérapies regroupées sous le titre de « thérapies complémentaires et médecine non conventionnelle ». Les personnes qui sont atteintes d'un cancer reçoivent des plans de traitement personnalisés établis en fonction du type et du stade du cancer et de facteurs personnels (par exemple, les préférences individuelles et la situation de chacun)(1; 15).
Services de soutien	Les services de soutien à la lutte contre le cancer (par exemple, un soutien par les pairs, des services d'information et des communautés en ligne) offrent de l'aide et des renseignements aux personnes touchées par le cancer(16).
Survie	Le concept de « survie au cancer » fait référence « à la santé et à la vie d'une personne atteinte du cancer après le traitement jusqu'à la fin de sa vie »(13). La survie englobe le vaste éventail de répercussions physiques, psychosociales et économiques associées au cancer. Elle s'étend aux membres de la famille, aux amis et aux soignants, qui font tous partie de l'expérience de survie.
Suivi	Le suivi d'une personne atteinte du cancer comprend l'observation des signes de récurrence, la gestion des effets indésirables du traitement ainsi que le dépistage et la gestion des facteurs de comorbidité (par exemple, les maladies cardiaques et la santé mentale)(4).

LE PROBLÈME

L'augmentation de la prévalence du cancer combinée avec les améliorations enregistrées en matière d'efficacité des traitements et le vieillissement de la population signifie que les secteurs des soins primaires et communautaires sont appelés à jouer un rôle important dans le domaine de la survie au cancer(4; 17; 18).

Cependant, comme cela été souligné à la section précédente, les survivants (et leurs familles), dans l'ensemble du pays, ne reçoivent pas à l'heure actuelle le soutien dont ils ont besoin lorsqu'ils opèrent la transition à partir des sous-systèmes de lutte contre le cancer au sein desquels ils reçoivent un traitement vers ces secteurs.

Les facteurs sous-jacents au problème peuvent être décomposés sous la forme des quatre thèmes suivants (figure 1) :

- 1) le fardeau que fait peser le cancer sur les systèmes de santé au Canada s'accroît;
- 2) des mesures de soutien supplémentaires sont nécessaires pour répondre aux besoins des survivants du cancer qui effectuent une transition vers les environnements de soins primaires et communautaires;
- 3) les meilleures façons de faciliter la transition des survivants et des membres de leur famille demeurent mal comprises;
- 4) des facteurs systémiques peuvent rendre difficile la prise en charge des survivants et des membres de leur famille.

Encadré 3 : Réunir des données probantes sur le problème

Nous avons cherché des données probantes 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 «filtres» 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 filtre 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'Agence de la santé publique du Canada, le Réseau canadien en obésité, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil canadien de la santé, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Health Evidence Network, Health Policy Monitor et l'Organisation de coopération et de développement économiques.

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

Figure 1. Facteurs principaux contribuant aux défis liés à la transition des survivants et des membres de leur famille du traitement du cancer au soutien en matière de soins primaires et de soins communautaires



Le fardeau que fait peser le cancer sur les systèmes de santé au Canada s'accroît

Le fardeau que fait peser le cancer sur les systèmes de santé au Canada s'accroît et est probablement appelé à continuer de croître sous l'effet d'au moins quatre facteurs étroitement liés : 1) la hausse du nombre de personnes diagnostiquées avec un cancer; 2) le vieillissement de la population; 3) l'amélioration de la probabilité de survivre au cancer; et 4) les conséquences financières du cancer. Premièrement, le nombre de nouveaux cas de cancer a continué d'augmenter partout au Canada. On enregistrait 206 200 nouveaux cas de cancer et environ 80 800 décès liés au cancer en 2017, ce qui était supérieur à ce que l'on constatait les années précédentes(2). Conformément à ce qui a été énoncé dans l'introduction, on estime qu'un Canadien sur deux développera une forme ou une autre de cancer au cours de sa vie. D'après les prévisions, le nombre de cas de cancer devrait être 79 % plus élevé entre 2028 et 2032 qu'il ne l'était entre 2003 et 2007(2).

Deuxièmement, le fardeau que représente le cancer s'alourdit, ce qui résulte en partie du nombre croissant de Canadiens âgés de 65 ans et plus(19). La majorité (90 %) des personnes qui ont développé un cancer au Canada ont plus de 50 ans(2). Un changement démographique s'est produit. Pour la première fois dans l'histoire du recensement, on dénombre au Canada plus de personnes âgées de 65 ans que d'enfants de moins de 15 ans(17; 18). De plus, on estime que le nombre de Canadiens âgés de 65 ans et plus devrait plus que doubler, passant de 4,2 millions entre 2003 et 2007 à 9,4 millions entre 2028 et 2032(2; 20; 21). Ces facteurs laissent penser que le nombre de personnes vivant avec un cancer ou y survivant continuera d'augmenter dans la mesure où l'incidence du cancer croît en proportion du vieillissement de la population(6).

Troisièmement, en dépit de l'accroissement du nombre de personnes à qui l'on diagnostique un cancer, et le vieillissement de la population, la probabilité de survivre après un diagnostic de cancer est sensiblement plus élevée de nos jours qu'elle ne l'était il y a une décennie(22). Le taux moyen net de survie à l'horizon de cinq ans pour les personnes à qui l'on diagnostique un type quelconque de cancer est de 60 % au Canada (bien que cette valeur varie selon le type de cancer). Bien que le nombre annuel total de personnes mourant

du cancer continue d'augmenter, les taux auxquels ces personnes meurent du cancer diminuent(2). Les rapports indiquent également que 810 045 Canadiens ayant reçu un diagnostic de cancer au cours de la décennie précédente étaient toujours vivants en 2009, et que d'ici 2031, près de 2,2 millions de Canadiens vivront avec un diagnostic de cancer(19; 22). Avec les progrès réalisés dans les domaines des interventions, du diagnostic, du dépistage et des traitements, plus d'un million de personnes vivent au Canada en tant que survivants du cancer. Le nombre total de survivants au cancer devraient continuer d'augmenter à l'avenir(2; 6).

Quatrièmement, le fardeau que représente le cancer a des répercussions financières sur les systèmes de santé. La combinaison de l'augmentation du nombre de personnes à qui l'on a diagnostiqué un cancer et du vieillissement de la population, qui s'accompagne de l'amélioration de la probabilité de survivre au cancer, implique que les systèmes de santé seront confrontés à une demande accrue pour les services relatifs au cancer.(2) Le fardeau économique que représente le cancer au Canada a plus que doublé passant de 2,9 milliards de dollars en 2005 à 7,5 milliards de dollars en 2012.(23) Les dépenses de soins hospitaliers représentent la plus grande part des coûts. Cela est attribuable à l'augmentation des coûts des soins en milieu hospitalier (par exemple, les dépenses en matière de chimiothérapie et de radiothérapie), suivis par les coûts des soins prodigués par un médecin, les dépenses pour les médicaments et les autres dépenses(23). Le coût que représente le cancer est sensiblement plus élevé de nos jours compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes à qui l'on a diagnostiqué un cancer, de l'inflation, de la sous-estimation des dépenses réelles en matière de soins hospitaliers, et de l'augmentation des coûts des traitements du cancer(23; 24).

Des mesures de soutien supplémentaires sont nécessaires pour répondre aux besoins des survivants du cancer qui effectuent une transition vers des milieux de soins primaires et communautaires

En raison des progrès réalisés dans les traitements du cancer, la majorité des personnes recevant un diagnostic de cancer survivront. Cependant, ces progrès peuvent entraîner un nouvel éventail de besoins particuliers. Par exemple, les survivants courent le risque de développer des effets tardifs et à long terme du traitement.(6) Ces effets sont de nature physique, psychologique, sociale et financière. Ils peuvent avoir des répercussions sur le patient et sa famille.(3) Bien que certains de ces effets puissent intervenir au cours du traitement, nombre d'entre eux apparaîtront au fil du temps, parfois même des années après le traitement primaire.(6) Parmi les effets à long terme figurent la fatigue, la douleur, l'infertilité, les problèmes d'apprentissage et de mémoire, l'anxiété et la dépression.(6; 25) Parmi les effets tardifs citons les affections musculosquelettiques (par exemple, l'ostéoporose), l'insuffisance des organes (par exemple, une maladie cardiaque) et le développement d'un deuxième cancer(3; 6). Des travaux portant sur les effets tardifs et à long terme des traitements révèlent qu'environ 25 à 30 % des patients atteints par le cancer développeront une forme quelconque de trouble psychologique au cours du continuum du cancer, notamment pendant la phase de la survie(3).

De plus, la transition en matière de soins qui suit le traitement nécessite aussi de nouvelles adaptations à la manière dont les survivants et les membres de leur famille interagissent avec le système de santé. Plus précisément, lorsque les survivants passent des soins contre le cancer aux milieux de soins primaires et communautaires, les soins de suivi impliquent que les professionnels de soins primaires gèrent les effets tardifs et à long terme du traitement (par exemple, les facteurs de comorbidité et les troubles psychologiques) et qu'ils surveillent l'apparition de signes de récurrence(4). Cependant, le secteur des soins primaires et communautaires et le sous-système de lutte contre le cancer fonctionnent souvent de manière relativement isolée l'un par rapport à l'autre. En tant que tels, les survivants et les membres de leur famille n'ont probablement pas conscience de l'ampleur et de la nature du soutien à la survie qu'ils devraient recevoir. Des initiatives antérieures et actuelles de soins contre le cancer au sein des systèmes de santé du Canada se sont de manière restrictive concentrées sur l'amélioration du sous-système de lutte contre le cancer, mais en négligeant la gamme complète de milieux au sein desquels les personnes peuvent recevoir des soins hors des centres de traitement du cancer (par exemple, les environnements de soins primaires et communautaires).

Dans le cadre des soins de suivi, les survivants ont besoin de soutien supplémentaire pour la gestion des symptômes, les besoins psychosociaux et les modifications en matière d'habitude de vie(26; 27). Ces transitions peuvent devenir encore plus délicates si les survivants souffrent de symptômes qui ont des répercussions négatives sur leur vie quotidienne à n'importe quel moment de leur expérience du cancer(28).

Les meilleures façons de soutenir la transition des survivants et des membres de leur famille demeurent mal comprises

Bien que l'on reconnaisse de plus en plus l'importance de soutenir la transition, on sait encore peu de choses sur les meilleures façons de soutenir la transition, et particulièrement les rôles et les responsabilités des différents professionnels qui prodiguent des soins de survie.(29) La transition s'opérant du traitement dans un centre régional de lutte contre le cancer à la survie au sein de la collectivité nécessite des précisions sur les sujets suivants : 1) la partie du système (par exemple, les secteurs des soins primaires et communautaires ou le sous-système de lutte contre le cancer) et les personnes au sein de ce système (par exemple, les médecins ou les infirmières) qui s'occuperont de traiter les séquelles tardives d'ordre physique, émotionnel et social du traitement qui pourraient miner la qualité de vie des survivants; 2) la partie du système et les personnes au sein de ce système qui assureront la prévention d'un cancer secondaire, l'observation des signes de récurrence et la promotion de la santé en vue d'obtenir les meilleurs résultats en santé possible pour les survivants; et 3) la manière selon laquelle on réussira à intégrer ces systèmes et à mettre en œuvre la communication et la coordination entre eux(3; 4; 30-35).

De plus, la transition de l'étape du traitement à celle de la survie requière un changement dans les façons de faire, puisque les soins sont souvent prodigués en silos, que ce soit par des spécialités médicales au sein du sous-système de lutte contre le cancer et par le système de santé général(36). Par conséquent, la transition vers la survie s'accompagne souvent de défis concernant la circulation de l'information (par exemple, entre les spécialistes du cancer et les professionnels de soins primaires), et les intérêts potentiellement concurrents entre les professionnels de soins de santé(36). Les choses se compliquent encore dans la mesure où le système de soins primaires et communautaires se concentre sur la prestation de soins primaires exhaustifs et continus en considérant la personne dans son ensemble (par exemple traiter tous les facteurs de comorbidité, les enjeux émotionnels et sociaux, ainsi que les enjeux ethnoculturels) (36), alors que le sous-système de lutte contre le cancer est habituellement axé sur la prestation de soins secondaires et tertiaires pour une maladie spécifique. Pour les survivants et les membres de leur famille, ce manque de clarté peut représenter un facteur contribuant au sentiment de ne pas savoir à quoi s'attendre une fois parvenu à la fin des traitements contre le cancer (27; 28). Cela peut causer un sentiment d'abandon ou de perte du soutien à mesure que ces patients et les membres de leur famille opèrent la transition(36; 37).

Pour mieux comprendre les défis uniques qui se posent aux survivants et à leur famille au cours de ces transitions, ainsi que la meilleure marche à suivre pour surmonter ces défis, un certain nombre d'initiatives en matière de survie ont été envisagées partout au Canada. À ce jour, la majorité des initiatives en matière de survie sont axées sur des territoires de compétence précis ou sont soutenues par des investissements de recherche ciblés(6). Parmi les exemples de telles initiatives, citons :

- l'ELLICSR Health, Wellness, and Cancer Survivorship Centre situé au Toronto General Hospital, qui est financé par la Canadian Foundation for Healthcare Innovation, le Fonds pour la recherche en Ontario et la Princess Margaret Cancer Foundation, et qui se concentre sur la collaboration entre les chercheurs, les professionnels de soins de santé et les survivants du cancer dans le but de mieux comprendre la survie (40);
- l'organisme Prendre soin des patients ayant survécu un cancer en médecine familiale qui est situé au Centre universitaire de santé McGill et se concentre sur l'offre d'ateliers éducatifs destinés aux professionnels de soins primaires à Montréal(38; 39);
- les démarches initiées par la Saskatchewan Cancer Agency pour offrir un vaste éventail de services de soutien et de renseignements aux patients tout au long de leur expérience du cancer(40), par Action cancer Manitoba pour apporter du soutien aux survivants après le traitement par l'intermédiaire du programme intitulé « Moving Forward After Cancer Treatment Program »(41) et par Cancer Care Nova Scotia et le programme intitulé « Eastern Health Cancer Care Program » à Terre-Neuve-et-Labrador pour mettre en œuvre le programme intitulé « Cancer Transitions: Moving Beyond Treatment Program », un programme axé sur le soutien aux survivants après leur traitement par l'intermédiaire d'un certain nombre d'initiatives parmi lesquelles des mesures de promotion de l'exercice, du mieux-être émotionnel et physique, de la nutrition, et l'orientation au sein du système de santé en tant que survivant(42; 43);
- les démarches initiées par le programme de soins fondés sur des données probantes d'Action Cancer Ontario afin de décrire les modèles phares des soins de suivi de la survie, et de comprendre les résultats cliniques et les résultats relatifs à la qualité de vie des survivants qui sont associés aux modèles(31; 44);
- le site Web cancer et travail (www.cancerandwork.ca/fr/), qui représente une initiative pilotée par le milieu universitaire à l'Université McGill et la BC Cancer Agency en partenariat avec la Souza Institute (et avec le soutien financier du Partenariat canadien contre le cancer et de Santé Canada), avec pour objectif de fournir des renseignements et des ressources au sujet de la reprise du travail aux survivants du cancer, aux professionnels de soins de santé et aux employeurs(45);
- le Cancer Outcomes Research Program, qui est basé au Département de chirurgie de l'Université Dalhousie et est axé sur les recherches concernant le continuum de soins aux personnes atteintes par le cancer avec un intérêt tout particulier pour les questions liées au traitement du cancer et à la survie face au cancer, ainsi que ce qui concerne l'interface entre les soins primaires et spécialisés (le volet 2 se rapportant aux recherches sur les services de soins de santé pour le cancer)(46); et

- la Canadian Team to Improve Community-Based Cancer Care along the Continuum (CanIMPACT), laquelle reçoit du financement des Instituts de recherche en santé du Canada, se concentre sur la compréhension de la continuité et de la coordination des soins dans sept provinces, sur les perspectives des patients dans le cadre du continuum du cancer et des pratiques exemplaires(47), ce qui a débouché sur un certain nombre de résultats importants, dont les suivants :
 - un recueil publié en 2015 qui a rassemblé et présenté des données relatives à 24 initiatives au Canada. Ce recueil était axé sur l'amélioration de la coordination des soins aux personnes atteintes du cancer tout au long de l'expérience de cancer (48; 49),
 - un atelier consultatif en 2016 portant sur la formulation de recommandations visant l'amélioration des soins entre les spécialités en oncologie et les soins primaires. Cet atelier a mis à profit l'éclairage apporté par les 74 participants représentant neuf provinces (des professionnels de soins primaires, des spécialistes du cancer, des décideurs, des directeurs, des chercheurs et des patients)(50).

En plus de ces initiatives, la survie au cancer a été explicitement reconnue comme une priorité par un certain nombre d'organismes dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer à l'échelle provinciale, notamment la BC Cancer Agency, le Saskatchewan Health Quality Council, Action Cancer Manitoba et Action Cancer Ontario. L'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer et le Partenariat ont identifié une priorité semblable à l'échelle pancanadienne(41; 51-56). De plus, un certain nombre d'organismes de soutien communautaire axés sur la survie des personnes atteintes par le cancer ont été créés partout au pays, notamment la Société canadienne du cancer, le Gilda's Club, Wellspring, et Young Adult Cancer Canada(16; 45; 57-59).

Malgré ces avancées indéniables en matière d'initiatives se rapportant à la survie des personnes atteintes par le cancer partout au Canada, les efforts restent fragmentés(6). Les initiatives relatives à la survie sont le plus souvent non coordonnées. Les travaux de recherche sont principalement menés par des chercheurs seuls bénéficiant d'une collaboration limitée parmi l'éventail des parties prenantes (par exemple, les chercheurs interdisciplinaires, les décideurs, les survivants du cancer, les familles et les aidants)(6). Le Cadre pancanadien de recherche sur la survie au cancer de l'Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer (ACRC) est axé sur quatre orientations clés destinées à coordonner la recherche en matière de survie au Canada en agissant comme suit : 1) en faisant participer les survivants du cancer et leurs familles et aidants; 2) en harmonisant le financement des recherches avec les besoins de la population; 3) en traduisant les connaissances dans le but d'appuyer les recherches collaboratives qui comprennent les professionnels de soins de santé et les décideurs; et 4) en créant et entretenant des capacités et infrastructures en matière de recherche (par exemple, des bases de données longitudinales)(6). Dans la mesure où ces domaines sont de plus en plus abordés par l'intermédiaire d'initiatives de recherche ciblées sur le moyen terme et le long terme, certaines des difficultés exposées ci-dessus pourraient être traitées. Cependant, compte tenu de l'ampleur des défis décrits dans la présente section, il semble évident que des efforts plus immédiats destinés à aborder la gamme complète des problèmes cernés sont nécessaires.

Plusieurs facteurs liés au système peuvent rendre difficile l'offre de soutien aux survivants et aux membres de leur famille

Un certain nombre de défis se situant à l'échelle du système compliquent davantage les efforts consistant à optimiser la transition des survivants et des membres de leur famille du traitement du cancer vers le soutien aux soins primaires et communautaires. Nous décrivons plusieurs défis importants liés à la gouvernance du système de santé, ainsi qu'aux arrangements financiers et aux arrangements de prestation de services.

Arrangements de gouvernance

Il existe deux défis principaux liés aux arrangements de gouvernance et à l'optimisation de la transition des survivants et des membres de leur famille. Dans un certain nombre de provinces et territoires au Canada, la majorité des soins prodigués aux personnes atteintes du cancer est planifiée et supervisée indépendamment

des autres secteurs. Il y a donc peu de coordination ou de collaboration entre les secteurs (par exemple, les soins primaires). Dans de nombreux cas, cela a mené à un décalage entre les besoins des patients et les programmes et services auxquels ils ont accès. Cependant, le fait de reconnaître ouvertement le rôle des professionnels de soins de santé pour ce qui est des lignes directrices en matière de suivi du cancer dans un certain nombre de provinces et territoires (par exemple, l'Ontario) pour des types précis de cancer (par exemple, le cancer colorectal) devient de plus en plus la norme(60).

Le deuxième défi en ce qui a trait à la gouvernance concerne le manque de mécanismes de rétroaction officiels dans les milieux de soins primaires et communautaires. Quoique des mécanismes permettant aux patients atteints du cancer de formuler des commentaires et d'exprimer leurs besoins particuliers en cours de traitement dans les milieux de soins spécialisés se trouvent fréquemment, des initiatives comparables consistant à faire participer les survivants à leurs soins et à l'amélioration continue de la qualité n'existent pas dans les milieux faisant partie intégrante de leur expérience de survie. De plus, bien que la majorité des organismes sans but lucratif ou de bienfaisance communautaires qui apportent du soutien aux survivants du cancer recueillent des commentaires provenant des personnes évaluant leurs programmes, ces renseignements sont rarement transmis aux systèmes de santé provinciaux afin d'éclairer la prise de décisions.

Arrangements financiers

Le financement des programmes et services de soins aux personnes atteintes par le cancer a tendance à être abordé de manière distincte de celui attribué aux soins primaires et communautaires. Cela crée une situation dans laquelle les approches relatives aux programmes et services de financement dans les milieux de soins spécialisés ne sont pas coordonnées avec les approches utilisées pour financer le soutien aux survivants et aux membres de leur famille après le traitement et à l'extérieur de ces milieux. Dans le but d'apporter un éclairage supplémentaire aux questions liées aux arrangements financiers destinés à optimiser la transition des survivants et des membres leur famille, nous présentons ci-dessous un résumé détaillé des arrangements financiers utilisés aussi bien dans le soutien public que dans le soutien privé des soins aux personnes atteintes de cancer, afin de donner une idée de la nature des systèmes. Ceci comprend :

- de nombreux programmes et services fournis dans les collectivités qui appuient les survivants et les membres de leur famille lors de la transition du traitement du cancer pour fonctionner hors du système de santé et qui sont financés par d'autres ministères (ou par des sources privées, dont des organismes de bienfaisance);
- de nombreuses juridictions au Canada qui financent les organismes de soins aux personnes atteintes du cancer pour qu'ils offrent des services particuliers aux patients se trouvant dans un seul milieu, plutôt que de financer un ensemble de services pouvant être offerts dans un certain nombre de milieux (par exemple, de l'hôpital aux soins primaires) et par un certain nombre de professionnels différents (par exemple, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, etc.);
- malgré la nature particulière du soutien aux survivants opérant une transition du traitement du cancer vers la survie au sein de milieux de soins primaires et communautaires, peu de juridictions au Canada disposent de mécanismes de rémunération en vigueur qui :
 - assurent une plus grande implication des professionnels travaillant dans ces milieux dans le cadre de l'offre de soins de suivi (contrairement à ce qui se passe pour de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète, pour lesquelles des versements ciblés sont offerts afin de soutenir des soins propres à la maladie comme le soutien pour l'autogestion de la maladie et la gestion des symptômes);
 - soutiennent les spécialistes pour qu'ils incitent les survivants et les membres de leur famille à opérer la transition vers les soins primaires et communautaires après la fin du traitement (par exemple, en les payant moins pour les visites de suivi que pour les visites ayant lieu au cours du traitement actif), puis qu'ils collaborent avec les professionnels dans les milieux de soins primaires et communautaires une fois que la transition a eu lieu; et
 - peuvent garantir l'existence des mesures de soutien appropriées pour les soins de suivi complets (par exemple, les consultations numériques par l'intermédiaire de systèmes de télésanté solides).

Arrangements relatifs à la prestation de services

Les principaux défis associés aux arrangements relatifs à la prestation de services découlent du fait que les survivants du cancer ont un éventail de besoins complexes, tels que la nécessité de recevoir du soutien en matière de soins de suivi afin de s'occuper de leurs besoins physiques, émotionnels et pratiques, ainsi que pour ce qui est de la gestion des divers facteurs de comorbidité pouvant apparaître lorsqu'ils vieillissent. Ces besoins ont été négligés dans un certain nombre de systèmes de santé, notamment au Canada(61; 62). Cela peut avoir un rapport avec quatre dimensions distinctes des systèmes de santé au Canada.

Premièrement, les sous-systèmes de lutte contre le cancer et les secteurs des soins primaires et communautaires ont historiquement été faiblement intégrés au Canada, ce qui peut expliquer le manque de planification de la transition destinée à orienter les survivants et les membres de leur famille après le traitement du cancer. Comme le soulignent les résultats préliminaires de l'enquête du Partenariat sur les transitions, bien qu'ils y soient disposés, de nombreux survivants ne sont pas au courant de l'existence d'un plan écrit officiel pour leurs soins de suivi soit au cours du traitement, soit après celui-ci, ou ils ne reçoivent pas ce plan(1). Plus précisément, seul plus du tiers des adolescents et jeunes adultes ont déclaré avoir reçu un tel plan, et 40 % des adultes âgés de plus de 30 ans ont indiqué l'avoir reçu soit au cours du traitement, soit après celui-ci.

Deuxièmement, la coordination est habituellement mauvaise entre les professionnels, trop peu d'initiatives étant menées dans le but d'intégrer les soins assurés par des équipes dans les milieux de soins primaires et communautaires. Par exemple, seuls un peu plus de 40 % des survivants du cancer adultes interrogés dans le cadre de l'étude sur les transitions se fient uniquement à leur spécialiste du cancer et à leur équipe d'oncologie dans les années suivant le traitement. Bien que plus de la moitié ait suggéré que la coordination entre les professionnels de soins de santé à cette étape était bonne, voire très bonne, environ 17 % d'entre eux estimaient que la coordination était seulement passable, mauvaise ou très mauvaise. En ce qui concerne les soins assurés par des équipes, si certaines juridictions misent de plus en plus sur les équipes interdisciplinaires et sur une réforme des systèmes de soins primaires afin qu'ils offrent aux personnes des soins complets traitant de nombreux besoins connexes, la plupart des patients ont un accès limité aux équipes de soins, et peu d'interactions avec elles, alors qu'elles pourraient contribuer à répondre à leur vaste éventail de besoins lorsqu'ils effectuent leur transition après un traitement du cancer. Ceci est particulièrement important compte tenu du consensus large qui veut que la participation d'équipes interdisciplinaires dans l'ensemble du continuum des soins soit nécessaire pour soutenir les survivants tout au long de leur expérience(28).

Troisièmement, les professionnels de soins de santé dans le domaine des soins primaires disposent souvent de peu ou pas de formations spécialisées pour ce qui est des façons de soutenir les survivants du cancer ou les membres de leur famille avec les soins de suivi les plus appropriés, efficaces et axés sur la personne(29).

Quatrièmement, bien que de nombreux centres de lutte contre le cancer évaluent et observent chaque jour un large éventail de besoins chez les patients (par exemple, les besoins liés au fardeau occasionné par les symptômes, les besoins émotionnels et psychosociaux, les besoins en renseignements et les besoins pratiques), ces évaluations se font rares dans les milieux des soins primaires et communautaires(36; 63). Par conséquent, une fois que les survivants ont opéré leur transition vers ces milieux, ils ont peu ou pas de possibilités d'obtenir une évaluation complète leur permettant d'établir l'éventail intégral de leurs besoins, et de formuler un plan de soins personnalisé qui permet de répondre adéquatement à ces besoins.

Comme cela a été souligné dans la section précédente, les travaux poursuivis par l'intermédiaire du projet CanIMPACT peuvent servir de point de départ logique pour déterminer la meilleure manière de répondre à la gamme complète de défis présentée ci-dessus. Cela, compte tenu du fait que le projet soit tourné vers la formulation de modèles de survie optimaux par l'intermédiaire de la coordination des soins entre les spécialistes du cancer et les professionnels de soins de santé primaires(9; 34; 47; 49; 50; 61), et qu'il soit tourné vers les équipes de soins aux personnes atteintes par le cancer, et plus généralement sur la meilleure

manière d'intégrer et d'harmoniser les services spécialisés dans la lutte contre le cancer avec les soins primaires dans l'intégralité du continuum des soins aux personnes atteintes par le cancer(61; 64).

Autres observations relatives à l'équité qui se rapportent au problème

Comme mentionné dans l'encadré 2, la manière dont le problème peut avoir une incidence disproportionnée sur certains groupes ou collectivités est un élément important qui nécessite une discussion plus approfondie. En ce qui concerne l'optimisation de la transition des survivants et des membres de leur famille du traitement du cancer vers le soutien en matière de soins primaires et communautaires au Canada, de nombreux groupes méritent que l'on s'intéresse à eux. En nous fondant sur les commentaires des 17 informateurs-clés que nous avons interrogés pendant la préparation de cette synthèse, nous nous concentrons sur les personnes vivant dans les zones rurales ou éloignées, et sur les minorités linguistiques et ethnoculturelles (parmi lesquels on peut trouver des réfugiés et des immigrants récemment arrivés, des populations minoritaires, des peuples autochtones, et certains groupes religieux). Nous reconnaissons qu'il existe des enjeux uniques liés à certains groupes d'âge lorsqu'ils opèrent une transition, et que la survie au cancer des jeunes adultes est très différente de celle de la population des adultes plus âgés(2; 6). Nous présentons également, lorsque possible, des données probantes liées à des défis précis auxquels ces groupes d'âge sont confrontés.

Les personnes résidant dans des zones rurales ou éloignées rencontrent des difficultés à accéder aux services de soins de santé, ce qui touche un grand nombre de personnes compte tenu des éléments suivants :

- environ un Canadien sur cinq (19 %) vit dans une zone rurale (que Statistique Canada définit comme une zone comportant moins de 1 000 habitants et sur laquelle résident moins de 400 habitants par kilomètre carré)(65);
- on dénombre 292 collectivités éloignées au Canada rassemblant une population totale comportant approximativement 194 281 personnes (les collectivités éloignées n'ont pas accès toute l'année à des routes ou elles dépendent d'une tierce partie pour le transport, tel que le traversier ou l'avion)(66; 67).

Étant donné que les services, programmes et professionnels de la santé ne sont pas équitablement répartis entre les secteurs géographiques au Canada, les personnes résidant dans les zones rurales et éloignées sont souvent confrontées à des obstacles pour accéder aux services en matière de soins santé dont elles ont besoin. Parmi ces obstacles figurent l'isolement par rapport aux soutiens médicaux et psychosociaux, et le fait qu'il faille entreprendre un long voyage pour accéder aux services de soutien dans le domaine des soins primaires et communautaires(6; 68). Pour les jeunes adultes survivants du cancer, le fait de vivre dans les zones rurales a été associé à un diagnostic tardif et à un manque de soutien communautaire en comparaison avec les jeunes adultes survivants du cancer vivant en milieu urbain. Cependant, les jeunes adultes survivants du cancer vivant en milieu rural étaient plus satisfaits des soins qu'ils ont reçus, ce qui peut signifier qu'ils sont plus reconnaissants lorsqu'ils parviennent à accéder aux services dont ils ont besoin(68). D'autre part, les personnes âgées vivant dans ces milieux sont confrontées eux aussi à des défis. Cela est particulièrement important compte tenu du fait qu'ils représentent une part substantielle de la population rurale et éloignée, notamment au Canada atlantique dans lequel ils représentent près de la moitié de cette population(69). Les personnes âgées constituent également la majorité des patients atteints par le cancer, l'âge médian de diagnostic du cancer se situant maintenant entre 65 et 69 ans(2). Il convient également de remarquer que 60 % des survivants participant à l'enquête sur les transitions sont âgés de 65 ans ou plus(1).

Des personnes provenant de certaines collectivités ethnoculturelles peuvent se démarquer de la population générale en ce qui concerne leur manière de comprendre l'expérience du cancer, ainsi que leurs valeurs et préférences en matière de soins de survie. Par exemple, des groupes peuvent se démarquer par rapport au fait de s'inscrire ou non dans un modèle plutôt biomédical, biopsychologique ou ethnoculturel particulier (par exemple, un modèle oriental traditionnel)(70), et par rapport au fait d'accorder ou non une valeur importante aux facteurs spirituels, sociaux ou environnementaux, ou aux modes de connaissance

autochtones. Ces types de conceptions, valeurs et préférences peuvent influencer leur volonté de chercher à obtenir du soutien. Cela peut aussi influencer vers qui ces personnes se tourneront pour obtenir du soutien, et s'ils observeront les recommandations qui leur sont faites(71). Les différences linguistiques peuvent compliquer davantage la situation. De nombreux professionnels de la santé n'ont pas reçu de formation dans le domaine des compétences culturelles, ni quant à la manière d'adapter leurs approches à la transition des survivants et des membres de leur famille du traitement du cancer vers le soutien au chapitre des soins primaires et communautaires.

Points de vue des citoyens quant aux principaux défis dans le domaine de la transition des survivants et des membres de leur famille du traitement du cancer vers le soutien en matière de soins primaires et communautaires au Canada

Deux panels de citoyens ont été organisés à Hamilton (Ontario) le 2 mars 2018 et à Québec (Québec) le 9 mars 2018. Les participants au panel de Hamilton étaient anglophones et provenaient de l'ensemble du pays. Les activités du panel de Québec se sont tenues en français. Ses participants provenaient tous de la province du Québec. Au total, les panels ont rassemblé 22 personnes diverses sur les plans ethnoculturels et socioéconomiques. Ces personnes ont reçu une version abrégée en anglais ou en français de la synthèse des données probantes (72). Les participants des panels avaient survécu à l'un des cinq types de cancer sans métastase (c'est-à-dire le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer du sang, mélanome, et le cancer de la prostate) et avaient fait l'expérience d'une diversité de programmes et services tout au long du continuum de soins contre le cancer.

Au cours de la délibération concernant le problème, les participants ont examiné les conclusions préliminaires de l'enquête sur les transitions et se sont vus demander si leurs expériences étaient similaires à celles mentionnées dans l'enquête. Nous avons également demandé aux participants d'identifier les manquements les plus criants par rapport au soutien offert aux survivants et aux membres de leur famille après un traitement. Les participants ont confirmé les points soulevés dans la synthèse quant aux facteurs à l'origine du problème. Cependant, ils se sont concentrés sur sept domaines qui semblaient présenter des défis particuliers au chapitre de la transition du traitement du cancer vers le soutien en matière de soins primaires et communautaires. Il s'agit des défis suivants : 1) une coordination et une intégration limitées entre le traitement primaire du cancer et le soutien en matière de soins primaires et communautaires; 2) des limites existant dans le domaine de l'infrastructure de la technologie de l'information et de la communication posent des difficultés aux personnes qui reçoivent des soins et à celles qui en prodiguent; 3) une approche compartimentée des soins qui signifie que l'éventail des préoccupations n'est pas toujours déterminé et abordé; 4) l'implication limitée des survivants et des membres de leur famille en matière de soins pour décider des types de soutien dont ils auront besoin après le traitement primaire du cancer; 5) l'accès au soutien en matière de soins primaires et communautaires n'est pas le même pour tout le monde; 6) la phase de transition de l'expérience du cancer est difficile à définir; 7) un manque de clarté et d'aisance au sujet des termes utilisés pour désigner la survie. Les défis particuliers soulevés par rapport à ces domaines figurent dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. Résumé des points de vue des citoyens à l'égard des défis

Défi	Description
Coordination et intégration limitées entre le traitement primaire du cancer et les soins primaires et communautaires.	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des participants s'accordent pour dire qu'il existe des défis d'importance en matière de communication au sein de l'éventail de professionnels de la santé, notamment parmi les spécialistes (par exemple, les oncologues et les radiologues) et entre les spécialistes et les médecins de famille au cours de la période de transition. • De nombreux participants ont décrit de quelle manière le manque de communication entre les professionnels de la santé a des répercussions sur la capacité des survivants et des membres de leur famille à garantir des soins de suivi coordonnés en ce qui a trait au fait de savoir de quels types de soutien ils ont besoin et ce qui est disponible. • Un participant a présenté le défi que constitue la communication entre son oncologue et son médecin de famille quant aux soins de suivi, et le risque pesant sur les survivants qui ne sont pas proactifs au cours de la période de transition. Ce participant a expliqué qu'il avait dû aller voir son médecin de famille pour demander des analyses et lui présenter une copie (obtenue auprès de son oncologue) car cette dernière n'était pas au courant. Le participant a dû consulter la copie pour expliquer au médecin de famille ce dont il avait besoin. • En raison de la coordination et de l'intégration limitées, de nombreux participants ont indiqué qu'on comptait trop sur les survivants et les membres de leur famille pour qu'ils s'orientent par eux-mêmes dans le système en : 1) coordonnant les soins entre les professionnels de la santé et les milieux, et en 2) devenant des experts de l'orientation au sein du système d'une manière qui leur permette d'incorporer diverses composantes de leurs soins.
Les limitations dans le domaine de l'infrastructure de la technologie de la communication et de l'information créent des défis pour ceux qui reçoivent les soins, comme pour ceux qui les prodiguent.	<ul style="list-style-type: none"> • La majorité des participants ont mentionné les limites en matière d'infrastructure de la technologie de l'information et de la communication comme représentant l'un des principaux défis en ce qui concerne l'appui à la coordination entre les professionnels de la santé et les secteurs. • De nombreux participants ont exprimé leur frustration à l'égard des difficultés existant de longue date pour ce qui est de la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques et des dossiers de santé électroniques. Ces difficultés empêchent une transition optimale. • Un certain nombre de participants avaient une expérience professionnelle dans d'autres domaines (par exemple, la police et les forces armées). Ces derniers ont décrit des systèmes électroniques de partage des renseignements qui fonctionnaient bien. Ils ont exprimé leur frustration quant au fait que des infrastructures aussi robustes puissent exister dans certains secteurs de politique sociale pour le partage de données sensibles, mais ne pas être adoptées dans le domaine des soins de santé, où l'on retrouve des préoccupations du même ordre pour ce qui concerne la protection des renseignements personnels et la sécurité.
Une approche compartimentée signifie que la gamme de préoccupations n'est pas toujours cernée et traitée.	<ul style="list-style-type: none"> • La majorité des participants ont discuté des expériences des effets tardifs et à long terme du traitement contre le cancer, notamment les conséquences psychologiques (par exemple, l'anxiété et la dépression) et physiques (par exemple, faire face aux cicatrices et aux problèmes en matière de sexualité et d'intimité), et du fait que l'approche compartimentée restreignait leur capacité à recevoir le soutien approprié. • De nombreux participants ont parlé du fait que l'approche compartimentée en matière de soins contre le cancer limitait la capacité de tirer des leçons d'autres systèmes, et ont considéré ceci comme une occasion ratée d'améliorer l'efficacité. • Les participants ont également remarqué que plusieurs programmes de survie fonctionnent de manière isolée les uns par rapport aux autres, et qu'il existe un besoin pour un programme central que l'on pourrait adapter et personnaliser en fonction des besoins individuels.

L'implication des survivants et des membres de leur famille pris en charge dans la détermination du type de soutien dont ils auront besoin après le traitement primaire contre le cancer est limitée.	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants ont souligné le fait que la transition était différente pour tout le monde, et que par conséquent, l'ensemble des mesures de soutien devait être personnalisé en fonction de la personne, mais aussi que cela était difficile, voire impossible, sans l'implication véritable des survivants et des membres de leur famille pour déterminer ces besoins. • Certains participants ont abordé le manque de suivi après le traitement primaire contre le cancer, et le fait qu'ils n'étaient pas au courant des possibilités s'offrant à eux quant aux programmes et services disponibles après le traitement. • Un participant a résumé le défi de la manière suivante : « les patients sont soit désorientés, soit ils ne savent pas où aller. Lorsque vous êtes atteint par le cancer, vous avez perdu le contrôle ».
L'accès au soutien provenant des soins primaires et communautaires n'est pas le même pour tout le monde.	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreux participants ont discuté des variations en ce qui a trait au soutien disponible selon l'endroit où ils vivent. Certains participants habitant dans les zones rurales et éloignées ont évoqué les défis relatifs à l'accès au soutien nécessaire. • Selon les mots d'un participant, « les services ne sont pas organisés en fonction des besoins ou de l'efficacité, mais en fonction des frontières ».
La phase de transition dans l'expérience du cancer est difficile à définir.	<ul style="list-style-type: none"> • Certains participants ont relevé le fait que pour comprendre la période de transition, une bonne compréhension de l'expérience du cancer dans sa globalité était nécessaire, notamment en ce qui a trait aux périodes de diagnostic et de traitement. • Les participants ont souligné le fait que les conditions et interactions avec les professionnels de la santé au cours du diagnostic donneront le ton pour les soins ultérieurs et la période de transition. • Parmi les autres exemples avancés par les participants figurait celui d'un patient atteint du cancer ayant eu une mauvaise expérience avec son médecin de famille (par exemple, des retards importants en matière de prescription d'examen dont il avait besoin), ce qui a eu une incidence sur sa relation de confiance. Cela a à son tour eu des conséquences graves sur la relation avec son médecin de famille lorsqu'il est passé aux soins primaires.
On constate un manque de clarté et d'aisance au sujet des termes utilisés pour désigner la survie.	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreux participants ont exprimé leur malaise par rapport aux termes utilisés pour désigner la phase de survie, et ont eu le sentiment que le terme « survivant » les définissait en fonction du diagnostic de cancer qu'ils ont reçu, et les ramenait perpétuellement au choc causé par l'expérience.

TROIS ÉLÉMENTS D'UNE APPROCHE POTENTIELLEMENT GLOBALE POUR RÉSoudre LE PROBLÈME

De nombreuses approches pourraient être choisies comme point de départ des délibérations concernant l'optimisation de la transition des survivants et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada. Pour promouvoir la discussion sur les avantages et les inconvénients de différentes approches, nous avons choisi trois éléments d'une approche globale pour optimiser la transition des survivants et des membres de leur famille. Les trois éléments ont été élaborés et peaufinés à la suite de consultations auprès du comité directeur et de 17 informateurs-clés interrogés pendant la rédaction de la synthèse des données probantes. Ces éléments sont les suivants :

- 1) Appuyer, former et fournir des mesures de soutien organisationnel et systémique qui permettent aux professionnels de la santé d'identifier et d'impliquer les survivants et les membres de leur famille qui devront passer par une période de transition après le traitement du cancer;
- 2) Harmoniser les modalités de financement et de rémunération afin de mieux soutenir les survivants atteints d'un cancer au cours de leur transition de l'étape de traitement du cancer à l'étape de survie au sein de la communauté;
- 3) Offrir aux survivants et aux membres de leur famille des occasions d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin de mieux gérer la transition de l'étape du traitement à l'étape de survie.

Les éléments peuvent être explorés séparément ou simultanément, 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 leur nécessité de mise en séquence, ainsi que de leur faisabilité.

Dans le but d'éclairer deux panels de citoyens qui se sont réunis en mars 2018, nous avons inclus les trois mêmes éléments d'une approche globale visant à résoudre le problème dans le document d'information transmis aux citoyens. Ces éléments ont servi de point de départ aux délibérations citoyennes. Au cours des délibérations, nous avons mis en lumière les valeurs et les préférences, qui sont résumées dans le tableau ci-dessous en lien avec chaque élément.

Encadré 4 : Mobiliser les données probantes pertinentes aux éléments pour résoudre le problème

Les données probantes disponibles sur les éléments d'une approche globale pour résoudre le problème ont été obtenues essentiellement auprès de Health Systems Evidence (www.healthsystemsevidence.org) qui est une base de données mise à jour continuellement et recensant plus de 6 200 revues systématiques et plus de 2 500 évaluations économiques des arrangements financiers, arrangements relatifs à la prestation de services et arrangements de gouvernance au sein des systèmes de santé. Les revues ont été choisies en cherchant dans la base de données des documents qui traitent de chacun des éléments et sous-éléments.

Dans la mesure du possible, les auteurs ont tiré leurs conclusions à partir de ces revues. Certaines revues ne contenaient aucune étude, malgré une recherche exhaustive (c.-à-d. qu'il s'agissait de revues « vides »), alors que d'autres concluaient à une incertitude substantielle liée aux éléments, d'après les études choisies. Lorsque c'était pertinent, des mises en garde ont été faites quant aux conclusions des auteurs, en fonction des évaluations de la qualité des revues, de l'applicabilité locale des constats, des observations sur l'équité et de la pertinence face à l'enjeu. (Se reporter aux annexes pour une description complète de ces évaluations.)

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 oeuvre un élément particulier pourraient tenter d'obtenir une description plus détaillée de cet élément ou d'autres données de recherche sur cet élément.

En plus des valeurs et préférences des citoyens pour chaque élément, cette section met en lumière ce que nous savons de ces éléments d'après des revues systématiques pertinentes. 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)(9) 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 les revues systématiques ont été réalisées récemment, c'est-à-dire au cours des cinq dernières années. La dernière section mettra l'accent sur les obstacles à l'adoption et à la mise en œuvre de ces éléments, de même qu'aux stratégies possibles pour surmonter ces obstacles.

Élément 1 – Appuyer, former et fournir des mesures de soutien organisationnel et systémique qui permettent aux professionnels de la santé d'identifier et d'impliquer les survivants et les membres de leur famille qui devront passer par une période de transition après le traitement du cancer

Cet élément est défini au sein du contexte des personnes qui sont jugées admissibles à la transition au terme du traitement, mais il comprendrait toute la gamme des efforts (y compris pendant le traitement) qui faciliterait la transition au terme du traitement (p. ex., le dépistage précoce d'éventuelles difficultés émotionnelles et physiques qui pourraient persister au terme du traitement). Cette approche comprendrait les efforts permettant de faciliter le transfert entre les professionnels et les milieux de soins pour les survivants et les membres de leur famille. Cet élément pourrait comprendre trois sous-éléments visant à faciliter les transitions :

- 1) engager les survivants et les membres de leur famille dans des conversations sur la transition après leur traitement et vers les soins de survie qui comprennent les soins primaires et communautaires, appuyer la mobilisation active de ces survivants et des membres de leur famille afin d'identifier tous leurs besoins potentiels (y compris ceux qui existaient pendant le traitement mais qui pourraient perdurer après ce dernier) et faciliter la prise de décisions à propos du moment et de la manière de procéder;
- 2) outiller les professionnels de la santé et les équipes de soins à déterminer et à prendre en charge l'éventail complet des besoins des survivants et des membres de leur famille, par exemple de la manière suivante :
 - en mettant au point des pratiques exemplaires et en appuyant leur application
 - en modifiant les programmes de perfectionnement professionnel afin de veiller à ce que les professionnels de soins non spécialistes qui envisagent de travailler dans des milieux de soins primaires disposent de connaissances de base sur le soutien à apporter aux survivants d'un cancer qui terminent leur traitement
 - en formant les professionnels de soins non spécialistes existants qui travaillent dans des milieux de soins primaires à propos des principaux aspects du soutien à apporter aux survivants d'un cancer qui terminent leur traitement
 - en fournissant de l'information et des possibilités éducatives aux professionnels qui souhaitent développer leurs connaissances et leurs compétences en ce qui a trait au soutien apporté aux survivants et aux membres de leur famille alors qu'ils passent de l'étape du traitement du cancer à l'étape des soins primaires et communautaires
 - en élaborant et en mettant en œuvre des outils d'évaluation axés sur les données probantes qui permettent aux professionnels de soins primaires de mesurer l'ensemble des besoins physiques, émotionnels et pratiques des survivants une fois qu'ils ont terminé leur traitement
- 3) créer les systèmes et les processus visant à appuyer les points 1 et 2 comme suit :
 - en appuyant les modèles de soins communs dans lesquels la planification et la prestation des programmes et des services sont assurées par de multiples professionnels provenant à la fois de milieux de soins spécialisés ainsi que des milieux de soins primaires et communautaires
 - en définissant les rôles des professionnels afin de clarifier les responsabilités pendant la transition des survivants et des membres de leur famille (p. ex. en désignant des médecins de famille à titre de coordonnateurs des soins de suivi des patients au terme du traitement)
 - en définissant des protocoles de soins optimaux pour les survivants

- en formant des partenariats au sein des communautés afin d'assurer une meilleure planification et une meilleure intégration entre les professionnels de soins primaires et communautaires
- en améliorant le soutien en matière de communication afin d'assurer une meilleure coordination des renseignements sur les patients entre les différents professionnels et milieux (p. ex., les systèmes de technologie de l'information qui assurent le transfert des renseignements sur les patients aux professionnels et milieux appropriés, ainsi que les dossiers médicaux remis aux patients)
- en utilisant mieux les outils d'information qui permettent de naviguer au sein du système (p. ex., les plans de traitement des survivants et les infirmières pivots)

Principaux constats des panels de citoyens

Trois principaux thèmes relatifs aux valeurs sont ressortis de la discussion portant sur l'élément 1 avec les deux panels de citoyens:

- des relations de confiance entre les survivants, les professionnels de la santé et les organisations au sein du système
- une collaboration entre les survivants, les professionnels de la santé et les organisations au sein du système
- l'efficacité du processus de transition, en mettant un accent particulier sur le flux d'information

Les thèmes relatifs aux valeurs de confiance et de collaboration sont intimement liés, et les participants des panels de citoyens ont mis en avant la nécessité pour les professionnels de la santé de jouer un rôle de conseillers afin de présenter le concept des soins à la suite du traitement ainsi que le soutien qui pourrait être requis. Les médecins de famille ont été déterminés comme le principal point de contact pour les transitions, mais il a été précisé que les survivants devaient avoir à leur disposition l'ensemble des soutiens possibles (spécialistes, réadaptation et soutien psychologique par exemple) afin de veiller à ce que les médecins de famille puissent consulter les soutiens pertinents. Le recours à un intervenant pivot pouvant fournir de l'information fiable et servir de point de contact central afin de faciliter la navigation au sein du système semblait également privilégié. En ce qui concerne l'établissement de relations de confiance entre les survivants et les organisations au sein du système, les participants des panels ont reconnu le rôle joué par les organismes de bienfaisance qui offrent un soutien pendant la transition, ainsi que la nécessité de permettre un accès uniforme à ce soutien dans l'ensemble du continuum des soins prodigués aux personnes atteintes par le cancer.

En ce qui concerne le troisième thème relatif aux valeurs, à savoir l'efficacité du processus de transition, les participants des panels ont mis en lumière la nécessité de consolider l'infrastructure technologique de communication de l'information. Les systèmes des dossiers médicaux électroniques ont été jugés essentiels pour appuyer les transitions en permettant le partage efficace de l'information portant sur les patients entre les professionnels de la santé. Les participants des panels ont souligné que ce partage devait être central afin d'assurer une coordination et une intégration efficaces entre le traitement primaire du cancer et les soins primaires et communautaires.

Engager les survivants et les membres de leur famille dans des conversations sur leur transition du traitement aux soins de survie

En ce qui concerne le premier sous-élément, à savoir engager les survivants et leurs familles dans des conversations à propos de la transition du traitement vers les soins de survie, nous avons repéré trois revues systématiques axés sur les processus de prise de décisions entre les professionnels de soins de santé et les patients dans le cadre des soins aux personnes atteintes par le cancer.

Une revue systématique récente de qualité moyenne a déterminé que l'établissement de compétences essentielles pour gérer la situation médicale initiale, gagner la confiance du patient, mobiliser la famille étendue du patient, s'adresser au patient de manière appropriée en fonction de ses préférences culturelles et utiliser une communication respectueuse sur le plan culturel constituait un élément clé pour la relation

médecin-patient(73). Dans le cadre des connaissances que doivent posséder les professionnels de soins de santé, on a mis en avant l'importance de disposer de connaissances factuelles précises et de comprendre les différents aspects culturels(73). La compréhension factuelle des cultures, des systèmes de croyance en matière de santé, des processus de prise de décisions et des normes concernant l'étiquette respectifs du patient et du professionnel de soins de santé a été jugée essentielle pour établir une communication harmonieuse entre les patients et les professionnels de soins de santé(73).

Deux revues systématiques de qualité moyenne, l'une récente et l'autre plus ancienne, ont révélé des données probantes limitées suggérant les effets positifs de l'implication des patients dans la prise de décisions(74; 75). La première revue systématique a mis en avant une association entre la participation perçue du patient dans la prise de décisions et les résultats en matière de qualité de vie dans le traitement du cancer(74). La deuxième revue systématique s'est concentrée sur les modèles de prise de décisions communs pour le traitement du cancer parmi les patients issus de minorités raciales et ethniques; il a permis de révéler que la communication efficace du professionnel permettait d'améliorer les résultats psychologiques, la qualité de vie, et l'état physiologique, ainsi que d'assurer un meilleur suivi des recommandations en matière de traitement(75). En dépit de ces avantages, la revue systématique a déterminé que les patients souffrant d'un cancer devaient toujours faire face à des niveaux élevés de besoins non comblés en matière de communication avec les professionnels, et que ces besoins non comblés étaient amplifiés pour les patients issus des minorités raciales et ethniques(75). Les défis en matière de communication comprenaient les styles de communication différents, les modèles de croyance en matière de santé différents, les problèmes linguistiques, le manque de compétences des professionnels en matière de communication interculturelle, le manque de contrôle des patients, le manque de connaissances des professionnels en matière de culture et d'histoire autochtone, le manque de confiance à l'égard des professionnels et l'absence de relation personnelle entre les professionnels et les patients, ainsi qu'un environnement de soins de santé aliénant(75).

Outils les professionnels de la santé et les équipes pour les aider à déterminer et prendre en charge l'éventail complet de besoins des patients et des membres de leur famille

En ce qui a trait au deuxième sous-élément, à savoir outiller les professionnels de la santé et les équipes pour les aider à déterminer et prendre en charge l'éventail complet de besoins des patients et des membres de leur famille, nous avons repéré quatre revues systématiques portant sur la formation des professionnels de soins non spécialistes opérant dans le milieu des soins primaires qui porte sur les principaux éléments du soutien apporté aux patients souffrant d'un cancer, ainsi qu'une revue systématique portant sur les outils d'évaluation permettant aux professionnels de soins primaires de déterminer l'éventail des besoins des patients.

Parmi ces revues systématiques, trois d'entre-elles portaient principalement sur la formation des professionnels de soins non spécialistes opérant dans le milieu des soins primaires et communautaires afin d'appuyer les transitions. Une revue récente de qualité moyenne a évalué les répercussions des programmes de réadaptation multidimensionnels sur la santé physique et émotionnelle, ainsi que sur la qualité de vie liée à la santé pour les survivants adultes du cancer(76). La revue a permis de déterminer que les programmes de réadaptation unidimensionnels étaient plus ciblés et obtenaient donc de meilleurs résultats que les programmes multidimensionnels(76). Le fait d'inclure des patients présentant différents diagnostics de cancer dans un programme de réadaptation permettait d'obtenir le même taux de réussite que les programmes pour les patients souffrant d'un cancer spécifique. De plus, la prestation du programme était plus efficace en personne(76). Une autre revue récente de qualité moyenne a déterminé que des modalités de prestation de l'intervention à large portée pour les programmes de promotion de saines habitudes de vie constituaient un moyen de répondre aux besoins d'un groupe croissant et diversifié de survivants du cancer, et qu'elles pouvaient améliorer les comportements liés à la santé et par conséquent les effets secondaires du traitement, la qualité de vie et les résultats sur le plan de la santé(77). Une revue récente de qualité moyenne a mis en avant les obstacles qui selon les patients les empêchaient de mobiliser les médecins de famille au cours des soins de suivi des patients atteints d'un cancer. Ces obstacles comprenaient l'absence d'une relation solide, une mauvaise communication et coordination, des problèmes liés au diagnostic ou au traitement, et un mauvais accès aux installations(78). Enfin, une revue plus ancienne de qualité élevée qui ne portait pas

uniquement sur les transitions a mis en lumière que les professionnels de soins de santé participant aux soins contre le cancer et qui avaient suivi une formation en matière de communication étaient significativement plus susceptibles d'utiliser des questions ouvertes au cours des entrevues suivant les interventions que les membres du groupe de contrôle. Ces professionnels étaient également plus susceptibles de faire preuve d'empathie vis-à-vis des patients(79).

Une revue récente de qualité moyenne portait sur les outils d'évaluation destinés aux professionnels de soins primaires afin de déterminer l'éventail complet des besoins des patients. La revue a évalué dans quelle mesure les patients participaient à titre de partenaires à la mise au point des mesures des résultats déclarés par les patients à utiliser avec les patients atteints d'un cancer. Il a été déterminé que les échantillons de patients étaient souvent homogènes et ne présentaient pas de manière exacte la diversité en termes d'âge, d'ethnicité ou de sexe qui correspondrait à une population plus large de personnes atteintes d'une certaine maladie(80).

Créer les systèmes et les processus visant à appuyer les points 1 et 2

En ce qui concerne le dernier sous-élément, la création de systèmes et de processus pour appuyer les points 1 et 2, nous avons repéré quatre revues systématiques portant sur les modèles de soins communs, quatre revues systématiques portant sur l'amélioration de la communication, et sept revues systématiques portant sur la meilleure utilisation des outils d'information pour faciliter la navigation au sein du système.

Il n'y avait pas de données probantes claires sur les modèles de soins communs à l'appui des sous-éléments 1 et 2. Une revue systématique récente de qualité élevée a évalué les modèles de soins visant à améliorer la coordination du traitement des cancers entre les professionnels de soins primaires et les professionnels de soins oncologiques. L'analyse n'a pas permis d'appuyer un modèle unique en grande partie en raison de l'hétérogénéité des résultats et de la faible qualité générale des études(33). De manière similaire, une autre revue récente de qualité élevée a déterminé une variation substantielle au sein des modèles de soins de survie. Ces modèles sont très personnalisés en fonction de l'établissement ou du milieu de soins(30). Les données probantes portant sur les modèles de soins de survie étaient limités, en particulier en ce qui a trait aux avantages potentiels des différents modèles, les effets sur les résultats en matière de santé des survivants, les obstacles structurels ou liés aux processus en ce qui concerne la prestation de soins de survie, l'évaluation des programmes existants destinés aux survivants, ainsi que les coûts et avantages des soins de survie(30). De plus, une revue plus ancienne de qualité élevée sur la continuité des soins pour les patients atteints d'un cancer associée à des modèles de gestion des cas, de soins communs ou d'équipe interdisciplinaire n'a pas permis de déterminer de différences significatives en ce qui concerne les résultats liés à la santé des patients entre les patients associés aux trois modèles et les patients recevant des soins réguliers(81). Enfin, une revue plus ancienne de qualité moyenne portant sur le suivi des survivants atteints d'un cancer pédiatrique a permis de déterminer que les modèles de soins cliniques (p. ex., la vérification des symptômes et des évolutions) étaient très bien vus de la part des survivants, et que les soins de soutien étaient jugés plus importants par les survivants qui présentaient des besoins cliniques plus élevés(82).

Quatre revues systématiques ont repéré des effets généralement positifs de la technologie de l'information en ce qui a trait à l'amélioration de la coordination. Une revue plus ancienne de qualité élevée a déterminé que la technologie de l'information en matière de santé (p. ex., l'appui en matière de prise de décisions, la télésanté) avait un effet positif sur les résultats des processus (p. ex., la conformité aux normes de soins et l'utilisation des ressources en matière de soins de santé) et a permis d'améliorer la prise de décisions partagée entre les patients et les professionnels(83). Les patients se sont dits satisfaits du soutien technologique (p. ex., les services de suivi par téléphone) dans le cadre d'une revue récente de qualité moyenne portant sur l'effet de la technologie dans le cadre du suivi après un cancer(84). Les résultats concernant les aidants et les membres de la famille se sont améliorés à la suite des interventions technologiques (p. ex., les interventions de télésanté en matière d'éducation, de consultation, de thérapie comportementale cognitive et psychosociale, de soutien social, de systèmes de collecte de données et de surveillance, et de prestation des soins cliniques) en ce qui a trait à une revue récente de qualité moyenne(85). Une revue récente de faible qualité a souligné que les

patients appréciaient de disposer de dossiers remis aux patients afin de suivre leur santé, se rappeler d'événements et partager l'information. Cependant, des effets négatifs existaient puisque certains patients considéraient les dossiers leur étant remis comme une responsabilité qu'ils ne souhaitait pas avoir(86).

Sept revues systématiques ont porté sur la meilleure utilisation des outils d'information afin de faciliter la navigation au sein du système. Des résultats contradictoires ont été observés à propos de cinq revues portant sur les programmes de soutien au processus décisionnel et d'intervenants pivots :

- Une revue plus ancienne de qualité moyenne a déterminé que même si l'effet d'une intervention de soutien au processus décisionnel et d'intervenants pivots était positif pour la communication avec les professionnels de soins de santé, et que l'utilisation des processus d'aide à la prise de décisions avait facilité la prise partagée de décisions et la perception des patients vis-à-vis du suivi du traitement recommandé, le recours à des intervenants pivots était quant à lui inefficace. (87)
- Une revue récente de qualité élevée a déterminé que les programmes d'intervenants pivots permettaient d'augmenter la probabilité qu'un patient participe à un dépistage de santé (p. ex., un dépistage du cancer) et étaient efficaces pour promouvoir la participation aux événements médicaux (p. ex., la réadaptation cardiologique) et le suivi du traitement recommandé (pour les populations minoritaires marginalisées)(88).
- Une revue plus ancienne de qualité moyenne a mis en avant certains avantages économiques (p. ex., limiter les réadmissions et la durée des séjours hospitaliers), psychosociaux et liés à la qualité de vie des programmes d'intervenants pivots à l'appui des personnes âgées par le biais des transitions en matière de soins de santé(89).
- Une revue récente de qualité moyenne a déterminé que les programmes dirigés par des infirmières concernant le suivi après un cancer du sein avaient contribué positivement à la qualité de vie des patientes(90).
- Une revue récente de qualité élevée n'a constaté aucune différence significative en ce qui concerne la qualité de vie des patients qui suivent un traitement du cancer et qui bénéficiaient d'un programme d'intervenants pivots, comparativement à ceux qui n'en avaient pas(91).

En ce qui concerne le rôle des plans de soins pour les survivants visant à mieux utiliser les outils d'information pour faciliter la navigation au sein du système, aucun constat clair n'a été identifié d'après une revue systématique récente de qualité moyenne. Aucune différence significative concernant la qualité de vie touchant la santé n'a été relevée en ce qui concerne les plans de soins des survivants(92). Certaines données probantes ont suggéré qu'ils pouvaient réduire la détresse, tandis que d'autres ont avancé qu'ils pouvaient augmenter la détresse en raison des préoccupations croissantes à propos de la santé et des pensées négatives que peut introduire la lecture d'un plan de soins(92).

Le tableau 3 présente un sommaire des principaux constats tirés par les auteurs de cette synthèse. Pour ceux qui souhaiteraient en savoir davantage sur les revues systématiques contenus dans le tableau 3 (ou obtenir les références bibliographiques des revues), l'annexe 1 présente une description plus complète des revues systématiques.

Tableau 3 : Sommaire des principaux constats des revues systématiques relatives à l'élément 1 – Améliorer le suivi des traitements du cancer en mettant en place des mesures de soutien très tôt dans l'expérience du cancer et au sein des principales dimensions des transitions des patients et des membres de leur famille

Catégorie de constat	Résumé des principaux constats
Avantages	<p>Engager les survivants dans des conversations sur leur transition du traitement aux soins de survie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente de qualité moyenne a déterminé que la sensibilisation culturelle (p. ex., compréhension factuelle des cultures, des systèmes de croyance en matière de santé, des processus de prise de décisions et des normes concernant l'étiquette respectifs du patient et du médecin de famille) a été jugée essentielle pour établir une communication respectueuse de la culture entre les patients et les professionnels de soins de santé dans le cadre de la gestion du cancer(73). <ul style="list-style-type: none"> ○ La même revue a souligné que les modèles suivants permettaient une communication interculturelle efficace : les questions de Kleinman; le modèle LEARN; le modèle BELIEF; le modèle Four Habits Model of Highly Effective Clinicians(73). • Une revue récente de qualité moyenne a mis en lumière des données probantes limitées suggérant une association positive entre la participation perçue du patient dans la prise de décisions et les résultats en matière de qualité de vie dans le traitement du cancer(74). • Une revue plus ancienne de qualité moyenne s'est penchée sur les modèles de prise de décisions communs pour le traitement du cancer parmi les patients issus de minorités raciales et ethniques. Elle a permis de révéler que la communication efficace du professionnel permettait d'améliorer les résultats psychologiques, la qualité de vie, et l'état physiologique, ainsi que d'assurer un meilleur suivi des recommandations en matière de traitement(75). <p>Outiller les professionnels de la santé et les équipes de soins à déterminer et à prendre en charge l'éventail complet de besoins des survivants et des membres de leur famille.-</p> <ul style="list-style-type: none"> • En formant les professionnels de soins non spécialistes existants qui travaillent dans des milieux de soins primaires à propos des principaux aspects du soutien à apporter aux survivants d'un cancer qui terminent leur traitement <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue plus ancienne de qualité élevée a mis en avant que les professionnels de soins de santé participant aux soins contre le cancer et qui avaient suivi une formation en matière de communication étaient significativement plus susceptibles d'utiliser des questions ouvertes au cours des entrevues suivant les interventions que les membres du groupe de contrôle. Ces professionnels étaient également plus susceptibles de faire preuve d'empathie vis-à-vis des patients(79). ○ Une revue récente de moyenne qualité a déterminé que des modalités de prestation de l'intervention à large portée pour les programmes de promotion des modes de vie sains offraient un moyen de répondre aux besoins d'un groupe croissant et divers de survivants du cancer, et qu'elles pouvaient améliorer les comportements liés à la santé et par conséquent les effets secondaires du traitement, la qualité de vie et les résultats sur le plan de la santé(77). ○ Une revue récente de qualité moyenne a permis de déterminer que les programmes de réadaptation unidimensionnels étaient plus ciblés et obtenaient donc de meilleurs résultats que les programmes multidimensionnels (l'accent étant mis sur l'amélioration fonctionnelle dans les domaines physiques et psychosociaux) de réadaptation chez les adultes survivants d'un cancer.(76) <p>Créer les systèmes et les processus visant à appuyer les points 1 et 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • En améliorant le soutien en matière de communication afin d'assurer une meilleure coordination des renseignements sur les patients entre les différents professionnels et milieux <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue plus ancienne de qualité élevée a déterminé que la technologie de l'information en matière de santé avait un effet positif sur les résultats des processus (p. ex., conformité aux normes de soins et utilisation des ressources en matière de soins de santé) et sur la prise de décisions partagée entre les patients et les professionnels(83). ○ Une revue récente de qualité moyenne a révélé une amélioration des résultats concernant les

	<p>aidants et les membres de la famille à la suite des interventions technologiques (p. ex., interventions de télésanté en matière d'éducation, de consultation, de thérapie comportementale cognitive et psychosociale, de soutien social, de systèmes de collecte de données et de surveillance, et de prestation des soins cliniques)(85).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En utilisant mieux les outils d'information afin de faciliter la navigation au sein du système. <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue plus ancienne de qualité moyenne a déterminé que même si l'effet d'une intervention de soutien au processus décisionnel et d'intervenants pivots était positif pour la communication avec les professionnels de soins de santé, et que l'utilisation des processus d'aide à la prise de décisions avait facilité la prise partagée de décisions et la perception des patients vis-à-vis du suivi du traitement recommandé, le recours à des intervenants pivots était quant à lui inefficace(87). ○ Une revue récente de qualité élevée a déterminé que les programmes d'intervenants pivots permettaient d'augmenter la probabilité qu'un patient participe à un dépistage de santé (p. ex., un dépistage du cancer) et étaient efficaces pour promouvoir la participation aux événements médicaux (p. ex., la réadaptation cardiologique) et le suivi du traitement recommandé (pour les populations minoritaires marginalisées)(88). ○ Une revue plus ancienne de qualité moyenne a mis en avant certains avantages économiques, psychosociaux et liés à la qualité de vie des programmes d'intervenants pivots à l'appui des adultes plus âgés souffrant de maladies chroniques par le biais des transitions en matière de soins de santé(89). ○ Une revue récente de qualité moyenne a déterminé que les programmes dirigés par des infirmières concernant le suivi après un cancer du sein avaient contribué positivement à la qualité de vie des patientes (p. ex., les symptômes tels que la constipation, les nausées ou la douleur)(90).
Préjudices possibles	<p>Engager les survivants dans des conversations sur leur transition du traitement aux soins de survie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue plus ancienne de qualité moyenne portant sur les modèles de prise de décisions partagés a déterminé que les patients souffrant d'un cancer étaient toujours confrontés à des niveaux élevés de besoins non comblés en matière de communication avec les professionnels, et que ces besoins non comblés étaient amplifiés pour les patients issus des minorités raciales et ethniques(75). <p>Outiller les professionnels de la santé et les équipes pour les aider à déterminer et à prendre en charge l'éventail complet de besoins des survivants et des membres de leur famille</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente de qualité moyenne a mis en lumière les obstacles qui selon les patients les empêchaient de mobiliser les médecins de famille au cours des soins de suivi des patients atteints d'un cancer. Ces obstacles comprenaient l'absence d'une relation solide, une mauvaise communication et coordination, des problèmes liés au diagnostic ou au traitement, et un mauvais accès aux installations(78). • Une revue récente de qualité moyenne a évalué dans quelle mesure les patients participaient à titre de partenaires à la mise au point des mesures des résultats déclarés par les patients à utiliser avec les patients atteints d'un cancer. Il a été déterminé que les échantillons de patients étaient souvent homogènes et ne présentaient pas de manière exacte la diversité en termes d'âge, d'ethnicité ou de sexe qui correspondrait à une population plus large de personnes atteintes d'une certaine maladie(80). <p>Créer les systèmes et les processus visant à appuyer les points 1 et 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente de faible qualité a mis en lumière certains effets négatifs liés aux dossiers médicaux remis aux patients puisque certains patients considéraient les dossiers leur étant remis comme une responsabilité qu'ils ne souhaitaient pas avoir(86).
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le <i>statu quo</i>	<p>Outiller les professionnels de la santé et les équipes pour les aider à déterminer et à prendre en charge l'éventail complet de besoins des survivants et des membres de leur famille</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente de qualité moyenne portant sur l'évaluation de l'efficacité des interventions en matière d'activité physique, d'alimentation et de contrôle du poids pour les survivants d'un cancer a déterminé que les interventions à large portée constituaient un moyen rentable et plus facilement accessible d'offrir les contacts répétés requis pour mener à des changements de comportement(77). <p>Créer les systèmes et les processus visant à appuyer les points 1 et 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente de qualité moyenne portant sur les répercussions de la technologie en matière

	<p>de suivi du cancer a déterminé que les services de suivi par téléphone étaient plus coûteux. Cependant, on estimait que ces coûts allaient diminuer après la formation du personnel, et qu'ils étaient en général moins coûteux pour les patients(84).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue plus ancienne de qualité moyenne a mis en avant certains avantages économiques des programmes d'intervenants pivots à l'appui des adultes plus âgés souffrant de maladies chroniques par le biais des transitions en matière de soins de santé puisqu'ils réduisent les réadmissions et les séjours hospitaliers (89).
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 découverte) • Absence d'un message clair émanant des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer les systèmes et les processus visant à appuyer les points 1 et 2 <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucun message clair ne s'est dégagé d'une revue récente de qualité élevée ayant évalué les modèles de soins visant à améliorer la coordination du traitement des cancers entre les professionnels de soins primaires et les professionnels de soins oncologiques. L'analyse n'a pas permis d'appuyer un modèle unique en grande partie en raison de l'hétérogénéité des résultats et de la faible qualité générale des études(33). ▪ Aucun message clair ne s'est dégagé d'une revue récente de qualité élevée portant sur les modèles de soins de survie. Les résultats étaient limités, en particulier en ce qui a trait aux avantages potentiels des différents modèles, les effets sur les résultats en matière de santé des survivants, les obstacles structurels ou liés aux processus en ce qui concerne la prestation de soins de survie, l'évaluation des programmes existants destinés aux survivants, ainsi que les coûts et avantages des soins de survie(30). ▪ Aucun message clair ne s'est dégagé d'une revue plus ancienne de qualité élevée sur la continuité des soins pour les patients atteints d'un cancer associée à des modèles de gestion des cas, de soins communs ou d'équipe interdisciplinaire n'a pas permis de déterminer de différences significatives en ce qui concerne les résultats liés à la santé des patients entre les patients associés à des interventions et les patients recevant des soins réguliers(81). ▪ Aucun message clair ne s'est dégagé d'une revue récente de qualité moyenne portant sur l'utilisation de plans de soins des survivants pour les survivants d'un cancer. Aucune différence significative n'a été notée en ce qui concerne la qualité de vie en matière de santé. Cependant, certaines données probantes semblent suggérer qu'ils pouvaient réduire la détresse, tandis que d'autres ont avancé qu'ils pouvaient augmenter la détresse en raison des préoccupations croissantes à propos de la santé et des pensées négatives que peut introduire la lecture du plan de soins(92). ▪ Aucun message clair ne s'est dégagé d'une revue récente de qualité élevée qui n'a constaté aucune différence significative en ce qui concerne la qualité de vie des patients qui suivaient un traitement du cancer et qui bénéficiaient d'un programme d'intervenants pivots, comparativement à ceux qui n'en avaient pas(91).
Caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis en œuvre ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune revue systématique n'a pu être recensée.
Opinions et expérience des parties prenantes	<p>Engager les survivants dans des conversations sur leur transition du traitement aux soins de survie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente de qualité moyenne portant sur les expériences et les services de soutien destinés aux survivants de cancer autochtones à la suite du traitement de leur cancer a déterminé ce qui suit : 1) la famille constituait la principale source de soutien émotionnel; 2) la peur était une émotion fréquemment évoquée dans l'expérience des survivants autochtones; 3) la stigmatisation de la communauté a également été évoquée par certains; et 4) la spiritualité jouait un rôle important pour beaucoup de personnes au cours du processus de rétablissement.(93). <p>Outiller les professionnels de la santé et les équipes pour les aider à déterminer et à prendre en charge l'éventail complet de besoins des survivants et des membres de leur famille.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente de qualité moyenne sur le rôle des médecins de famille dans la prestation du suivi des survivants a déterminé que les patients voyaient les avantages apportés par la participation des médecins de famille dans les soins de suivi, en mentionnant des facteurs tels qu'une plus grande confiance, la commodité et la continuité des soins; les médecins de famille estimaient que leur participation variait en fonction des besoins de la population(78). <p>Créer les systèmes et les processus visant à appuyer les points 1 et 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente de qualité élevée a déterminé que le type de soins de survie préféré par les patients dépendait également du contexte (p. ex., la préférence des survivants en ce qui concerne la continuité des soins et la valeur qu'ils accordent à la relation avec les spécialistes chargés du traitement de leur cancer)(30). • Une revue récente de qualité moyenne portant sur l'effet de la technologie sur le suivi des personnes atteintes d'un cancer a déterminé que les patients se disaient satisfaits du soutien technologique disponible (p. ex., services de suivi téléphonique)(84). • Une revue plus ancienne de qualité moyenne portant sur le suivi des survivants atteints d'un cancer pédiatrique a permis de déterminer que les soins cliniques étaient très bien vus de la part des survivants, et que les soins de soutien étaient jugés plus importants par les survivants qui présentaient des besoins cliniques plus élevés(82). • Une revue récente de faible qualité a souligné que les patients appréciaient grandement de disposer de dossiers remis aux patients afin de suivre leur santé, se rappeler d'événements et partager l'information. Les professionnels de soins de santé voyaient également ces dossiers comme un atout(86).
--	--

Élément 2 – Harmoniser les modalités de financement et de rémunération afin de mieux soutenir les survivants atteints d'un cancer au cours de leur transition de l'étape de traitement du cancer à l'étape de survie au sein de la communauté

Cet élément vise à s'assurer que les approches de financement des organisations et de rémunération des professionnels de soins de santé aident les survivants et les membres de leur famille à effectuer une transition après le traitement du cancer. Cet élément peut comprendre certains sous-éléments permettant d'adapter les approches existantes de manière à :

- 1) Financer les organisations de soins primaires et communautaires qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer en introduisant, modifiant ou intensifiant l'utilisation des moyens suivants :
 - a) La rémunération à l'acte (les organisations reçoivent un montant fixe pour chaque service réalisé au sein de leurs installations)
 - b) La capitation (les organisations reçoivent un montant fixe pour couvrir l'ensemble des soins nécessaires pendant une période de temps donnée)
 - c) Le budget global (les organisations reçoivent un budget fixe pour couvrir l'ensemble des soins nécessaires pendant une période de temps donnée)
 - d) Le financement en fonction des cas (les organisations reçoivent des montants prédéterminés pour certains types de diagnostics ou de services qui doivent couvrir les coûts associés à l'ensemble des soins prodigués, peu importe les programmes, services ou médicaments fournis)
 - e) Les paiements ciblés et les pénalités (les organisations reçoivent des versements supplémentaires pour prendre des actions mesurables ou atteindre un objectif de rendement prédéterminé, ou elles reçoivent des pénalités en cas d'échec)
- 2) Rémunérer les professionnels chargés d'offrir des services pour soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer en introduisant, modifiant ou intensifiant l'utilisation des moyens suivants :
 - a) La rémunération à l'acte (les professionnels reçoivent un montant fixe pour chaque service de soins de santé réalisé)
 - b) La capitation (les professionnels reçoivent un montant fixe pour chaque patient auquel ils prodiguent des soins)
 - c) Les salaires (les professionnels perçoivent un revenu fixe de manière régulière, en fonction du nombre d'heures de travail)
 - d) Le paiement par épisode (les professionnels reçoivent un montant prédéterminé pour des types particuliers de diagnostics pour l'ensemble de l'épisode de soins, peu importe les services fournis)
 - e) L'enveloppe budgétaire (les professionnels se voient remettre un budget fixe pour couvrir tous les soins nécessaires prodigués dans leurs établissements, y compris les médicaments sur ordonnance, et pour payer les soins secondaires nécessaires pour les survivants inscrits dans leur établissement pendant une période de temps donnée)
 - f) Les paiements ciblés et les pénalités (les professionnels reçoivent des versements supplémentaires pour prendre des actions mesurables ou atteindre un objectif de rendement prédéterminé, ou ils reçoivent des pénalités en cas d'échec)
- 3) Payer des services pour soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer de la manière suivante :
 - a) En apportant des changements à la portée et à la nature des régimes publics d'assurance
 - b) En mettant au point et en examinant la liste des organisations, professionnels, produits et services couverts ou faisant l'objet d'un remboursement
 - c) En mettant en place ou en supprimant des restrictions à la couverture ou aux taux de remboursement pour les organisations, professionnels, produits et services
 - d) En mettant en place des limites à la couverture ou au remboursement pour les organisations, professionnels, produits et services
 - e) En mettant au point des exigences d'approbation préalable pour les organisations, professionnels, produits et services

- f) En modifiant les listes de produits et services de remplacement (p. ex., en déterminant les produits et services qui ne sont pas actuellement couverts ou qui pourraient être remplacés par des produits et services similaires déjà couverts)
- 4) En supprimant les moyens de dissuasion possibles pour les survivants et les membres de leur famille qui peuvent influencer non seulement sur leur décision d'accéder ou non à des soins primaires et à des soins communautaires, mais aussi sur la manière d'accéder à ces soins, de la manière suivante :
 - a) En ajustant le niveau des primes et leurs caractéristiques (à savoir le montant de la franchise versée par les patients pour certains programmes et services qui facilitent leur transition au terme de leur traitement pour un cancer)
 - b) En supprimant le partage des coûts
 - c) En utilisant des versements ciblés qui font la promotion de comportements spécifiques

Principaux constats des panels de citoyens

Quatre thèmes liés aux valeurs ont émergé de la discussion portant sur l'élément 2 :

- Les considérations d'équité afin de veiller à ce que tous les survivants aient accès aux services, peu importe leur capacité de paiement
- La transparence et la responsabilité en ce qui a trait au financement des organisations et de rémunération des professionnels de la santé (ce point est particulièrement saillant au Québec où la rémunération des médecins a fait l'objet de débats animés dans les médias)
- La prise de décisions fondée sur des données probantes en ce qui concerne la portée et la nature des régimes publics d'assurance
- La centralisation par rapport à la décentralisation des modalités de financement (avec des opinions divergentes, puisque certains pensent que cela peut apporter davantage de responsabilité et d'efficacité, tandis que d'autres estiment que cela mènerait à une perte de spécificité des services offerts localement).

En mettant de l'avant l'équité pour veiller à ce que tous les survivants puissent avoir accès aux services, peu importe leur capacité de paiement, les participants des deux panels de citoyens ont souligné une importante variabilité entre les provinces en ce qui concerne les ressources disponibles (p. ex., l'éventail de professionnels de la santé, de programmes et de services et les éléments couverts par les régimes publics d'assurance). Les participants des panels ont mis en évidence la nécessité de cohérence afin de s'assurer que les personnes qui ont besoin de services de soutien puissent y avoir accès sans condition de moyens. L'accès à des préposés aux services de soutien à la personne a été mentionné comme un exemple clé, et cet accès devrait être intégré et équitable dans toutes les provinces. Les participants des panels ont également envisagé ce point comme un moyen de veiller à l'équité en ce qui concerne d'autres aspects des soins, par exemple les médicaments anticancéreux. Les coûts de stationnement ont également été mentionnés à titre de mesures décourageant l'accès aux programmes et services nécessaires destinés aux survivants.

Les trois derniers thèmes liés aux valeurs se sont concentrés sur la manière de procéder pour mettre en œuvre l'élément 2. En apportant des changements au financement des organisations et à la rémunération des professionnels de la santé, les participants des panels ont souligné le rôle de la transparence et de la responsabilité et exprimé leurs préoccupations quant à la faisabilité de l'augmentation des coûts pour les systèmes de santé. Par ailleurs, les participants des panels ont mis en lumière que la prise de décisions liées aux programmes et services destinés aux survivants qui sont couverts par les régimes publics d'assurance devait s'appuyer sur des données probantes. En ce qui concerne la rareté des ressources et des modalités de financement, les participants des panels ont indiqué que les besoins des survivants devaient avoir priorité avant d'étudier la faisabilité de l'expansion des services de soutien aux membres de la famille.

Il convient de noter que les participants des deux panels de citoyens ont jugé l'élément 2 comme étant le plus délicat lors des délibérations, à la fois en ce qui concerne la complexité des systèmes de santé et la complexité des données probantes disponibles pour éclairer les délibérations.

Financer les organisations de soins primaires et communautaires qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres en transition après le traitement du cancer

En ce qui concerne le premier sous-élément, le financement des organisations de soins primaires et communautaires qui offrent des services de soutien aux survivants et aux membres de leur famille qui ont terminé leur traitement du cancer, nous avons repéré sept revues systématiques s'appuyant sur un financement en fonction des cas (1d) et des paiements ciblés et pénalités (1e).

Parmi ces revues, aucune ne portait spécifiquement sur l'appui aux transitions après le traitement du cancer. Cependant, nous avons mis en lumière quatre revues systématiques pertinentes visant à modifier le financement en fonction des cas en général(94-97), dont trois portant sur le financement en fonction des activités (p. ex., déterminer les paiements et les mesures incitatives basés sur des groupes présentant un diagnostic commun et les paiements globaux), et l'autre sur la prise en compte des besoins des patients dans le cadre des modèles de financement en fonction des cas(94; 96; 97). Une revue récente de qualité élevée a déterminé que le financement axé sur les activités était associé à une hausse des admissions pour des soins en phase post-aiguë après une hospitalisation, une hausse de la gravité de la maladie (bien que cela puisse être attribuable à des changements des codes de diagnostic), et aucun changement en ce qui concerne les taux de mortalité ou le volume des soins comparés aux modèles traditionnels de paiement(97). Une revue plus ancienne de qualité élevée a démontré que les paiements globaux réduisaient l'utilisation et les coûts des services inclus dans le paiement global, mais pouvaient aussi créer des mesures incitatives financières pour les professionnels afin de réduire le nombre de services inclus dans l'ensemble et leur coût(96). De plus, une revue récente de qualité élevée a mis en avant les recommandations suivantes afin de mettre en œuvre le financement axé sur les activités :

- Veiller à ce que des mécanismes de soutien appropriés soient en place avant de commencer la mise en œuvre
- Fournir des ressources en matière d'éducation
- Favoriser la collaboration, la communication et l'interaction améliorées entre les unités et les comités
- Partager le personnel utilisé pour la collecte de données, les protocoles et les outils(94)

En ce qui concerne les paiements ciblés ou les pénalités pour les organisations de soins primaires ou communautaires (1e), nous avons recueilli des résultats contradictoires en ce qui a trait à l'efficacité des approches, dont la plupart s'appuyaient sur les résultats perçus de la part des dirigeants des organisations. Une revue récente de qualité élevée a reconnu que les avantages perçus des modèles de rémunération au rendement comprenaient les éléments suivants : productivité et efficacité améliorées; capacité à redistribuer les fonds; soutien pour valoriser davantage l'évaluation; responsabilité et planification des congés; amélioration de l'exactitude des données; collaboration et communication améliorées et amélioration de la qualité et de la transparence organisationnelle(94). La même revue a indiqué ce qui suit parmi les conséquences imprévues : comportement opportuniste, choix de survivants trop sélectif (choix de patients dont les affections sont moins complexes et qui coûtent moins chers à traiter), déclaration et évaluation inexacte des résultats en matière de qualité(94). Une revue plus ancienne de qualité moyenne et une revue récente des revues systématiques portant sur la mise en œuvre des programmes de rémunération au rendement ont recommandé ce qui suit :

- Utiliser les processus et les indicateurs de résultats intermédiaires comme des mesures cibles
- Mobiliser les intervenants et communiquer directement l'information portant sur l'amélioration de la qualité et l'atteinte des objectifs
- Cibler les personnes et les équipes au sein des organisations de soins primaires et communautaires
- Veiller à ce que de nouveaux fonds soient disponibles pour la mise en œuvre des programmes
- Favoriser la sensibilisation aux éléments du programme de rémunération au rendement(98)

Rémunérer les professionnels qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer

En ce qui a trait au deuxième sous-élément, la rémunération des professionnels qui offrent des services de soutien aux survivants et aux membres de leur famille en transition après le traitement du cancer, nous avons repéré trois revues de revues systématiques et six revues systématiques traitant de la rémunération à l'acte (2a) et des paiements ciblés et pénalités (2f). Parmi ces sources, seulement une revue s'intéressait spécifiquement à la rémunération des professionnels dans le cadre du sous-système de lutte contre le cancer. Cependant, les résultats demeurent pertinents puisqu'ils s'appliquent à l'ensemble des professionnels qui offrent des services de soutien aux survivants et à leur famille.

Deux revues plus anciennes, dont l'une de qualité élevée et l'autre de qualité moyenne, ont déterminé que les modèles de rémunération à l'acte dans le cadre des soins primaires étaient associés à une hausse des visites de soins primaires et de contacts avec les médecins, un nombre plus élevé d'aiguillages vers des spécialistes, ainsi qu'une augmentation des services de diagnostic et des services curatifs(99; 100). Les revues ont également mis en avant que les paiements selon le modèle de rémunération à l'acte étaient synonymes d'une plus grande continuité des soins, d'un meilleur respect du nombre de visites recommandées, et d'un nombre plus réduit de renouvellement d'ordonnances par rapport au modèle de capitation(99; 100).

Nous nous sommes appuyés sur une revue plus ancienne de qualité élevée portant sur les enveloppes budgétaires qui a déterminé que la mise en place de budgets relatifs aux médicaments pour les médecins pouvait permettre de limiter le volume de médicaments sur ordonnance et d'augmenter l'utilisation de médicaments génériques(101).

Trois revues de revue systématiques et deux revues plus anciennes de qualité élevée ont offert des résultats contradictoires quant à l'utilisation de paiements ciblés et de pénalités pour les professionnels en général (2f), et une revue plus ancienne de faible qualité portait spécifiquement sur les soins aux personnes atteintes par le cancer(76; 102-106). De manière générale, les revues de revues systématiques ont conclu qu'il existait peu d'études rigoureuses du financement axé sur les résultats, mais que les mesures incitatives financières pour les professionnels de la santé semblaient être efficaces à court terme pour atteindre des objectifs comportementaux simples, distincts et bien définis. Cependant, peu de données probantes permettaient de nous éclairer sur les changements à long terme(102). Par ailleurs, une revue de revues systématiques suggérait que les mesures incitatives financières pouvaient être efficaces pour la prestation de services précis et de soins à des populations ciblées, pour offrir des niveaux de soins déterminés à l'avance, pour modifier l'activité, ainsi que pour améliorer la qualité, les processus de soins, les aiguillages et les coûts des médicaments sur ordonnance(105). Une autre revue plus ancienne de faible qualité portant sur les soins des personnes atteintes d'un cancer a mis en évidence les risques associés à l'utilisation de mesures incitatives financières(104). Les risques déterminés comprenaient : l'accès limité à certains types de soins; la continuité des soins insuffisante et le conflit d'intérêts entre le médecin et le patient(104). Enfin, une revue des revues systématiques a indiqué ce qui suit à propos des programmes de rémunération au rendement :

- Ils étaient généralement plus efficaces dans le cas des soins chroniques que pour les soins de courte durée.
- Ils n'avaient pas d'effet néfaste sur l'accès.
- Il n'y avait pas de lien clair entre la taille de la mesure incitative et l'efficacité des programmes de rémunération au rendement(94).

Modifier les approches utilisées pour payer les services visant à soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer

En ce qui concerne le troisième sous-élément, à savoir modifier l'approche utilisée pour payer les services pour soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer, nous avons repéré six revues systématiques qui portaient sur les sous-éléments : mettre au point et examiner la liste des organisations, professionnels, produits et services couverts ou faisant l'objet d'un remboursement; mettre au point des exigences d'approbation préalable pour les organisations; modifier les listes de produits et services de remplacement. Une nouvelle fois, aucune des revues retenues ne concernait directement les services de soutien offerts aux survivants et aux membres de leur famille en transition après le traitement du cancer. Cependant, les résultats demeuraient pertinents étant donné que les leviers politiques financiers qui sont évalués dans les revues peuvent être utilisés dans le contexte des transitions au terme des soins apportés aux personnes atteintes d'un cancer par le biais de changements qui touchent la manière selon laquelle les programmes, services et médicaments sont financés.

Quatre revues systématiques plus anciens de faible qualité se sont intéressés aux enjeux liés à la mise au point et à la révision de listes des organisations, professionnels, produits et services couverts ou faisant l'objet d'un remboursement. Trois de ces revues se sont concentrées sur les résultats des mesures de limite des professionnels, produits et services. En voici les résultats :

- La plupart des organisations de soins gérés ont connu peu de succès en utilisant les formulaires, la substitution thérapeutique et l'approbation préalable pour influencer les décisions en matière de prescription et de distribution.
- Les formulaires clos ont été jugés efficaces pour limiter l'utilisation de médicaments sur ordonnance, mais pas leurs coûts.
- Les éléments probants provenant des États-Unis n'appuient pas l'hypothèse selon laquelle la restriction de certains médicaments précis permet de faire des économies sur les coûts des médicaments, puisque les limites imposées aux formulaires entraînent des changements dynamiques qui touchent le système de santé.
- La principale préoccupation concernant les listes de médicaments recommandés était liée au fait que les limites imposées pourraient entraîner une hausse du recours aux soins de santé, comme les consultations à l'hôpital et chez le médecin.
- Les preuves cliniques concernant les bienfaits des médicaments et la qualité de ces preuves constituaient les principaux critères utilisés dans le processus d'établissement de priorités visant à inclure ou exclure des médicaments des listes de produits remboursés(107-110).

Nous avons repéré une revue plus ancienne de qualité moyenne des politiques nécessitant une autorisation préalable pour les ordonnances pharmaceutiques portant sur l'utilisation de médicaments, le recours aux soins de santé, les dépenses en matière de soins de santé et les résultats sur la santé. La revue a déterminé que l'autorisation préalable donnait lieu à une baisse des dépenses générales liées aux médicaments, mais aucun changement en ce qui concerne le recours à d'autres services médicaux à court terme. On constatait un manque de données probantes en ce qui a trait aux résultats à moyen et long terme(111).

Enfin, à propos de la modification des listes de produits et services pouvant être remplacés, nous avons repéré une revue récente de qualité élevée qui indiquait que les prix de référence pouvaient réduire les dépenses de l'assureur en matière de médicaments, augmenter l'utilisation de médicaments de référence et réduire l'utilisation de médicaments dont les coûts sont partagés. La même revue a déterminé que les prix indexés pouvaient entraîner une hausse de l'utilisation des médicaments génériques, limiter l'utilisation de médicaments de marque et réduire le prix des médicaments génériques, mais que cela n'avait peu ou pas d'incidence sur le prix des médicaments de marque(112).

Supprimer les moyens de dissuasion possibles pour les survivants et les membres de leur famille qui peuvent influencer non seulement sur leur décision d'accéder ou non à des soins primaires et communautaires, mais aussi sur la manière d'accéder à ces soins

Pour le dernier sous-élément, à savoir supprimer les moyens de dissuasion possibles pour les survivants et les membres de leur famille qui peuvent influencer non seulement sur leur décision d'accéder ou non à des soins primaires et communautaires, mais aussi sur la manière d'accéder à ces soins, la majorité des données probantes découvertes se concentraient sur des paiements ciblés faisant la promotion de comportements précis. Les principaux messages provenant d'une revue de revues systématiques et de quatre revues systématiques (dont trois récentes de qualité élevée et une récente de qualité moyenne) qui portaient sur l'utilisation des paiements ciblés pour les patients et les membres de leur famille étaient les suivants : ces mesures incitatives peuvent être efficaces pour modifier les comportements, mais les données probantes à l'appui sont contradictoires (p. ex., l'amélioration de l'observance des médicaments); les effets ne sont pas soutenus à long terme (par exemple, pour promouvoir des comportements sains comme les changements d'habitudes alimentaires, la consommation d'alcool et l'activité physique); des mesures incitatives importantes sont nécessaires pour soutenir les changements de comportement à long terme (par exemple, l'arrêt du tabac)(113-117).

Le tableau 4 présente un sommaire des principaux constats tirés par les auteurs de cette synthèse. Pour ceux qui souhaiteraient en savoir davantage sur les revues systématiques contenus dans le tableau 4 (ou obtenir les références bibliographiques des revues), l'annexe 2 présente une description plus complète des revues systématiques.

Tableau 4 : Sommaire des principaux constats des revues systématiques relatives à l'élément 2 – Harmoniser les modalités de financement et de rémunération afin de mieux soutenir les patients atteints d'un cancer au cours de leur transition de l'étape du traitement du cancer à l'étape de survie au sein de la collectivité

Catégorie de constat	Résumé des principaux constats
Avantages	<p>Financer les organisations de soins primaires et communautaires qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres en transition après le traitement du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> Financement en fonction des cas <ul style="list-style-type: none"> Une revue récente de faible qualité portant sur la détermination des besoins des patients en ce qui a trait au financement en fonction des cas a indiqué que l'ajout d'information fonctionnelle aux systèmes de composition des cas permet d'améliorer la capacité prédictive et l'homogénéité au sein des groupes de cas en ce qui concerne les coûts et la durée des séjours(95). La même revue a indiqué que les systèmes de composition des cas qui comprenaient de l'information fonctionnelle pouvaient mieux prédire les ressources nécessaires et les résultats concernant les personnes âgées fragiles et celles présentant des déficiences fonctionnelles. Une revue de qualité élevée portant sur les paiements globaux a démontré qu'ils pouvaient donner lieu à des mesures incitatives financières destinées aux professionnels afin de diminuer le nombre et le coût des services inclus dans l'ensemble. De plus, la transition d'un remboursement basé sur les coûts ou d'un remboursement selon la rémunération à l'acte à un paiement global était généralement associée à une baisse de 10 % ou moins des dépenses. Les paiements globaux étaient également associés à une diminution de l'utilisation des services (entre 5 % et 15 %) et du coût des services inclus dans l'ensemble(96). Paiements ciblés et pénalités <ul style="list-style-type: none"> Une revue récente de qualité élevée visant à évaluer les expériences et les perceptions des dirigeants mettant en œuvre les modèles de financement en fonction de l'activité et de financement hospitalier selon la rémunération au rendement a permis de déterminer ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> les avantages perçus du financement en fonction de l'activité suivants étaient associés aux modèles de rémunération au rendement : productivité et efficacité améliorées; capacité à redistribuer les fonds; soutien pour valoriser davantage l'évaluation;

	<p>responsabilité et planification des congés; amélioration de l'exactitude des données; collaboration et communication améliorées et amélioration de la qualité et la transparence organisationnelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parmi les conséquences imprévues, on trouve : comportement opportuniste, choix de patients trop sélectif (choix de patients dont les affections sont moins complexes et qui coûtent moins chers à traiter, ce qui peut entraîner l'exclusion des patients plus vulnérables), déclaration et évaluation inexacte des résultats en matière de qualité. ▪ Les obstacles à la mise en œuvre comprenaient le manque de ressources (p. ex., les ressources humaines limitées étant donné la charge de travail supplémentaire des professionnels), la collecte des données (p. ex., les difficultés liées à la collecte de données précises et le manque d'expérience du personnel), et les facteurs d'engagement (p. ex., le scepticisme ou les doutes des dirigeants à propos du modèle de financement).(94) <p>Rémunérer les professionnels qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rémunération à l'acte <ul style="list-style-type: none"> ○ Deux revues plus anciennes, dont l'une de qualité élevée et l'autre de qualité moyenne, ont déterminé que dans le cadre des soins primaires rémunérés à l'acte, les médecins prodiguaient davantage de visites de soins primaires et de contacts, un nombre plus élevé d'aiguillages vers des spécialistes, ainsi qu'une augmentation des services de diagnostic et des services curatifs. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les mêmes revues ont également mis en avant que les paiements selon le modèle de rémunération à l'acte étaient synonymes d'une plus grande continuité des soins, d'un meilleur respect du nombre de visites recommandées, et d'un nombre plus réduit d'aiguillages vers l'hôpital et de renouvellement d'ordonnances par rapport au modèle de capitation(99; 100). • Enveloppe budgétaire <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue plus ancienne de qualité élevée a déterminé que la mise en place de budgets relatifs aux médicaments pour les médecins pouvait permettre de limiter le volume de médicaments sur ordonnance et augmenter l'utilisation de médicaments génériques(101). • Paiements ciblés et pénalités <ul style="list-style-type: none"> ○ Les mesures incitatives financières ont donné des résultats mixtes en ce qui a trait à l'amélioration des comportements des professionnels de la santé et des résultats pour les patients : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue récente des revues systématiques a déterminé que les paiements pour les services étaient efficaces en offrant des soins propres à des populations visées, en fournissant un niveau prédéfini de soins, en changeant l'activité ainsi qu'en améliorant la qualité, les processus liés aux soins, les aiguillages, les admissions et les coûts des médicaments sur ordonnance(105). ▪ La même revue de revues systématiques a indiqué que les paiements liés au fait de travailler à une certaine période, visant à améliorer les taux de consultation ou de visites ou à faire la promotion de la conformité aux directives étaient inefficaces.(105) ▪ Une revue de qualité élevée qui a été publiée plus récemment a mis en lumière des résultats contradictoires en ce qui concerne l'utilisation de modèles de rémunération au rendement des professionnels des soins de santé pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et les résultats liés aux patients. La revue a conclu que les éléments probants actuels visant les professionnels individuels n'étaient pas suffisants pour appuyer l'adoption de ces modèles(118). ▪ Une revue plus ancienne de qualité élevée a également déterminé des effets modestes et variables des mesures incitatives financières en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins de santé prodigués par les médecins de famille(105). ○ Une revue récente des revues systématiques a indiqué ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les programmes de rémunération au rendement étaient généralement plus efficaces dans le cas des soins chroniques que pour les soins de courte durée. ▪ Ils n'avaient pas d'effet néfaste sur l'accès.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il n'y avait pas de lien clair entre la taille de la mesure incitative et l'efficacité des programmes de rémunération au rendement. ▪ La majorité des données probantes suggèrent que le cadre de qualité et de résultats de l'Angleterre (un modèle de rémunération au rendement qui récompense les médecins de famille pour la qualité des soins qu'ils prodiguent, mais qui comprend également beaucoup d'autres changements simultanés, comme les dossiers médicaux électroniques) entraîne une amélioration des processus de qualité des soins et des résultats intermédiaires pour les patients (p. ex., hypertension artérielle et taux de cholestérol)(119). ○ Une revue récente des revues systématiques a conclu qu'il existait peu d'études rigoureuses du financement axé sur les résultats, mais que les mesures incitatives financières pour les professionnels de la santé semblaient être efficaces à court terme pour atteindre des objectifs comportementaux simples, distincts et bien définis. Cependant, peu de données probantes permettaient de nous éclairer sur les changements à long terme(120). <p>Modifier les approches utilisées pour payer les services visant à soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mettant au point et en examinant la liste des organisations, professionnels, produits et services couverts ou faisant l'objet d'un remboursement <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue plus ancienne de faible qualité portant sur les organisations de soins gérés a déterminé que les formulaires clos étaient efficaces pour réduire le recours aux médicaments sur ordonnance, mais pas leurs coûts(110). • En mettant en place ou en supprimant des restrictions à la couverture ou aux taux de remboursement pour les organisations, professionnels, produits et services <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue récente de qualité élevée a déterminé que les prix de référence pouvaient réduire les dépenses de l'assureur en matière de médicaments, augmenter l'utilisation de médicaments de référence et réduire l'utilisation de médicaments dont les coûts sont partagés. ○ La même revue a déterminé que les prix indexés pouvaient entraîner une hausse de l'utilisation des médicaments génériques, limiter l'utilisation de médicaments de marque et réduire le prix des médicaments génériques, mais que cela n'avait peu ou pas d'incidence sur le prix des médicaments de marque(112). • En mettant au point des exigences d'approbation préalable pour les organisations, professionnels, produits et services <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue plus ancienne de qualité moyenne des politiques relatives à l'autorisation préalable des ordonnances pharmaceutiques a constaté une baisse des dépenses générales liées aux médicaments, aucun changement en ce qui concerne l'utilisation d'autres services médicaux, et un manque d'éléments probants en ce qui a trait aux effets à moyen et long terme des politiques(111). <p>Supprimer les moyens de dissuasion possibles pour les survivants et les membres de leur famille qui peuvent influencer non seulement sur leur décision d'accéder ou non à des soins primaires et à des soins communautaires, mais aussi sur la manière d'accéder à ces soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • En utilisant des versements ciblés qui font la promotion de comportements spécifiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Une récente revue des revues systématiques a conclu que certaines données probantes étayaient l'utilisation de mesures incitatives financières afin d'améliorer l'observance des médicaments par les patients, mais les éléments probants étaient contradictoires(121). ○ Deux revues récentes de qualité élevée (122; 123) et une revue récente de qualité moyenne(124) ont évalué les mesures incitatives financières visant à encourager des comportements sains (p. ex., contribuer à des changements continus en ce qui a trait au tabagisme, à l'alimentation, à la consommation d'alcool et à l'activité physique). Voici les résultats de ces mesures : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elles étaient en général plus efficaces pour entraîner des changements de comportement que l'absence de mesures incitatives financières, et elles avaient en moyenne des effets plus prononcés s'il s'agissait de mesures incitatives en espèces plutôt que les autres formats(122). ▪ Elles permettaient d'atteindre et de maintenir (jusqu'à 18 mois par rapport au point de référence) les niveaux ciblés de changement comportemental(123).
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elles permettaient d'obtenir des changements continus du comportement général jusqu'à trois mois après leur suppression, mais ce changement ne perdurait pas au-delà(123). ▪ Leur effet diminuait au fil du temps, avec une hausse du suivi post-intervention et une hausse de la valeur de la mesure incitative(122-124). ▪ Elles étaient davantage acceptées si on les trouvait efficaces, sécuritaires, axées sur les destinataires, non intrusives et jugées comme bénéfiques pour les destinataires et la société en général; on les estimait aussi paternalistes, pouvant ainsi limiter l'autonomie d'une personne(124). ○ Une revue récente de qualité élevée visant à évaluer les mesures incitatives financières qui appuyaient l'arrêt du tabac à long terme a déterminé ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les mesures incitatives pouvaient augmenter les taux d'arrêt du tabac pendant qu'elles étaient en place; cependant, c'est seulement dans les cas où les ressources étaient concentrées pour offrir des paiements en espèces importants en cas d'abstinence que l'on a constaté des taux de réussite continus. ▪ Les mesures incitatives destinées aux fumeuses enceintes permettaient d'améliorer les taux d'arrêt du tabac, à la fois au terme de la grossesse et post-partum(113).
Préjudices possibles	<p>Rémunérer les professionnels qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paiements ciblés et pénalités <ul style="list-style-type: none"> ○ Les risques possibles associés au financement axé sur les résultats comprennent : la promotion de comportements non voulus; la mise de côté de tâches importantes qui ne sont pas accompagnées de mesures incitatives; l'amélioration ou le truchement des rapports plutôt que l'amélioration du rendement; l'agrandissement de l'écart entre les riches et les pauvres; la dépendance vis-à-vis des mesures incitatives financières(120). ○ Une revue plus ancienne de faible qualité a repéré plusieurs risques associés à l'utilisation de mesures incitatives financières, dont l'accès limité à certains types de soins; la continuité des soins insuffisante et le conflit d'intérêts entre le médecin et le patient(104). <p>Modifier les approches utilisées pour payer les services visant à soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mettant au point et en examinant la liste des organisations, professionnels, produits et services couverts ou faisant l'objet d'un remboursement <ul style="list-style-type: none"> ○ Les limites imposées aux formulaires peuvent entraîner des changements dynamiques qui touchent d'autres parties du système de santé, et il peut y avoir par conséquent des coûts imprévus liés à d'autres technologies ou services de santé comme une augmentation des hospitalisations ou des consultations chez le médecin(101; 125). • En mettant en place des limites à la couverture ou au remboursement pour les organisations, professionnels, produits et services <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue récente de qualité élevée a déterminé que la mise en place de limites à la couverture ou au remboursement pouvait entraîner la baisse de l'utilisation de médicaments en général, ainsi que celle des dépenses des patients et des assureurs(112). <p>Supprimer les moyens de dissuasion possibles pour les survivants et les membres de leur famille qui peuvent influencer non seulement sur leur décision d'accéder ou non à des soins primaires et à des soins communautaires, mais aussi sur la manière d'accéder à ces soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • En supprimant le partage des coûts <ul style="list-style-type: none"> ○ Les résultats de l'expérience RAND en matière d'assurance santé qui portaient sur les effets du partage des coûts ont mis en avant que le partage des coûts plus importants était associé à une utilisation réduite des services de santé, mais que les patients pouvaient dans la même proportion être susceptibles de réduire le recours aux services inutiles(126).
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le <i>statu quo</i>	<p>Rémunérer les professionnels qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paiements ciblés et pénalités <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue plus ancienne non systématique a repéré une étude qui indiquait le rapport coût-efficacité d'un programme de rémunération au rendement, et précisait que le coût estimé par année de vie ajustée en fonction de la qualité économisé était compris entre 13 000 \$ et 30 000 \$(127).

	<p>Modifier les approches utilisées pour payer les services visant à soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> En mettant au point et en examinant la liste des organisations, professionnels, produits et services couverts ou faisant l'objet d'un remboursement <ul style="list-style-type: none"> Une revue plus ancienne de faible qualité a indiqué que le fait de limiter certains médicaments précis ne permettait pas de réaliser des économies en ce qui concerne le coût général des médicaments, et que les effets des restrictions imposées aux formulaires sur les coûts administratifs et l'adéquation thérapeutique des médicaments de remplacement n'étaient pas clairs(101).
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 découverte) Absence d'un message clair émanant des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> Rémunérer les professionnels qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer <ul style="list-style-type: none"> Aucun message clair ne s'est dégagé des revues à propos des effets des mesures incitatives financières (p. ex., primes financières) et l'utilisation de rétroaction sur le rendement en ce qui a trait à la qualité des mesures de soins dans le cadre des directives sur le dépistage du cancer(128; 129). Aucun message clair ne s'est dégagé d'une revue récente de qualité élevée à propos des effets des changements concernant la méthode ou le montant des paiements sur la qualité des soins ou les taux d'aiguillage fournis par les médecins de famille(112). Supprimer les moyens de dissuasion possibles pour les survivants et les membres de leur famille qui peuvent influencer non seulement sur leur décision d'accéder ou non à des soins primaires et à des soins communautaires, mais aussi sur la manière d'accéder à ces soins <ul style="list-style-type: none"> Aucun message clair ne s'est dégagé d'une revue récente de qualité élevée visant à déterminer si les mesures incitatives financières ayant pour but d'augmenter l'observance des traitements de courte durée permettaient également d'améliorer l'observance ou les résultats des patients, même si elles peuvent permettre une amélioration de l'observance à long terme(112). La même revue n'a pas été en mesure de déterminer les effets des prix de référence, des prix indexés et des prix maximums sur l'utilisation des soins de santé ou les résultats sur la santé(112).
Caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis en œuvre ailleurs	<p>Financer les organisations de soins primaires et communautaires qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres en transition après le traitement du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> Financement en fonction des cas <ul style="list-style-type: none"> Une revue récente de qualité élevée a mis en avant plusieurs recommandations de dirigeants afin de mettre en place le financement en fonction des activités, ce qui comprend le fait de veiller à ce que les mesures de soutien appropriées soient en place dès le début de la mise en œuvre, en offrant des ressources éducatives, en encourageant une collaboration, des communications et une interaction améliorées entre les unités et les comités, et en partageant le personnel pour la collecte de données, les protocoles et les outils(130). Paielements ciblés et pénalités <ul style="list-style-type: none"> Une revue systématique de qualité élevée du financement axé sur les activités a déterminé que les éléments préalables nécessaires au succès comprenaient : un engagement organisationnel et un soutien vis-à-vis du modèle de financement choisi; l'infrastructure requise pour appuyer les personnes et les activités nécessaires pour mesurer avec précision la qualité dans le cadre des modèles de rémunération au rendement; la technologie de l'information et les systèmes d'appui à la prise de décisions afin de produire, suivre et agréger des données; des dirigeants engagés qui appuient le modèle de financement; la participation des dirigeants médecins afin d'appuyer une collecte précise des données et agir à titre de champions(131). Une revue plus ancienne de qualité moyenne a déterminé que les futurs programmes de rémunération au rendement devraient définir des objectifs en fonction améliorations

	<p>possibles par rapport au niveau de référence, utiliser des processus et des indicateurs de résultats intermédiaires comme des mesures cibles, mobiliser les intervenants et leur communiquer directement l'information, se concentrer sur l'amélioration de la qualité et l'atteinte du niveau voulu, et cibler des personnes et des équipes(132).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Une récente revue des revues systématiques a indiqué ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les caractéristiques clés des programmes de rémunération au rendement comprennent des niveaux de référence inférieurs, la participation des intervenants pour le choix ciblé, et l'utilisation des indicateurs de processus plutôt que des mesures des résultats. ▪ La mise en œuvre du modèle de rémunération au rendement a permis d'obtenir des résultats plus prononcés lorsque de nouveaux fonds étaient disponibles et lorsque l'on constatait une sensibilisation suffisante à propos des éléments du programme. ▪ Les mesures incitatives visant les personnes ou les équipes permettaient d'obtenir de meilleurs résultats que celles visant l'hôpital en général(119). <p>Modifier les approches utilisées pour payer les services visant à soutenir les survivants et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mettant au point et en examinant la liste des organisations, professionnels, produits et services couverts ou faisant l'objet d'un remboursement <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue plus ancienne de faible qualité a déterminé que les données cliniques sur les bienfaits des médicaments et la qualité de ces données étaient les principaux critères utilisés pour établir les priorités concernant les médicaments(128). <p>Supprimer les moyens de dissuasion possibles pour les survivants et les membres de leur famille qui peuvent influencer non seulement sur leur décision d'accéder ou non à des soins primaires et à des soins communautaires, mais aussi sur la manière d'accéder à ces soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • En utilisant des versements ciblés qui font la promotion de comportements spécifiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Les mesures incitatives en espèces visant à promouvoir les comportements sains des citoyens permettaient d'obtenir en moyenne de meilleurs effets que les autres formats(122), et on constate des taux de réussite continus lorsque les ressources sont concentrées sous la forme de paiements en espèces substantiels(130).
Opinions et expérience des parties prenantes	<p>Supprimer les moyens de dissuasion possibles pour les survivants et les membres de leur famille qui peuvent influencer non seulement sur leur décision d'accéder ou non à des soins primaires et à des soins communautaires, mais aussi sur la manière d'accéder à ces soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • En utilisant des versements ciblés qui font la promotion de comportements spécifiques <ul style="list-style-type: none"> ○ Une revue récente de qualité moyenne a déterminé que les mesures incitatives financières visant les citoyens étaient davantage acceptées si on les trouvait efficaces, sécuritaires, axées sur les destinataires, non intrusives; on les estimait aussi paternalistes, pouvant ainsi limiter l'autonomie d'une personne(124).

Élément 3 – Offrir aux survivants et aux membres de leur famille des occasions d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin de mieux gérer la transition de l'étape du traitement à l'étape de la survie

Cet élément concerne les efforts visant à soutenir les survivants et les membres de leur famille en leur fournissant plus de renseignements et en les aidant à acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour améliorer la transition après le traitement du cancer vers des soins primaires et communautaires. Parmi les sous-éléments, on trouve :

- 1) Veiller à ce que l'information et les soutiens éducatifs ainsi que les occasions d'apprentissage disponibles pour les soins spécialisés (centres anticancéreux par exemple) soient également disponibles pour les soins primaires et communautaires par le biais des efforts suivants :
 - Mettre au point des ressources éducatives et informationnelles personnalisées qui répondent aux besoins des patients et qui sont uniques pour les personnes suivant un traitement contre le cancer (avec un accent mis sur la réponse aux principales préoccupations émotionnelles, physiques et pratiques des survivants d'un cancer)
 - Éduquer les personnes à propos du système de santé et des pratiques exemplaires pour répondre à leurs besoins, ainsi qu'à propos des ressources et soutiens communautaires en dehors du système de santé (qui peuvent aider les survivants et leurs familles à réaliser une transition réussie après le traitement du cancer en prenant en compte une large gamme de besoins connexes, comme l'exercice et la nutrition, et des programmes de soutien par les pairs)
- 2) Fournir aux survivants les compétences d'autogestion nécessaires pour les aider à répondre eux-mêmes à certaines de leurs préoccupations
- 3) Faire participer les survivants et les membres de leur famille à titre de conseillers dans la planification des programmes et des services
- 4) Faire participer les survivants à la surveillance des systèmes et des mécanismes de rétroaction afin de promouvoir une amélioration continue de la qualité qui est axée sur le patient

Principaux constats des panels de citoyens

Deux principaux thèmes relatifs aux valeurs sont ressortis de la discussion portant sur l'élément 3 avec les deux panels de citoyens:

- La responsabilisation afin de prendre des décisions éclairées grâce à l'accès à de l'information fiable et des soutiens éducatifs afin d'optimiser la transition du traitement du cancer aux soins primaires et communautaires
- Une collaboration entre les survivants, les professionnels de la santé et les organisations au sein du système de santé afin de fournir de l'information fiable et des soutiens éducatifs pour les transitions

Les participants des panels ont souligné préférer un guichet unique pour obtenir de l'information fiable (p. ex., un site Web sécurisé ou une ligne téléphonique pour les personnes ne disposant pas d'un accès informatique). Par ailleurs, les participants des panels ont mis en avant des groupes clés qui peuvent jouer un rôle important pour offrir de l'information, des mesures éducatives et faciliter l'autogestion. Les voici :

- Les intervenants-pivots, ce qui est étroitement lié à l'élément 1
- Les volontaires (survivants)
- Les services de soutien par les pairs

Le deuxième thème relatif aux valeurs consiste à améliorer la collaboration entre les survivants, les professionnels de la santé et les organisations au sein du système de santé afin de fournir de l'information fiable et des soutiens éducatifs pour les transitions. À cette fin, les participants des panels ont souligné l'importance du rôle d'un gestionnaire de cas ou répartiteur chargé de faciliter la coordination entre les survivants et les autres parties du système de santé afin d'obtenir l'information et les appuis éducatifs requis. En ce qui concerne l'endroit où devrait se trouver un tel gestionnaire de cas (p. ex., au sein du système de

soins anticancéreux ou du système de soins primaires et communautaires), les participants des panels ont estimé que celui-ci devait idéalement se trouver dans le cabinet du médecin de famille.

Principaux constats des revues systématiques

Nous avons repéré huit revues systématiques liées au premier sous-élément, à savoir veiller à ce que l'information et les soutiens éducatifs ainsi que les occasions d'apprentissage disponibles pour les soins spécialisés soient également disponibles pour les soins primaires et communautaires, et au deuxième sous-élément (soutenir les survivants en leur faisant acquérir des compétences en gestion de soi).

Aucun message clair n'est ressorti des données probantes liées au premier sous-élément. Plus précisément, aucun résultat concluant n'a été signalé dans deux revues systématiques (une revue plus ancienne de qualité élevée et une revue récente de qualité élevée) à propos des interventions éducatives en ce qui concerne les médicaments sur ordonnance et en vente libre, et à propos des interventions psychoéducatives visant à gérer les symptômes du cancer(133). Cependant, une autre revue récente de qualité moyenne a identifié des avantages liés au counseling psychoéducatif des patients et des aidants des femmes atteintes du cancer du sein, y compris des améliorations relativement au bien-être psychologique, à l'anxiété, aux relations personnelles et au fonctionnement individuel(134).

Nous avons repéré cinq revues systématiques liées au deuxième sous-élément (soutenir les survivants en leur faisant acquérir des compétences d'autogestion). Deux revues récentes de qualité moyenne ont déterminé que les programmes d'autogestion s'appuyant sur des groupes et que les interventions éducatives en matière d'autogestion ont été bénéfiques pour les patients atteints d'un cancer, en leur offrant des améliorations en matière de fonctionnement physique et psychologique, ainsi qu'en ce qui concerne les symptômes de fatigue, de douleur, de dépression, d'anxiété, de détresse émotionnelle, ainsi que la qualité de vie.(135; 136) Une revue récente de qualité moyenne n'a pas été en mesure d'identifier des données probantes concluantes en ce qui concerne le signalement de symptômes par voie électronique. Cependant, la revue suggère qu'il pourrait aider les professionnels dans le cadre du processus d'établissement de diagnostic, faire économiser du temps et de l'argent et améliorer la qualité de soins et l'efficacité des rencontres entre le patient et le médecin en améliorant l'état de préparation du patient.(137) Enfin, deux revues récentes de qualité moyenne se sont intéressées à examiner les principaux éléments des interventions en matière d'autogestion(136; 138). Bien qu'aucune des revues n'a été en mesure de déterminer les principaux éléments les plus efficaces des interventions en matière d'autogestion, l'une des revues systématiques a mis en lumière les points de vue des patients en ce qui concerne les qualités importantes de l'autogestion et les résultats en matière d'appui à l'autogestion. Les voici :

- Les connaissances personnelles pertinentes qui s'appliquent à leur situation personnelle
- L'indépendance vis-à-vis de la santé et du bien-être
- L'aide offerte par des groupes de soutien informels constitués de personnes présentant une expérience commune
- Les relations étroites avec les professionnels de la santé et les services
- Le fait de demeurer le plus normal possible pendant le traitement
- Les compétences et caractéristiques requises pour participer à la gestion de sa propre santé
- Les niveaux élevés de santé physique et mentale(138)

Le tableau 5 présente un sommaire des principaux constats tirés par les auteurs de cette synthèse. Pour ceux qui souhaiteraient en savoir davantage sur les revues systématiques contenus dans le tableau 5 (ou obtenir les références bibliographiques des revues), l'annexe 3 présente une description plus complète des revues systématiques.

Tableau 5 : Sommaire des principaux constats des revues systématiques relatives à l'élément 3 – Offrir aux survivants et aux membres de leur famille des occasions d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin de mieux gérer la transition de l'étape du traitement à l'étape de la survie.

Catégorie de constat	Résumé des principaux constats
Avantages	<p>Veiller à ce que l'information et les soutiens éducatifs ainsi que les occasions d'apprentissage disponibles pour les soins spécialisés (centres anticancéreux par exemple) soient également disponibles pour les soins primaires et communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Une revue récente de qualité moyenne a indiqué des résultats positifs, y compris des améliorations relativement au bien-être psychologique, à l'anxiété, aux relations personnelles et au fonctionnement individuel possibles grâce aux interventions psychoéducatives (p. ex., counseling interpersonnel, encouragement des exercices de gestion de soi, psychoéducation, counseling par téléphone, counseling éducatif, et développement de l'information et des compétences) pour les patients et des aidants des femmes atteintes du cancer du sein(134). <p>Soutenir les survivants en leur faisant acquérir des compétences d'autogestion</p> <ul style="list-style-type: none"> Une revue récente de qualité moyenne a indiqué que les programmes d'éducation et de développement personnel basés sur le Web n'avaient pas permis d'améliorer la qualité de vie ou le bien-être physique, mais ils n'ont pas non plus causé de dommages(139). Une revue récente de qualité moyenne a déterminé que les programmes de développement personnel s'appuyant sur des groupes permettaient d'améliorer le fonctionnement physique. Cependant, une analyse du sous-groupe n'a révélé aucune différence significative entre les groupes d'intervention en ce qui a trait à la qualité de vie ou au niveau d'activité physique(136). Une revue récente de qualité moyenne a déterminé que les interventions éducatives sur l'autogestion visant à appuyer les patients atteints d'un cancer permettaient d'améliorer les symptômes de fatigue, de douleur, de dépression, d'anxiété, de détresse émotionnelle ainsi que la qualité de vie(135).
Préjudices possibles	Aucun élément trouvé
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le <i>statu quo</i>	Aucun élément trouvé
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"> Faire participer les survivants et les membres de leur famille à la planification des programmes et des services Faire participer les survivants à la surveillance des systèmes et des mécanismes de rétroaction afin de promouvoir une amélioration continue de la qualité qui est axée sur le patient Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique. Absence d'un message clair émanant des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que l'information et les soutiens éducatifs ainsi que les occasions d'apprentissage disponibles pour les soins spécialisés (centres anticancéreux par exemple) soient également disponibles pour les soins primaires et communautaires <ul style="list-style-type: none"> Bien qu'une revue plus ancienne de qualité élevée ait indiqué des résultats positifs des interventions éducatives en ce qui concerne l'acquisition de connaissances et de compétences à propos des médicaments sur ordonnance et en vente libre, cette revue n'a pas été en mesure de déterminer si les différences repérées étaient significatives sur le plan clinique en raison des limites méthodologiques des études comprises dans la revue(140). Une revue récente de qualité élevée a indiqué des résultats encourageants, mais non concluants en ce qui a trait à l'utilisation d'interventions psychoéducatives pour gérer les groupes de symptômes des patients atteints d'un cancer(133). Soutenir les survivants en leur faisant acquérir des compétences d'autogestion

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une revue plus ancienne de qualité élevée a déterminé que les études portant sur le signalement de symptômes par voie électronique étaient généralement de faible qualité, ce qui ne permet pas d'arriver à des résultats concluants. Cependant, la revue suggère que le signalement de symptômes par voie électronique pourrait aider les professionnels dans le cadre du processus d'établissement de diagnostic, faire économiser du temps et de l'argent et améliorer la qualité de soins et l'efficacité des rencontres entre le patient et le médecin en améliorant l'état de préparation du patient(137). ▪ Une revue récente de qualité moyenne n'a pas été en mesure de déterminer les composants clés des interventions en matière de gestion de soi dans le but d'appuyer les patients atteints d'un cancer(135).
Caractéristiques clés de l'élément s'il a été mis en œuvre ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune revue systématique n'a pu être recensée.
Opinions et expérience des parties prenantes	<p>Soutenir les survivants en leur faisant acquérir des compétences d'autogestion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente de qualité moyenne s'est intéressée à l'opinion des patients à propos des qualités de l'autogestion et des résultats de l'appui à la gestion de soi parmi les patients atteints d'un cancer colorectal, de diabète ou ayant subi un AVC. En ce qui concerne plus particulièrement le cancer colorectal, les patients ont indiqué les besoins suivants : obtenir des connaissances personnelles pertinentes qui s'appliquent à leur situation personnelle; être indépendant vis-à-vis de la santé et du bien-être; recevoir de l'aide de groupes de soutien informels constitués de personnes présentant une expérience commune; conserver des relations étroites avec les professionnels de la santé et les services; demeurer le plus normal possible; développer les compétences et caractéristiques requises pour participer à la gestion de leur propre santé; conserver des niveaux élevés de santé physique et mentale. <ul style="list-style-type: none"> ○ La revue n'a pas été en mesure de déterminer l'ordre de priorité de ces résultats des mesures d'autogestion selon les patients(138).

Autres observations en matière d'équité concernant les trois éléments

Plusieurs observations relatives à l'équité peuvent être formulées en ce qui a trait aux trois éléments pour les personnes vivant dans les zones rurales ou éloignées, et sur les minorités linguistiques ou ethnoculturelles (parmi lesquelles on peut trouver des réfugiés et des immigrants récemment arrivés, des populations minoritaires, des peuples autochtones, et certains groupes religieux). Une revue systématique a identifié des différences significatives concernant la participation des médecins de famille pour offrir des soins de suivi après un traitement de cancer entre les régions urbaines et les régions rurales ou éloignées(78). Le niveau de participation variait en fonction des besoins de la population, et les médecins de famille exerçant dans des zones rurales et éloignées se considéraient comme des défenseurs des patients et jouaient un rôle plus important en ce qui a trait au suivi(78).

En ce qui concerne les personnes issues d'une minorité linguistique ou d'un groupe ethnoculturel particulier, une considération importante s'est imposée, particulièrement cruciale pour les éléments 1 et 3, à savoir qu'une communication compétente sur le plan culturel doit être mise en avant dans le cadre des efforts déployés pour aider les survivants et les membres de leur famille lors de la transition qui suit le traitement. Certaines des revues repérées se sont intéressées à cet aspect. Par exemple, deux revues ont révélé que parmi les patients atteints d'un cancer, la communication efficace du professionnel permettait d'améliorer les résultats psychologiques, la qualité de vie, et l'état physiologique, ainsi que d'assurer un meilleur suivi des recommandations en matière de traitement(73; 75). En dépit de ces avantages, il a été déterminé que les patients souffrant d'un cancer étaient toujours confrontés à des niveaux élevés de besoins non comblés en matière de communication avec les professionnels, et que ces besoins non comblés étaient amplifiés pour les patients issus des minorités linguistiques ou de groupes ethnoculturels(75). En particulier, les femmes issues des minorités et présentant un faible niveau d'acculturation ont indiqué moins participer à la prise de décisions liées au traitement du cancer et être moins satisfaites à cet égard, ce qui peut parfois donner lieu à une non-adhésion aux soins(75). Une autre revue a déterminé que les programmes actuels de rétablissement après un cancer pouvaient ne pas répondre aux besoins des survivants autochtones (p. ex., l'inclusion de la famille dans l'expérience du cancer, la stigmatisation et le rôle de la spiritualité)(93). De plus, il convient de noter qu'une communication respectueuse de la culture dépasse le seul professionnel, et s'étend jusqu'au système de soins de santé dans son ensemble. Des systèmes de santé respectueux de la culture sont essentiels afin d'assurer la prestation de soins de santé aux patients issus de différentes populations(73).

RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE

Un certain nombre d'obstacles pourraient nuire à la mise en œuvre des trois éléments destinés à optimiser la transition des patients et des membres de leur famille. Il faut prendre en compte ces obstacles lorsqu'il s'agit de décider d'aller de l'avant avec un élément, et des modalités de mise en œuvre (tableau 6). On trouve des obstacles potentiels à l'échelle des patients et des individus, des professionnels, des organisations et des systèmes. Cela dit, l'obstacle le plus important réside peut-être dans les contraintes financières existantes auxquelles sont confrontés les systèmes de santé des provinces et territoires. Il y a également une prise de conscience encore limitée de la nécessité de procéder à des améliorations en ce qui concerne la transition des survivants et des membres de leur famille. Enfin, il subsiste un faible momentum politique pour aborder ce problème en comparaison d'autres priorités du système de santé (par exemple, la crise des opioïdes et la réforme des soins de longue durée). En l'absence d'efforts ciblés destinés à tenter de réduire au minimum ces obstacles (ou de les surmonter à l'aide de stratégies de mise en œuvre particulières), ils compliqueront probablement la poursuite de l'un ou de l'ensemble des trois éléments présentés dans cette synthèse. Cependant, comme le montre le tableau 7, il existe également un certain nombre de fenêtres d'opportunité favorables qui pourraient contribuer à faire avancer ces éléments.

Tableau 6 – Obstacles potentiels à la mise en œuvre des éléments

Niveaux	Élément 1 – Améliorer le suivi des traitements du cancer en mettant en place des mesures de soutien très tôt dans l'expérience du cancer et au sein des principales dimensions de la transition pour les patients et les membres de leur famille	Élément 2 – Harmoniser les modalités de financement et de rémunération afin de mieux soutenir les survivants atteints d'un cancer au cours de leur transition de l'étape de traitement du cancer à l'étape de survie au sein de la communauté	Élément 3 – Offrir aux survivants et aux membres de leur famille des occasions d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin de mieux gérer la transition de l'étape du traitement à l'étape de la survie
Patients / individus	<ul style="list-style-type: none"> Les survivants et les membres de leur famille pourraient s'inquiéter du fait qu'ils ne peuvent pas jouer un rôle significatif dans le processus décisionnel concernant leurs transitions relatives aux soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Les survivants et les membres de leur famille pourraient s'inquiéter du fait que les changements apportés au paiement des services de soutien pourraient limiter leur accès aux programmes existants. 	<ul style="list-style-type: none"> Les survivants et les membres de leur famille pourraient ne pas savoir qu'il existe des mesures de soutien existantes ou nouvelles à leur disposition pour faciliter leur transition. Les survivants et les membres de leur famille pourraient s'inquiéter de ne pas avoir les connaissances ou les compétences nécessaires pour gérer leurs propres soins ou pour participer à la planification des programmes et des services.
Professionnels de la santé	<ul style="list-style-type: none"> Certains professionnels de soins de santé peuvent ne pas posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour soutenir l'éventail complet des besoins des survivants et des membres de leur famille au cours de la transition. Par ailleurs, ils peuvent voir trop peu de 	<ul style="list-style-type: none"> Certains professionnels de soins de santé pourraient résister aux changements apportés à la façon de les rémunérer, de peur de voir leur revenu réduit. Les professionnels de soins de santé pourraient être incités à limiter les 	<ul style="list-style-type: none"> Les professionnels de la santé pourraient ne pas disposer des connaissances et compétences nécessaires pour prendre en charge l'autogestion et pour aiguiller les personnes vers les services communautaires. Les professionnels de soins de santé pourraient ne pas

	<p>survivants du cancer dans leur cabinet pour les aider à mettre en application et affiner leurs compétences en matière de soutien aux survivants du cancer le cas échéant.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de la santé peuvent éprouver des difficultés à coordonner leurs actions avec tous les secteurs (par exemple, les soins spécialisés, les soins primaires et communautaires) afin d'aider les survivants à accéder aux mesures de soutien dont ils ont besoin. • Les professionnels de soins primaires peuvent résister à la mise en œuvre de modèles de soins communs compte tenu des exigences qui leur incombent pour ce qui est des ressources et des responsabilités supplémentaires au chapitre de la coordination. • Les demandes croissantes placées sur les professionnels de soins de santé sur le plan du soutien pour naviguer au sein du système et prendre des décisions de manière éclairée (notamment l'admissibilité au programme et la couverture de celui-ci) peuvent ne pas être réalisables en raison des contraintes existantes sur le plan du temps et des ressources. 	<p>services et les moyens de soutien et à en négliger d'autres sans le vouloir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains professionnels de soins de santé (par exemple, les infirmières et les psychologues) pourraient ne pas être admissibles à recevoir des mesures incitatives financières pour soutenir les survivants du cancer. 	<p>disposer du temps nécessaire pour soutenir les survivants et les membres de leur famille au cours du perfectionnement de leurs compétences dans le domaine de l'autogestion.</p>
Organisations	<ul style="list-style-type: none"> • Il est possible que certaines organisations ne disposent pas de l'infrastructure nécessaire pour prendre en charge la communication et la coordination des survivants effectuant la transition vers des soins primaires. • Certaines organisations pourraient éprouver des difficultés à assurer la coordination avec de nombreux soutiens aux soins primaires et communautaires qui sont nécessaires pour accompagner la transition des survivants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines organisations pourraient résister aux changements apportés à leurs mécanismes de financement, de peur que les budgets qui leur sont accordés soient réduits. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certaines organisations pourraient ne pas avoir les ressources (temps ou argent) pour élaborer et offrir des moyens informatifs et éducatifs aux survivants et aux membres de leur famille.

	<ul style="list-style-type: none"> Les collectivités rurales et éloignées pourraient disposer de peu d'organisations de soins primaires et communautaires capables de soutenir la transition hors des centres de traitement spécialisés. 		
Systèmes	<ul style="list-style-type: none"> Les décideurs seront confrontés aux coûts supplémentaires associés à une nouvelle formation pour les professionnels de soins de santé et à des investissements à réaliser dans des moyens technologiques d'information et de communication. 	<ul style="list-style-type: none"> Les décideurs pourraient faire face à des obstacles d'ordre politique lorsqu'ils proposeront d'apporter des changements au financement et à la rémunération des professionnels de soins de santé et des organisations de soins primaires et communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Les décideurs pourraient ne pas vouloir affecter de fonds supplémentaires pour financer ou soutenir l'élaboration de matériel. Parvenir à une collaboration réelle pour ce qui est de la planification des programmes et services et de la surveillance des systèmes et des rétroactions pourrait s'avérer délicat.

Tableau 7 – Fenêtres d’opportunité pour la mise en œuvre des éléments

Type	Élément 1 – Améliorer le suivi des traitements du cancer en mettant en place des mesures de soutien très tôt dans l’expérience du cancer et au sein des principales dimensions de la transition pour les survivants et les membres de leur famille	Élément 2 – Harmoniser les modalités de financement et de rémunération afin de mieux soutenir les survivants atteints d’un cancer au cours de leur transition de l’étape de traitement du cancer à l’étape de survie au sein de la communauté	Élément 3 – Offrir aux survivants et aux membres de leur famille des occasions d’améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin de mieux gérer la transition de l’étape du traitement à l’étape de la survie
Général	<ul style="list-style-type: none"> Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont identifié comme priorité l’expansion du secteur des soins à domicile et des soins communautaires en vue d’aider les personnes à gérer leurs soins à partir de leur domicile, ce qui pourrait inclure une volonté d’améliorer les transitions des services d’un spécialiste (par exemple, les centres de lutte contre le cancer) vers des programmes et des services offerts dans des milieux de soins primaires et communautaires. Les résultats de l’Enquête sur l’expérience des patients atteints de cancer et en transition du Partenariat canadien contre le cancer détermineront et engendreront un certain niveau de sensibilisation par rapport aux besoins et aux défis des survivants du cancer après le traitement(1). Les organismes et les programmes de soins aux personnes atteintes par le cancer à l’échelle de certaines provinces ont mis sur pied certains des types d’expertise nécessaires pour soutenir la mise en œuvre de ces éléments (par exemple, BC Cancer Agency, Saskatchewan Health Quality Council, Action Cancer Manitoba, Action Cancer Ontario, Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer, CanIMPACT, ELLICSR, et Partenariat canadien contre le cancer)(6; 9; 41; 47; 49-56; 141). 		
Propre à l’élément	L’élimination des lacunes dans le continuum des soins (notamment au chapitre des transitions vers les soins primaires et communautaires) représente un thème majeur dans la promotion de la stratégie nationale contre le cancer 2017-2022(142).	Le resserrement des budgets consacrés au système de santé dans l’ensemble des provinces et territoires et l’aspiration des décideurs à l’efficience peuvent accompagner l’harmonisation du financement et des modalités de rémunération.	L’accent davantage placé sur les soins axés sur les patients (par exemple, par l’intermédiaire d’un partage dans la prise de décisions et dans l’autogestion) peut signifier que les survivants sont désireux de participer à la planification, l’évaluation et la surveillance des programmes et services.

RÉFÉRENCES

1. Canadian Partnership Against Cancer. Experiences of Cancer Patients in Transition Study (unpublished data). Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2016.
2. Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics. Canadian cancer statistics 2017. Toronto: Canadian Cancer Society; 2017.
3. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, et al. The expanding role of primary care in cancer control. *The Lancet Oncology* 2015; 16(12): 1231-1272.
4. Emery JD, Shaw K, Williams B, et al. The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nature Reviews Clinical Oncology* 2014; 11(1): 38-48.
5. Lavis JN, Hammill AC. Care by sector. In: Lavis JN, editor. Ontario's health system: Key insights for engaged citizens, professionals and policymakers. Hamilton: McMaster Health Forum; 2016.
6. Canadian Cancer Research Alliance. Pan-Canadian Framework for Cancer Survivorship Research. Toronto: CCRA; 2017.
7. Urquhart R, Folkes A, Babineau J, Grunfeld E. Views of breast and colorectal cancer survivors on their routine follow-up care. *Current Oncology* 2012; 19(6): 294-301.
8. Urquhart R, Folkes A, Porter G, et al. Population-based longitudinal study of follow-up care for patients with colorectal cancer in Nova Scotia. *Journal of Oncology Practice* 2012; 8(4): 246-252.
9. Grunfeld E, Earle CC, Stovall E. A framework for cancer survivorship research and translation to policy. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers* 2011; 20(10): 2099-2104.
10. Miedema B, Easley J, Robinson L. Do current cancer follow-up care practices meet the needs of young adult cancer survivors in Canada? A qualitative inquiry. *Current Oncology* 2013; 20(1): 14.
11. Miedema B, Easley J. Barriers to rehabilitative care for young breast cancer survivors: A qualitative understanding. *Supportive Care in Cancer* 2012; 20(6): 1193-1201.
12. Robinson L, Miedema B, Easley J. Young adult cancer survivors and the challenges of intimacy. *Journal of Psychosocial Oncology* 2014; 32(4): 447-462.
13. National Cancer Institute. NCI dictionary of cancer terms. Bethesda: National Cancer Institute at the National Institutes of Health; 2017. <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?expand=S> (accessed 15 December 2017).
14. Canadian Cancer Society. Recently diagnosed. Toronto: Canadian Cancer Society; 2017. <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-journey/recently-diagnosed/?region=on> (accessed 10 December 2017).
15. Canadian Cancer Society. Treatment. Toronto: Canadian Cancer Society; 2017. <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/diagnosis-and-treatment/treatment/?region=on> (accessed 10 December 2017).
16. Canadian Cancer Society. Support services. Toronto: Canadian Cancer Society; 2017. <http://www.cancer.ca/en/support-and-services/support-services/the-impact-of-our-online-and-phone-support-programs/?region=on> (accessed 10 December 2017).
17. Statistics Canada. Age and sex, and type of dwelling data: Key results from the 2016 Census. Ottawa: Statistics Canada; 2017. <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/170503/dq170503a-eng.htm> (accessed 12 May 2017).

18. Statistics Canada. Age and sex highlight tables, 2016 Census. Population by broad age groups and sex, 2016 counts for both sexes, Canada, provinces and territories, 2016 Census – 100% data. Ottawa: Statistics Canada; 2017. <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hltfst/as/Table.cfm?Lang=E&T=11> (accessed 12 May 2017).
19. Canadian Partnership Against Cancer. Canadian Partnership Against Cancer: 2012-2017 strategic plan. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2012.
20. CIHI. Health Care in Canada, 2011. A focus on seniors and aging. Ottawa: Canadian Institutes for Health Research; 2011. https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_en.pdf (accessed 15 November 2016).
21. Public Health Agency of Canada. The health and well-being of Canadian seniors. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2010.
22. Canadian Cancer Society's Advisory Committee on Cancer Statistics. Canadian cancer statistics 2015. Toronto: Canadian Cancer Society; 2015.
23. de Oliveira C, Weir S, Rangrej J, et al. The economic burden of cancer care in Canada: A population-based cost study. *CMAJ Open* 2018; 6(1): E1-E10.
24. Public Health Agency of Canada. Economic burden of illness in Canada, 2005-2008. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2014. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/ebic-femc/2005-2008/assets/pdf/ebic-femc-2005-2008-eng.pdf> (accessed 4 January 2018).
25. Canadian Cancer Society. Late and long-term effects of treatment. Toronto: Canadian Cancer Society; 2017. <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-journey/life-after-cancer/late-and-long-term-effects-of-treatment/?region=on> (accessed 10 December 2017).
26. Railton C, Lupichuk S, McCormick J, et al. Discharge to primary care for survivorship follow-up: How are patients with early-stage breast cancer faring? *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 2015; 13(6): 762-771.
27. Nathan PC, Hayes-Lattin B, Sisler JJ, Hudson MM. Critical issues in transition and survivorship for adolescents and young adults with cancers. *Cancer* 2011; 117(S10): 2335-2341.
28. Moat KA, Bryant-Lukosius D. Evidence Brief: Improving pain and symptom management in cancer care in Ontario. Hamilton: McMaster Health Forum; 26 November 2015.
29. Tremblay D, Prady C, Bilodeau K, et al. Optimizing clinical and organizational practice in cancer survivor transitions between specialized oncology and primary care teams: A realist evaluation of multiple case studies. *BMC Health Services Research* 2017; 17(1): 834.
30. Halpern MT, Viswanathan M, Evans TS, Birken SA, Basch E, Mayer DK. Models of cancer survivorship care: Overview and summary of current evidence. *Journal of Oncology Practice* 2014; 11(1): e19-e27.
31. Sussman J, McBride ML, Sisler J, et al. Integrating primary care and cancer care in survivorship: A collaborative approach. *Journal of Clinical Oncology* 2016; 34(3 suppl): 103.
32. Taplin SH, Clauser S, Rodgers AB, Breslau E, Rayson D. Interfaces across the cancer continuum offer opportunities to improve the process of care. *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 2010; 2010(40): 104-110.
33. Tomasone JR, Brouwers MC, Vukmirovic M, et al. Interventions to improve care coordination between primary healthcare and oncology care providers: A systematic review. *ESMO open* 2016; 1(5): e000077.
34. Grunfeld E. The two solitudes of primary care and cancer specialist care: Is there a bridge? *Current Oncology* 2017; 24(2): 69-70.

35. Easley J, Miedema B, O'Brien M, et al. The role of family physicians in cancer care: Perspectives of primary and specialty care providers. *Current Oncology* 2017; 24(2): 75.
36. Tremblay D, Latreille J, Bilodeau K, et al. Improving the transition from oncology to primary care teams: A case for shared leadership. *Journal of Oncology Practice* 2016; 12(11): 1012-1019.
37. Knobf MT. The transition experience to breast cancer survivorship. *Seminars in Oncology Nursing*; 2015; 31(2):178-182.
38. Rossy Cancer Network. Supporting survivors by educating physicians. Montreal: Rossy Cancer Network; 2017. <https://www.mcgill.ca/rcr-rcn/press-room/supporting-survivors-educating-physicians> (accessed 4 January 2018).
39. McGill University Health Centre. Cancer survivorship program. Montreal: McGill University Health Centre; 2017. <https://muhc.ca/cancer/survivorship-program> (accessed 4 January 2018).
40. Saskatchewan Cancer Agency. Counseling and support services. Regina: Saskatchewan Cancer Agency; 2018. <http://www.saskcancer.ca/Default.aspx?DN=5ffb481a-24a2-4e8f-9542-69108cf2cc29> (accessed 4 January 2018).
41. CancerCare Manitoba. Support services. When treatment is finished. Winnipeg: CancerCare Manitoba; 2017. http://www.cancercare.mb.ca/home/patients_and_family/patient_and_family_support_services/when_treatment_is_finished/ (accessed 17 December 2017).
42. Cancer Care Nova Scotia. Cancer transitions. Halifax: Cancer Care Nova Scotia; 2017. <http://www.cancercare.ns.ca/en/home/aboutus/newsroomandevents/events/eventdetails.aspx?ec=bW9kZT0zJmV2ZW50PTUxNSZkdD0yMDE3LTAzLTl4> (accessed 4 January 2018).
43. Eastern Health. Cancer transitions. St. John's: Eastern Health; 2017. <https://storyline.easternhealth.ca/2014/01/16/lost-in-transition-cancer-care-program-helps-patients-navigate-survivorship/> (accessed 4 January 2018).
44. Cancer Care Ontario. Program in Evidence-Based Care. Toronto: Cancer Care Ontario; 2017. <https://archive.cancercare.on.ca/cms/One.aspx?portalId=1377&pageId=7582> (accessed 22 January 2018).
45. Cancerandwork.ca. Survivors. Toronto: de Souza Institute; 2017. <https://www.cancerandwork.ca/survivors/> (accessed 10 December 2017).
46. Cancer Outcomes Research Program. Our research. Halifax: Cancer Outcomes Research Program; 2017. <https://canceroutcomesresearch.com/about/> (accessed 10 December 2017).
47. CanIMPACT. CanIMPACT overview. Toronto: CanIMPACT; 2017. <http://canimpact.utoronto.ca/about-us/canimpact-overview/> (accessed 17 December 2017).
48. Brouwers MC, Vukmirovic M, Tomasone JR, et al. Documenting coordination of cancer care between primary care providers and oncology specialists in Canada. *Canadian Family Physician* 2016; 62(10): e616-e625.
49. CanIMPACT. Improving coordination between primary care providers and oncology specialists: Cases from Canada (CanIMPACT casebook). Toronto: Canadian Team to Improve Community Based Cancer Care along the Continuum; 2015.
50. Grunfeld E, Petrovic B. Consultative workshop proceedings of the Canadian Team to Improve Community-Based Cancer Care Along the Continuum. *Current Oncology* 2017; 24(2): 135-140.
51. BC Cancer Agency. Survivorship & primary care. Vancouver: Provincial Health Services Authority; 2017. <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/clinical-resources/survivorship-primary-care> (accessed 17 December 2017).

52. Saskatchewan Health Quality Council. Saskatchewan's Connected Care Strategy: Organizing for impact. Saskatoon: Saskatchewan Health Quality Council; 2017. <https://hqc.sk.ca/news-events/events/saskatchewans-connected-care-strategy-organizing-for-impact> (accessed 17 December 2017).
53. Cancer Care Ontario. Survivorship program. Toronto: Cancer Care Ontario; 2017. <https://www.cancercareontario.ca/en/cancer-care-ontario/programs/clinical-services/survivorship> (accessed 17 December 2017).
54. Cancer Care Nova Scotia. Survivorship. Halifax: Cancer Care Nova Scotia; 2017. <http://www.cancercare.ns.ca/en/home/patientsfamilies/Survivorship/default.aspx> (accessed 17 December 2017).
55. Canadian Cancer Research Alliance. Target 2020: A strategy for collaborative action, 2015-2020. Toronto: Canadian Cancer Research Alliance; 2015.
56. Canadian Partnership Against Cancer. Sustaining action toward a shared vision. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2012. <https://www.partnershipagainstcancer.ca/wp-content/uploads/2017/09/sustaining-action-toward-shared-vision.pdf> (accessed 17 December 2017).
57. Gilda's Club. Adult and children support groups. Toronto: Gilda's Club; 2017. <https://gildasclubtoronto.org/adult-programs/> (accessed 10 December 2017).
58. Wellspring. Our programs. Toronto: Wellspring; 2015. <https://wellspring.ca> (accessed 10 December 2017).
59. Young Adult Cancer Canada. Survivor conference. Toronto: Young Adult Cancer Canada; 2016. <http://www.youngadultcancer.ca/our-programs/survivor-conference/> (accessed 10 December 2017).
60. Cancer Care Ontario. Colorectal cancer follow-up care patient pathway. Toronto: Cancer Care Ontario; 2017. https://www.rvh.on.ca/smrpc/smrpc_library/after%20treatment/Colorectal%20Cancer%20Follow-up%20Care%20Patient%20Pathway.pdf (accessed 10 December 2017).
61. Grunfeld E. It takes a team. CanIMPACT: Canadian Team to Improve Community-Based Cancer Care along the Continuum. *Canadian Family Physician* 2016; 62(10): 781-782.
62. Institute of Medicine and National Research Council. From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition. Washington: The National Academies Press; 2006.
63. Yuille L, Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Dolovich L. Optimizing registered nurse roles in the delivery of cancer survivorship care within primary care settings. *Nursing Leadership* 2016; 20(4): 46-58.
64. Grunfeld E, Julian JA, Pond G, et al. Evaluating survivorship care plans: Results of a randomized, clinical trial of patients with breast cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2011; 29(36): 4755-4762.
65. Statistics Canada. Population, urban and rural, by province and territory (Canada). Ottawa: Statistics Canada; 2011. <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo62a-eng.htm> (accessed 3 February 2017).
66. Government of Canada. Status of remote/off-grid communities in Canada. Ottawa: Government of Canada; 2011. https://www.nrcan.gc.ca/sites/www.nrcan.gc.ca/files/canmetenergy/files/pubs/2013-118_en.pdf (accessed 3 February 2017).
67. Mattison CA, Lavis JN. Delivery arrangements 2: Workforce. In: Lavis JN, editor. Ontario's health system: Key insights for engaged citizens, professionals and policymakers. Hamilton: McMaster Health Forum; 2016. p. 175-207.
68. Miedema B, Easley J, Robinson L. Comparing urban and rural young adult cancer survivors' experiences: A qualitative study. *Rural & Remote Health* 2013; 13(1): 2324.

69. Bergman H, Béland F, Feightner J, et al. Canadian initiative on frailty and aging. Montreal: Canadian Initiative on Frailty and Aging; 2003.
70. Brady B. An exploration of the experience of pain among culturally diverse migrant communities. *Rheumatology Advances in Practice* 2017; 1-14.
71. Pillay T, Zyl HAv, Blackbeard D. Chronic pain perception and cultural experience. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2014; 113(Supplement C): 151-160.
72. Mattison CA, Moat KA, Waddell K, JN L. Citizen brief: Optimizing patient and family transitions from cancer treatment to primary- and community-care supports in Canada. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum; 2 March 2018.
73. Brown O, Ham-Baloyi Wt, Rooyen Dv, Aldous C, Marais LC. Culturally competent patient–provider communication in the management of cancer: An integrative literature review. *Global Health Action* 2016; 9(1): 33208.
74. Kashaf MS, McGill E. Does shared decision making in cancer treatment improve quality of life? A systematic literature review. *Medical Decision Making* 2015; 35(8): 1037-1048.
75. Mead EL, Doorenbos AZ, Javid SH, et al. Shared decision-making for cancer care among racial and ethnic minorities: A systematic review. *American Journal of Public Health* 2013; 103(12): e15-e29.
76. Scott DA, Mills M, Black A, et al. Multidimensional rehabilitation programmes for adult cancer survivors. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 28(3): CD007730.
77. Goode AD, Lawler SP, Brakenridge CL, Reeves MM, Eakin EG. Telephone, print, and web-based interventions for physical activity, diet, and weight control among cancer survivors: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship* 2015; 9(4): 660-682.
78. Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: A systematic literature review. *Journal of Cancer Survivorship* 2016; 10(6): 990-1011.
79. Moore PM, Rivera Mercado S, Grez Artigues M, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013.
80. Camuso N, Bajaj P, Dudgeon D, Mitera G. Engaging patients as partners in developing patient-reported outcome measures in cancer—A review of the literature. *Supportive Care in Cancer* 2016; 24(8): 3543-3549.
81. Aubin M, Giguère A, Verreault R, Fitch M, Kazanjian A. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 7.
82. Heirs M, Suekarran S, Slack R, et al. A systematic review of models of care for the follow-up of childhood cancer survivors. *Pediatric Blood & Cancer* 2013; 60(3): 351-356.
83. Finkelstein J, Knight A, Marinopoulos S, et al. Enabling patient-centered care through health information technology. *Evidence Report/Technology Assessment* 2012; (206): 1-1531.
84. Dickinson R, Hall S, Sinclair JE, Bond C, Murchie P. Using technology to deliver cancer follow-up: A systematic review. *BMC Cancer* 2014; 14(1): 311.
85. Chi N-C, Demiris G. A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2015; 21(1): 37-44.
86. Sartain SA, Stressing S, Prieto J. Patients' views on the effectiveness of patient-held records: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expectations* 2015; 18(6): 2666-2677.

87. Harun A, Harrison JD, Young JM. Interventions to improve patient participation in the treatment process for culturally and linguistically diverse people with cancer: A systematic review. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 2013; 9(2): 99-109.
88. Ali-Faisal SF, Colella TJ, Medina-Jaundes N, Scott LB. The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling* 2017; 100(3): 436-448.
89. Manderson B, McMurray J, Piraino E, Stolee P. Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: A systematic review of the literature. *Health & Social Care in the Community* 2012; 20(2): 113-127.
90. Browall M, Forsberg C, Wengström Y. Assessing patient outcomes and cost-effectiveness of nurse-led follow-up for women with breast cancer—have relevant and sensitive evaluation measures been used? *Journal of Clinical Nursing* 2017; 26(13-14): 1770-1786.
91. Tho PC, Ang E. The effectiveness of patient navigation programs for adult cancer patients undergoing treatment: A systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 2016; 14(2): 295-321.
92. Brennan M, Gormally J, Butow P, Boyle F, Spillane A. Survivorship care plans in cancer: A systematic review of care plan outcomes. *British Journal of Cancer* 2014; 111(10): 1899-1908.
93. Cavanagh BM, Wakefield CE, McLoone JK, Garvey G, Cohn RJ. Cancer survivorship services for indigenous peoples: Where we stand, where to improve? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship* 2016; 10(2): 330-341.
94. Baxter PE, Hewko SJ, Pfaff KA, et al. Leaders' experiences and perceptions implementing activity-based funding and pay-for-performance hospital funding models: a systematic review. *Health Policy* 2015; 119(8): 1096-1110.
95. Hopfe M, Stucki G, Marshall R, Twomey CD, Üstün TB, Prodinger B. Capturing patients' needs in casemix: A systematic literature review on the value of adding functioning information in reimbursement systems. *BMC Health Services Research* 2016; 16(1): 40.
96. Hussey PS, Mulcahy AW, Schnyer C, Schneider EC. Closing the quality gap: revisiting the state of the science (vol. 1: bundled payment: effects on health care spending and quality). *Evidence Report/Technology Assessment* 2012; (208.1): 1-155.
97. Palmer KS, Agoritsas T, Martin D, et al. Activity-based funding of hospitals and its impact on mortality, readmission, discharge destination, severity of illness, and volume of care: A systematic review and meta-analysis. *PloS one* 2014; 9(10): e109975.
98. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research* 2010; 10(1): 247.
99. Gosden T, Forland F, Kristiansen I, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: Effects on the behaviour of primary care physicians. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000; (3): CD002215.
100. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy* 2001; 6(1): 44-55.
101. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, et al. Pharmaceutical policies: Effects of cap and co-payment on rational drug use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; 1: CD007017.
102. Houle SK, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care? A systematic review. *Annals of Internal Medicine* 2012; 157(12): 889-899.

103. Misfeldt R, Linder J, Lait J, et al. Incentives for improving human resource outcomes in health care: Overview of reviews. *Journal of Health Services Research & Policy* 2014; 19(1): 52-61.
104. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: Results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12(2): 133-142.
105. 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. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 7: CD009255.
106. Mbemba G, Gagnon M-P, Paré G, Côté J. Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: An umbrella review. *Human Resources for Health* 2013; 11(1): 44.
107. Carroll NV. How effectively do managed care organizations influence prescribing and dispensing decisions. *The American Journal of Managed Care* 2002; 8(12): 1041-54.
108. Jang R. Medicaid formularies: A critical review of the literature. *Journal of Pharmaceutical Marketing & Management* 1988; 2(3): 39-61.
109. Ovsag K, Hyder S, Mousa SA. Preferred drug lists: Potential impact on healthcare economics. *Vascular Health and Risk Management* 2008; 4(2): 403.
110. Vuorenkoski L, Toiviainen H, Hemminki E. Decision-making in priority setting for medicines—A review of empirical studies. *Health Policy* 2008; 86(1): 1-9.
111. Puig-Junoy J, Moreno-Torres I. Impact of pharmaceutical prior authorisation policies. *Pharmacoeconomics* 2007; 25(8): 637-648.
112. Wiysonge CS, Herrera CA, Ciapponi A, et al. Financial arrangements for health systems in low-income countries: An overview of systematic reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 9: CD011084.
113. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 5: CD004307.
114. Giles EL, Robalino S, McColl E, Sniehotta FF, Adams J. The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: Systematic review and meta-analysis. *PLoS one* 2014; 9(3): e90347.
115. Giles EL, Robalino S, Sniehotta FF, Adams J, McColl E. Acceptability of financial incentives for encouraging uptake of healthy behaviours: A critical review using systematic methods. *Preventive Medicine* 2015; 73: 145-158.
116. Mantzari E, Vogt F, Shemilt I, Wei Y, Higgins JP, Marteau TM. Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine* 2015; 75: 75-85.
117. Ryan R, Hill S. Consumer-oriented interventions for evidence-based prescribing and medicines use: An overview of systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine* 2011; 4(4): 260-260.
118. Houle SKD, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care? A systematic review. *Annals of Internal Medicine* 2015; 157(12): 888-899.
119. Karlsberg Schaffer S, Sussex J, Feng Y. Incentives to follow best practices in health care. Briefing 55 ed. London, England: Office of Health Economics; 2015 2015.
120. Oxman A, Fretheim A. An overview of research on the effects of results-based financing. Oslo, Norway; 2008.

121. Ryan R, Santesso N, Lowe D, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; (4): Cd007768.
122. Giles E, Robalino S, McColl E, Sniehotta FF, Adams J. The effectiveness of financial incentives for health behavior change: Systematic review and meta-analysis. *PLoS one* 2014; 9(3): e90347.
123. Mantzari E, Vogt F, Shemilt I, Wei Y, Higgins J, Marteau T. Personal financial incentives for changing habitual health-related behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine* 2015; 75: 75-85.
124. Giles E, Robalino S, Sniehotta F, Adams J, McColl E. Acceptability of financial incentives for encouraging uptake of healthy behaviours: A critical review using systematic methods. *Preventive Medicine* 2015; 73: 145-158.
125. Green CJ, Maclure M, Fortin PM, Ramsay CR, Aaserud M, Bardal S. Pharmaceutical policies: Effects of restrictions on reimbursement. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; 8: CD008654.
126. Buttorff C, Tunis SR, Weiner JP. Encouraging value-based insurance designs in state health insurance exchanges. *The American Journal of Managed Care* 2013; 19(7): 593-600.
127. Conrad DA, Perry L. Quality-based financial incentives in health care: Can we improve quality by paying for it? *Annual Review of Public Health* 2009; 30: 357-371.
128. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review* 2006; 63(2): 135-157.
129. Town R, Kane R, Johnson P, Butler M. Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 2005; 28(2): 234-240.
130. Cahill K, Hartmann-Boyce J, Perera R. Incentives for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; (5): Cd004307.
131. Baxter PE, Hewko SJ, Pfaff KA, et al. Leaders' experiences and perceptions implementing activity-based funding and pay-for-performance hospital funding models: A systematic review. *Health Policy* 2015; 119(8): 1096-1110.
132. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research* 2010; 10(247).
133. Xiao W, Chow KM, So WK, Leung DY, Chan CW. The effectiveness of psychoeducational intervention on managing symptom clusters in patients with cancer: A systematic review of randomized controlled trials. *Cancer Nursing* 2016; 39(4): 279-91.
134. Lally RM, Brooks C. Psychoeducational interventions for supporters of women with breast cancer: An integrative review. *Journal of Cancer Education* 2016; 31(4): 626-632.
135. Howell D, Harth T, Brown J, Bennett C, Boyko S. Self-management education interventions for patients with cancer: A systematic review. *Supportive Care in Cancer* 2017; 25(4): 1323-1355.
136. Smith-Turchyn J, Morgan A, Richardson J. The effectiveness of group-based self-management programmes to improve physical and psychological outcomes in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Oncology* 2016; 28(5): 292-305.
137. Johansen MA, Berntsen GKR, Schuster T, Henriksen E, Horsch A. Electronic symptom reporting between patient and provider for improved health care service quality: A systematic review of randomized controlled trials. Part 2: Methodological quality and effects. *Journal of Medical Internet Research* 2012; 14(5).
138. Boger E, Ellis J, Latter S, et al. Self-management and self-management support outcomes: A systematic review and mixed research synthesis of stakeholder views. *PLoS one* 2015; 10(7): e0130990.

139. Hanlon P, Daines L, Campbell C, McKinstry B, Weller D, Pinnock H. Telehealth interventions to support self-management of long-term conditions: A systematic metareview of diabetes, heart failure, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and cancer. *Journal of Medical Internet Research* 2017; 19(5): e172.
140. Ciciriello S, Johnston RV, Osborne RH, et al. Multimedia educational interventions for consumers about prescribed and over the counter medications. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010; (4): CD008416.
141. ELLICSR. About us. Toronto: UHN Princess Margaret Cancer Centre; 2017. <https://www.ellicsr.ca/en/Pages/default.aspx> (accessed 17 December 2017).
142. Canadian Partnership Against Cancer. The Canadian strategy for cancer control: 2017–2022. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer; 2016.

ANNEXES

Les tableaux suivants présentent des renseignements détaillés sur les revues systématiques 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.

La cinquième colonne donne une note de la qualité globale d'une revue systématique. La qualité de chaque revue a été évaluée à l'aide de l'outil AMSTAR (AMeasurement 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 les transitions après un traitement du cancer.

Les auteurs de la synthèse 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 relatives à l'élément 1 - Améliorer le suivi des traitements du cancer en mettant en place des mesures de soutien très tôt dans l'expérience du cancer et au sein des principales dimensions des transitions des patients et des membres de leur famille

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
Engager les patients et les membres de leur famille dans des conversations sur la transition après leur traitement et vers les soins de survie qui comprennent les soins primaires et communautaires, appuyer la mobilisation active de ces patients et des membres de leur famille afin de repérer tous leurs besoins potentiels (y compris ceux qui existaient pendant le traitement mais qui pourraient perdurer après ce dernier) et de faciliter la prise de décisions à propos du moment et de la manière de procéder	Une vue d'ensemble des modèles de soins prodigués aux survivants du cancer ⁽³⁰⁾	<p>Cette revue comprenait neuf études décrivant divers types de modèles de soins prodigués aux survivants du cancer.</p> <p>Dans l'ensemble, les résultats indiquaient l'existence d'une variation importante entre les modèles de soins prodigués aux survivants. La nature, le calendrier, l'intensité, le format et les résultats optimaux des modèles sont incertains et nécessitent des recherches plus approfondies. Ces modèles se sont révélés fortement propres à l'établissement ou au milieu dans lequel ils sont offerts. De plus, on prévoit que les pénuries futures au sein du personnel travaillant en oncologie pourraient nécessiter le recours étendu aux infirmières praticiennes, aux auxiliaires médicaux, et aux modèles de soins communs dans le but d'offrir des soins destinés aux survivants à un nombre croissant de patients. Parmi les préoccupations liées aux modèles de soins prodigués aux survivants figurent des considérations relatives au paiement, à la pertinence de la formation, et à la possibilité d'un manque de coordination et de soins fragmentés.</p> <p>De toutes les interventions se rapportant à la survie, seuls trois modèles concernant les plans de soins prodigués aux survivants de manière explicite intégraient la transition des soins à l'intervention.</p> <p>L'examen du contexte des soins prodigués aux survivants a permis de constater que les caractéristiques des patients pouvaient avoir une incidence sur les soins prodigués. Par exemple, l'âge, la race, le nombre de facteurs de comorbidité, le revenu, et le stade de la maladie peuvent être des facteurs prédictifs d'un besoin non satisfait des survivants.</p> <p>Le type de soins que privilégient les patients peut également varier en fonction du contexte. Les résultats d'une enquête concernant les survivants du cancer adultes au Royaume-Uni laissaient entendre que des survivants du cancer préféreraient des soins menés par un consultant (c'est-à-dire un oncologue ou un autre spécialiste) à des</p>	2013	7/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	Pas détaillée	Pas détaillée	2/9

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>soins menés par une infirmière, par téléphone ou par un médecin de famille. Une étude menée aux États-Unis sur des personnes ayant survécu à un cancer du sein a permis de constater que les visites rendues par ces personnes à un oncologue réduisaient les chances qu'elles soient inquiètes, si on les compare à l'effet des visites rendues à des professionnels de soins primaires. Cela peut traduire une préférence des survivants pour la continuité des soins et leur valorisation de leur relation avec les spécialistes qui traitent leur cancer.</p> <p>Les éléments probants provenant des modèles de soins prodigués aux survivants étaient limités, en particulier en ce qui a trait aux avantages potentiels des différents modèles, aux effets sur les résultats en matière de santé des survivants, aux obstacles structurels ou liés aux processus relatifs à la prestation de soins de survie, à l'évaluation des programmes existants destinés aux survivants, ainsi qu'aux coûts et avantages des soins de survie. Parmi les recherches comprises qui ne fournissaient pas d'information comparative sur les résultats en matière de santé des survivants, aucune différence significative n'a été constatée.</p> <p>Les auteurs de la revue mentionnent comme sources de limites à l'étude l'hétérogénéité pour ce qui est de la définition des programmes, de leurs composantes et de leur calendrier, des professionnels de soins de santé concernés, et même de la définition du terme « survivant du cancer ». La revue reposait également sur un précis technique, lequel, comme le reconnaissent les auteurs, ne saisissait pas la totalité de chacun des aspects des modèles de soins prodigués aux survivants.</p>					
	Une vue d'ensemble des stratégies, caractéristiques et attitudes associées à une communication respectueuse de la culture entre les	<p>Cette revue comportait 35 études explorant les stratégies, caractéristiques personnelles et attitudes associées à une communication respectueuse de la culture entre les patients et les professionnels dans le domaine de la gestion du cancer.</p> <p>Dans le cadre de cette revue, diverses stratégies, caractéristiques et attitudes personnelles pour une communication respectueuse de la culture ont été définies et regroupées sous les divers thèmes suivants : les compétences des professionnels de soins de santé, les</p>	2015	5/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	2/35	Pas détaillée	Pas détaillée

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	patients et les professionnels dans le domaine de la gestion du cancer ⁽⁷³⁾ .	<p>soins de santé respectueux de la culture, les attitudes et caractéristiques personnelles des professionnels de soins de santé, et les modèles de communication interculturelle efficace.</p> <p>La thématique des compétences des professionnels de soins de santé englobe principalement les compétences nécessaires à une communication respectueuse de la culture. La documentation soulignait le fait que les professionnels de soins de santé devraient éviter de recourir à des idées reçues et des généralisations lorsqu'ils gèrent les soins des patients. Le renforcement des compétences en matière de gestion de la première consultation médicale, l'instauration d'un rapport de médecin à patient, l'obtention de la confiance du patient, le fait de nouer le dialogue avec la famille élargie du patient, le fait de s'adresser aux patients en respectant leur préférence culturelle, et le fait de se lancer dans une communication respectueuse de la culture, tous ces éléments ont été jugés fondamentaux. L'importance de l'évaluation des compétences a également été soulignée dans la documentation de recherche, notamment pour ce qui est de l'évaluation du patient au-delà de la dimension biomédicale.</p> <p>La sensibilité culturelle s'est également révélée être un aspect fondamental de l'offre d'une communication respectueuse de la culture entre les professionnels et les patients. Pour les professionnels, la conscience de soi en ce qui a trait à leurs propres culture, convictions culturelles, systèmes de croyance en matière de santé, présomptions culturelles et spirituelles, préjugés individuels, et idées reçues est fondamentale pour offrir des soins de manière efficace. L'importance qu'il y a à stimuler la conscience interpersonnelle dans le domaine des différences de pouvoir intrinsèques entre les professionnels et les patients, et de la communication relative aux différences potentielles de culture est un élément sur lequel l'accent est mis dans la documentation.</p> <p>Dans le domaine des connaissances que doivent posséder les professionnels de soins de santé, on a mis en avant l'importance de disposer de connaissances factuelles précises et de comprendre les différents aspects culturels. La compréhension factuelle des</p>					

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>cultures, des systèmes de croyance en matière de santé, des processus de prise de décisions et des normes concernant l'étiquette respectifs du patient et du médecin de famille sous-tend l'établissement d'une communication harmonieuse entre les patients et les professionnels de soins de santé.</p> <p>Il convient de noter qu'une communication respectueuse de la culture dépasse le seul professionnel, et s'étend jusqu'au système de soins de santé dans son ensemble. Des systèmes de santé respectueux de la culture sont des acteurs de la prestation de soins de santé appropriés aux patients pour divers groupes de la population. Ils vont au-delà du fait de répondre aux besoins individuels des patients, pour atteindre l'échelle de la politique et de la collectivité. Des stratégies organisationnelles particulières pour une communication respectueuse de la culture figurent en bonne place dans la documentation. La plus courante de ces stratégies consiste à recourir à des intervenants pivots et à des traducteurs professionnels pour faciliter la communication.</p> <p>Les attitudes et caractéristiques personnelles des professionnels de soins de santé contribuent également à une communication harmonieuse entre les professionnels et les patients, la principale d'entre elles étant la marque de respect envers la diversité culturelle et les valeurs culturelles des patients.</p> <p>Des modèles de communication interculturelle efficaces ont également été mentionnés dans certains des documents figurant dans cette revue. Les questions de Kleinman; le modèle LEARN; le modèle BELIEF et le modèle Four Habits Model of Highly Effective Clinicians sont ressortis comme étant des résultats de premier plan en ce qui a trait à ce thème.</p> <p>Les constatations réalisées dans le cadre de la revue apportent un certain éclairage sur diverses méthodes de prestation d'une communication respectueuse de la culture entre les patients et les professionnels destinée aux patients adultes auxquels on a diagnostiqué un cancer. Cependant, les résultats devraient être considérés avec prudence dans la mesure où ils proviennent de</p>					

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		données probantes de faible niveau. Cela souligne le manque de recherches de niveau élevé dans ce domaine d'étude.					
	Prise de décisions partagée dans le domaine du traitement du cancer ⁽⁷⁴⁾	<p>Cette analyse comprenait 17 études portant sur le rôle de la prise de décisions partagée dans le domaine des traitements du cancer.</p> <p>L'analyse a mis en avant des éléments probants fragiles quoique révélateurs d'une association positive entre la participation perçue du patient dans la prise de décisions, une dimension centrale de la prise de décisions partagée, et les résultats en matière de qualité de vie dans le traitement du cancer. L'analyse n'a pas permis de constater d'éléments attestant l'existence d'une association opposée entre la prise de décisions partagée et la qualité de vie.</p> <p>Dans l'ensemble, peu d'éléments probants ont été avancés à l'appui d'une association négative entre la prise de décisions partagée et la qualité de vie. Il y avait des éléments probants laissant penser à une association positive entre les deux facteurs. Les auteurs soutiennent que la mise en œuvre d'approches de la prise de décisions partagée peut dépasser les limites de cette évaluation. Cependant, ils considèrent que le manque d'éléments probants d'une qualité de vie altérée peut suffire à justifier des méthodes de prise de décisions partagée, notamment si l'on prend en compte les préférences en faveur de la prise de décisions partagée. De nos jours, on a constaté que les patients se percevaient et se conduisaient comme des consommateurs des services de santé, et qu'ils préféraient de manière écrasante participer à la prise de décisions au chapitre du traitement. Il s'ensuit que la mise en œuvre de la prise de décisions partagée pourrait au bout du compte être requise en raison de la demande des patients plutôt que de l'utilité clinique. De plus, il a été démontré de manière convaincante que la prise de décisions partagée augmentait les connaissances cliniques des patients, faisait diminuer les conflits au sujet des décisions, et améliorait la satisfaction.</p> <p>La piètre qualité méthodologique et l'hétérogénéité de la documentation existante constituent des contraintes majeures des conclusions de la revue. De plus, dans la documentation, divers instruments de qualité de vie de petite échelle comme des résultats</p>	2014	7/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	3/17	Pas détaillée	17/17

McMaster Health Forum

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		distincts ont habituellement été traités comme des résultats distincts, augmentant la probabilité de constatations fallacieuses.					
	Efficacité des interventions pour améliorer la participation des patients au processus du traitement destiné aux personnes atteintes par le cancer et diverses sur le plan culturel et linguistique(87)	<p>Cette revue comprenait sept études analysant des interventions pour améliorer la participation des patients au processus du traitement destiné aux personnes atteintes par le cancer et diverses sur le plan culturel et linguistique.</p> <p>Dans l'ensemble, le constat était que l'incidence des interventions des patients était variable. Si l'effet d'une intervention de soutien au processus décisionnel et d'intervenants pivots était positif pour la communication avec les professionnels de soins de santé, et que l'utilisation des processus d'aide à la prise de décisions a facilité la prise partagée de décisions et la perception des patients vis-à-vis du suivi du traitement recommandé, le recours à des intervenants pivots était quant à lui inefficace. L'étude a constaté qu'un système de soutien informatique améliorait la participation générale des patients, mais peu de précisions ont été apportées au sujet de ce que cela impliquait.</p> <p>Deux études ont signalé des résultats concernant la communication avec les professionnels de soins de santé avec des conséquences positives. Dans l'intervention pilote sur l'aide à la prise de décisions utilisant des intervenants pivots avec les patientes d'origine latino-américaine atteintes par un cancer du sein, 67 % de ces patientes déclaraient des améliorations sur le plan de la communication avec leur médecin à la suite de l'intervention. Dans l'intervention vidéo avec les patientes navajo souffrant d'un cancer du sein, 93 % des participantes ont déclaré six mois après l'intervention qu'elles estimaient que la vidéo personnalisée sur le plan culturel avait amélioré leur communication avec les professionnels et les avait encouragées à rechercher des renseignements supplémentaires à propos de leur état.</p> <p>Deux études ont signalé des résultats au sujet de la prise de décisions. Six mois après l'intervention vidéo, 93 % des patients déclaraient estimer que la vidéo les avait aidés avec la prise de décisions entourant le traitement, les encourageant à étudier le sujet des choix de traitement. En revanche, dans l'intervention sur l'aide à</p>	2011	7/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	0/7	7/7	7/7

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>la prise de décisions parmi les femmes d'origine latino-américaine, seulement 33 % d'entre elles déclaraient que l'intervention avait facilité leur plus grande implication au processus de prise de décisions concernant le traitement.</p> <p>Deux études signalaient des effets mitigés des interventions sur le respect du traitement. Dans l'essai clinique randomisé des intervenants pivots pour les femmes majoritairement hispaniques atteintes par un cancer du sein, aucune différence significative n'a été constatée entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle pour ce qui est du respect du traitement adjuvant et de la présence aux rendez-vous de suivi. Cependant, six mois après l'évaluation avec des méthodes mixtes utilisant un échantillon d'une vidéo d'intervention, 92 % des personnes interrogées déclaraient qu'elles estimaient que les connaissances tirées de la vidéo les avaient aidées à respecter leurs schémas thérapeutiques.</p> <p>Trois articles ont signalé des effets positifs sur la participation aux soins de santé avec l'intervention du système complet de soutien à l'amélioration de la santé. Les auteurs de l'étude ont constaté que la participation des femmes afro-américaines aux soins de santé avait augmenté de manière plus importante que celle des femmes blanches, et que cela était accompagné d'une utilisation plus grande des renseignements narratifs et pédagogiques au sein de l'intervention du système complet de soutien à l'amélioration de la santé. De la même façon, dans deux autres études, on a constaté des améliorations plus importantes dans le domaine de la participation aux soins de santé à la suite de l'intervention du système complet de soutien à l'amélioration de la santé parmi les femmes des minorités que parmi les femmes blanches deux mois et quatre mois après l'intervention. Dans un essai clinique randomisé distinct portant sur une intervention adaptée sur le plan culturel pour des patients hawaïens atteints du cancer et leur famille, aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes pour ce qui est de l'« autoefficacité » définie comme étant le fait d'obtenir des renseignements, de communiquer, et de demander de l'aide par soi-même.</p>					

McMaster Health Forum

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		Une limite majeure de cette revue tenait à la difficulté à définir la diversité culturelle et linguistique. De plus, les critères de recherche étaient limités aux études réalisées en anglais, ce qui pouvait limiter les constatations de la revue.					
	Modèles de prise de décisions partagée pour le traitement du cancer chez les patients appartenant à des minorités raciales et ethniques(75)	<p>Cette revue portait sur 23 études évaluant des modèles de prise de décisions partagée pour le traitement du cancer chez les patients appartenant à des minorités raciales et ethniques.</p> <p>Trois constatations majeures ont émergé de l'analyse sur la base de ses cinq thèmes principaux des facteurs relatifs à la prise de décisions concernant le traitement, au patient, à sa famille, à la collectivité et au professionnel de soins de santé. Des données thématiques recoupaient les catégories indiquant que les préférences individuelles pour la prise de décisions d'ordre médical ne peuvent pas dans la pratique être examinées hors du contexte de la famille et de la collectivité. Les constatations ont été regroupées dans les catégories du soutien social, de la communication et de la convergence culturelle.</p> <p>Le constat a été fait que l'époux et les membres de la famille apportaient en règle générale un soutien social, mais que ce dernier pouvait provenir aussi des amis, des membres de la collectivité, et des membres ou dirigeants d'une communauté religieuse. Bien que plusieurs études aient relevé que le soutien social disposait du potentiel de réduire l'autonomie individuelle et de contribuer à la non-réception du traitement, un soutien social fort débouchait le plus souvent sur une prise de décisions allant dans le sens d'un traitement plus agressif. Ces constatations sont corroborées dans le cas d'autres maladies. Des études qui les ont élargies ont indiqué que les professionnels étaient plus susceptibles de recommander des traitements agressifs lorsqu'ils percevaient un soutien social fort. En réalité, la présence d'un soutien social fort était fortement associée à une meilleure survie au cancer, ce qui laissait entendre que le soutien social pouvait constituer un domaine approprié d'intervention dans le cadre d'une approche axée sur le patient pour les soins offerts aux personnes atteintes par le cancer.</p>	2011	4/11 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	2/23	23/23	23/23

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>Parmi les patients atteints d'un cancer, la communication efficace du professionnel permettait d'améliorer les résultats psychologiques, la qualité de vie, et l'état physiologique, ainsi que d'assurer un meilleur suivi des recommandations en matière de traitement. En dépit de ces avantages, les auteurs ont constaté que les patients souffrant d'un cancer étaient toujours confrontés à des niveaux élevés de besoins non comblés en matière de communication avec les professionnels, et que ces besoins non comblés étaient amplifiés pour les patients issus des minorités raciales et ethniques. Ces constatations sont corroborées par les quelques études menées au sujet de la communication des professionnels de soins de santé avec les patients autochtones à l'échelle mondiale, qui ont cerné des défis importants et la forte prévalence d'une mauvaise communication. Les défis en matière de communication comprennent les styles de communication différents, les modèles de croyance en matière de santé différents, les problèmes linguistiques, le manque de compétences des professionnels en matière de communication interculturelle, le manque de contrôle des patients, le manque de connaissances des professionnels en matière de culture et d'histoire autochtones, le manque de confiance envers les professionnels et le système de soins de santé, et l'absence de relations personnelles entre les professionnels et les patients, ainsi qu'un environnement de soins de santé aliénant. Les valeurs culturelles et les normes au sein des minorités ethniques ou raciales peuvent avoir une incidence significative sur la communication entre les patients et les professionnels, ce qui justifie des recherches supplémentaires.</p> <p>L'analyse a permis de constater que la convergence culturelle a principalement été étudiée sur le plan de la langue dans les études quantitatives. Dans l'ensemble des études, les femmes issues des minorités et présentant un faible niveau d'acculturation ont indiqué moins participer à la prise de décisions liées au traitement du cancer et être moins satisfaites à cet égard, ce qui peut parfois donner lieu à un non-suivi des soins. Les études qualitatives étaient plus enclines à analyser les nuances de la compétence culturelle et à présenter des exemples de la manière dont les professionnels de soins de santé pourraient combler les fossés culturels. Compte tenu du fait qu'une approche de convergence culturelle a été associée à une</p>					

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>communication améliorée, à une utilisation moindre de services onéreux, et à de meilleurs résultats sur la santé, les arguments en faveur de la compréhension et de la consolidation de la convergence culturelle entre les professionnels sont solides. Cela est particulièrement le cas parmi les patients appartenant à des minorités exposées sur le plan social, pour qui les relations familiales et communautaires constituent une source importante d'identité et de soutien.</p> <p>Parmi les limites de cette revue figure un biais de publication que les auteurs ont tenté d'atténuer en utilisant des mots-clés exhaustifs. Il convient de noter que si les auteurs ont incorporé des études concernant un large éventail de patients appartenant à des minorités raciales et ethniques, cela ne peut pas représenter les expériences ou points de vue d'un groupe unique.</p>					
	Efficacité des interventions visant l'amélioration de la continuité des soins prodigués aux personnes atteintes par le cancer pour les patients, les professionnels de soins de santé et les résultats des processus (81)	<p>Cette analyse comprenait 51 études dont l'ambition était de classer, décrire et évaluer l'efficacité des interventions visant l'amélioration de la continuité des soins prodigués aux personnes atteintes par le cancer pour les patients, les professionnels de soins de santé et les résultats des processus.</p> <p>Les trois modèles d'intervention suivants ont été étudiés dans la présente analyse : la gestion des cas, les soins communs et les équipes interdisciplinaires. Les six stratégies d'intervention supplémentaires suivantes ont été utilisées en plus de ces modèles : les dossiers remis aux patients, le suivi téléphonique, la communication et la discussion des cas entre des professionnels de soins de santé éloignés, les modifications au système des dossiers médicaux, les lignes directrices, directives et protocoles relatifs aux soins et la coordination des évaluations et du traitement. Aucune différence significative n'a été constatée pour ce qui est des résultats liés à la santé des patients entre les patients affectés aux interventions et ceux affectés aux soins traditionnels. Un nombre limité d'études a mentionné la santé psychologique, la satisfaction des professionnels, ou les mesures des processus de soins.</p> <p>Les principales limites de cette analyse se trouvaient dans les diverses différences entre les études incluses, particulièrement en ce</p>	2009	9/11 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	4/51	Pas détaillée	51/51

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		qui concerne leur conception, les interventions, les participants, les phases de soins des patients, les résultats mesurés, les milieux de soins de santé et la durée du suivi.					
	Évaluer les expériences et les services de soutien pour les survivants du cancer autochtones une fois le traitement terminé(93)	<p>Cette analyse a pris en compte 17 études afin d'évaluer les expériences et les services de soutien pour les survivants du cancer autochtones une fois le traitement terminé.</p> <p>Les soins prodigués aux personnes atteintes par le cancer au sein des communautés autochtones doivent prendre en compte les besoins culturels et les facteurs sociaux afin de garantir un accès équitable aux soins. Cette revue avait pour but de comprendre l'état actuel du soutien apporté aux survivants du cancer autochtones en analysant des expériences du point de vue des survivants, de celui de leur famille ou encore du point de vue de leur médecin. De manière accessoire pour cette analyse, la revue était destinée à la compréhension des facteurs jouant un rôle de moteur ou servant d'obstacle par rapport aux soins auxquels les survivants autochtones du cancer étaient confrontés.</p> <p>Un certain nombre de facteurs importants a été mentionné lors de l'analyse de l'expérience des survivants du cancer autochtones. L'importance de la famille était primordiale dans la mesure où ces liens constituaient une source de soutien sur le plan émotionnel. La peur constituait une émotion sous-jacente à l'expérience des survivants du cancer autochtones dans la mesure où la famille considérait parfois que le diagnostic était la conséquence d'un péché et que les conséquences se poursuivront. L'ostracisme provenant de la communauté a été signalé par certaines personnes comme une expérience vécue, mais nombre des survivants ont également indiqué ressentir le soutien de leur communauté tout au long de leur rétablissement. La spiritualité se révélait très importante pour de nombreuses personnes tout au long de leur expérience de rétablissement. La qualité de vie était inférieure parmi les survivants autochtones qui ont déclaré avoir un sentiment d'isolement, de désespoir et de fardeau financier.</p> <p>Compte tenu de ces expériences, les interventions doivent être axées sur la réintégration des survivants à leur famille et à leur</p>	2014	5/10 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	0/17	17/17	17/17

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>collectivité, afin d'améliorer la qualité de vie et créer un réseau de soutien. La spiritualité peut être tenue pour une composante clé de l'expérience de rétablissement de nombreux survivants autochtones. Par conséquent, on doit la considérer comme une partie du programme de survie.</p> <p>En l'état, les programmes actuels de rétablissement du cancer peuvent ne pas répondre aux besoins des survivants autochtones. Les services doivent être à l'écoute des besoins de ces survivants et doivent formuler des programmes pour aider à leur réintégration. Les programmes d'intervenants pivots peuvent offrir une piste possible pour accroître le soutien et l'accès aux soins, dans la mesure où ils se sont révélés fructueux pour les Autochtones par le passé. Adapter les programmes de soins prodigués aux survivants aux besoins de cette collectivité améliorera la qualité de vie et contribuera au rétablissement.</p>					
Outiller les professionnels de la santé et les équipes pour les aider à déterminer et à prendre en charge l'éventail complet de besoins des patients et des membres de leur famille	Efficacité de la formation aux compétences en matière de communication pour améliorer ces compétences parmi les professionnels des soins de santé prenant part aux soins prodigués aux personnes atteintes par le cancer, ainsi que pour améliorer l'état de santé des patients et leur satisfaction ⁽⁷⁹⁾	<p>L'analyse comportait 15 études évaluant l'efficacité de la formation aux compétences en matière de communication pour améliorer ces compétences parmi les professionnels des soins de santé prenant part aux soins prodigués aux personnes atteintes par le cancer, ainsi que pour améliorer l'état de santé des patients et leur satisfaction.</p> <p>Dans l'analyse, 11 études comparaient la formation aux compétences en matière de communication à l'intervention sans formation aux compétences en matière de communication. Trois études comparaient l'effet d'une intervention de suivi de formation aux compétences en matière de communication après une formation initiale aux compétences en matière de communication, et une étude comparait deux types de formation aux compétences en matière de communication. Les types de cours de formation aux compétences en matière de communication évalués dans ces essais étaient variés. Parmi les participants aux études figuraient des oncologues (dans six études), des médecins résidents (dans une étude), d'autres médecins (dans une étude), des infirmières (dans six études) et une équipe mixte de professionnels des soins de santé (dans une étude).</p> <p>On a constaté que les professionnels de soins de santé au sein du groupe de formation aux compétences en matière de</p>	2012	11/11 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	1/15	Pas détaillée	0/15

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>communication étaient significativement plus susceptibles d'employer des questions ouvertes dans l'entrevue postérieure à l'intervention que les personnes du groupe de contrôle, et qu'ils étaient plus susceptibles de faire preuve d'empathie à l'égard des patients. Les médecins et les infirmières n'ont obtenu de résultats significativement différents sur le plan statistique sur aucun des résultats pour les professionnels des soins de santé. Aucune différence significative sur le plan statistique n'a été constatée à l'échelle des compétences en matière de communication des professionnels des soins de santé à l'exception du sous-groupe d'entrevues de participants avec des patients simulés. Dans ce cas, le groupe d'intervention était significativement moins susceptible de ne présenter que les faits que le groupe de contrôle. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes en ce qui a trait aux résultats évaluant l'épuisement professionnel des professionnels des soins de santé, la satisfaction des patients ou la perception des patients au sujet des compétences des professionnels des soins de santé en matière de communication.</p> <p>La diversité des études, notamment pour ce qui est des échelles employées pour mesurer les compétences des professionnels des soins de santé en matière de communication, a été mentionnée comme étant une limite majeure de cette analyse.</p>					
	Efficacité des interventions téléphoniques, des interventions sur papier et sur Internet pour ce qui a trait à l'activité physique, au régime alimentaire, et au contrôle du poids chez les survivants du cancer(77)	<p>L'analyse comportait 27 études évaluant l'efficacité des interventions concernant le contrôle du poids, le régime alimentaire et l'activité physique des survivants du cancer dans lesquelles les principales méthodes de prestation ont été le téléphone, les services de messages textes, les méthodes papier, et Internet.</p> <p>Sur les 27 études figurant dans l'analyse, 16 ciblaient l'activité physique, 2 visaient le régime alimentaire, et 9 ciblaient des comportements multiples. La plupart des études ciblaient un groupe de survivants à un cancer unique, à savoir le cancer du sein. Dans 19 des 27 études, le constat a été réalisé de l'existence d'éléments probants concernant l'amorce d'un changement de comportement, avec seulement 8 études signalant le maintien de ce changement et une étude mentionnant le rapport coût-efficacité.</p>	2013	7/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	3/27	0/27	27/27

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>La plupart des études n'ont ciblé que l'activité physique, bien qu'une proportion certaine des études visait l'activité physique et le régime alimentaire, cinq études ciblant en plus le contrôle du poids. Sur la base d'une définition indulgente de la catégorisation des études comme étant des réussites (c'est-à-dire, au moins un effet significatif à la fin de l'intervention pour un résultat comportemental ou pondéral), près des trois quarts des études étaient efficaces. Cependant, les études ciblant des comportements multiples sont pour peu d'entre elles parvenues à constater des améliorations sur l'ensemble des objectifs.</p> <p>Avec près de trois quarts des études utilisant le téléphone comme mode principal de prestation de l'intervention, la majorité du soutien parmi les survivants du cancer concernait les interventions réalisées par téléphone. On a relevé un manque manifeste d'études recourant à d'autres modalités, en particulier des technologies plus nouvelles. Cela contraste avec les éléments probants concernant la population adulte générale dans laquelle les essais d'intervention employant des méthodes de communication nouvelles ont considérablement augmenté. En particulier, il y a de plus en plus d'éléments probants indiquant l'efficacité limitée et à court terme des interventions dont la prestation a été assurée par message texte sur le changement de comportement. Cependant, les services de prestation par messages textes présentent un moyen encore inexploré pour la prestation principale d'interventions sur le mode de vie pour les survivants du cancer, ainsi qu'un complément rentable pour traiter du maintien à long terme des comportements à la suite d'interventions par téléphone.</p> <p>Dans l'ensemble, les éléments probants de cette revue venant à l'appui de la conservation du changement de comportement et de la perte de poids sont quelque peu limités, seulement un tiers des études évaluant les résultats après la fin de l'intervention. Cependant, comme pour les adultes ne souffrant pas du cancer, il est probable que les survivants du cancer soient confrontés à des défis pour ce qui est de conserver une activité physique régulière, un régime alimentaire sain et un poids santé. Les modalités à large portée concernant les interventions semblent idéales dans la mesure</p>					

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>où elles ont le potentiel pour offrir des modes de prestation rentables et plus facilement accessibles pour les contacts répétés qui sont nécessaires pour entretenir le changement comportemental.</p> <p>Dans l'ensemble, des modalités de prestation de l'intervention à large portée pour les programmes de promotion des modes de vie sains offraient un moyen de répondre aux besoins d'un groupe croissant et divers de survivants du cancer. De plus, ces modalités pouvaient fortement améliorer les comportements liés à la santé et par conséquent les effets secondaires du traitement, la qualité de vie et les résultats sur la santé.</p> <p>Les auteurs indiquent que cette revue est limitée par l'inclusion d'études ayant une faible probabilité de détecter des effets significatifs. Parmi ces études, on trouve des études pilotes. L'hétérogénéité des résultats signalés pour ce qui est de l'activité physique et du régime alimentaire a restreint la capacité, dans le cadre de ces études, de tirer des conclusions quant à l'ampleur des effets des interventions.</p>					
	Étudier le rôle des médecins de famille dans la prestation de soins de suivi aux personnes atteintes du cancer(78)	<p>Cette analyse a évalué 48 études dans le but d'explorer le rôle des médecins de famille dans la prestation de soins de suivi aux personnes atteintes du cancer.</p> <p>Il y a de nombreux avantages à incorporer les professionnels de soins primaires (les médecins de famille) dans le traitement du cancer, notamment pour des raisons de rentabilité, de gestion des effets secondaires et des symptômes, et de la continuité des soins. Cependant, le rôle actuel des médecins de famille dans le cadre des soins prodigués aux personnes atteintes par le cancer doit être étudié du point de vue des patients et des professionnels de soins primaires.</p> <p>Du point de vue du patient, la relation entre le patient et le professionnel influençait fortement les réflexions sur le rôle du médecin de famille. Les patients étaient plus enclins à déclarer s'attendre à ce que les soins de santé primaires non liés au cancer soient prodigués par leur médecin de famille. Les patients reconnaissaient largement les avantages de l'implication du médecin</p>	2015	7/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	8/58	5/58 (entrevues avec des médecins de famille dans des régions rurales)	58/58

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>de famille dans les soins de suivi, et mentionnaient des facteurs tels qu'une plus grande confiance, commodité et continuité pour les soins. Cependant, les patients ont également mentionné abondamment les obstacles à la participation des médecins de famille aux soins de suivi. Cette implication a été signalée comme étant influencée par le manque de solidité de la relation, une mauvaise communication et coordination, des problèmes entourant le diagnostic ou le traitement, et un mauvais accès aux installations. Tirant parti de ces obstacles, les patients déclaraient néanmoins leur souhait de faire participer leur médecin de famille aux soins. Les patients ont laissé entendre que leur médecin de famille devait être impliqué dans les aspects de gestion, de coordination et de compte rendu des soins, ainsi que pour apporter un soutien émotionnel et social.</p> <p>Du point de vue du médecin de famille, des différences significatives pour ce qui est de l'implication ont été constatées entre les médecins de famille exerçant dans les milieux urbains, ruraux, ou les régions éloignées. Le niveau d'implication du médecin de famille dépendait des besoins de la population desservie par ce dernier. Les médecins de famille se percevaient en règle générale eux-mêmes comme des défenseurs, en particulier ceux qui exercent dans les régions rurales et éloignées. Parmi les types de soins que les médecins de famille jugeaient essentiels figurent les soins médicaux généraux, la gestion des facteurs de comorbidité, les soins psychosociaux et la gestion de la douleur et d'autres effets secondaires. Les médecins de famille ont indiqué un certain nombre de facteurs qui pourraient faciliter leur implication dans les soins de suivi du cancer, notamment une meilleure communication entre les professionnels de soins primaires et tertiaires et l'utilisation de dossiers électroniques. Parmi les obstacles évoqués à la prestation de soins, citons une mauvaise communication, la perte de contact avec les patients, l'incertitude quant au rôle, et le manque de formation et d'information. Les médecins de famille ont avancé l'idée que leur rôle pourrait être amélioré en s'occupant de ces obstacles et en améliorant la prestation du soutien émotionnel et le soulagement des symptômes. De plus, dans une étude des médecins de famille canadiens, il était fait mention du fait que le suivi assuré</p>					

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>par les spécialistes était fondamental pour que les patients demeurent dans le système.</p> <p>Envisagés ensemble, ces éléments probants suggèrent qu'une partie de la responsabilité relative au suivi du cancer devrait être réorientée du secteur tertiaire vers le secteur primaire. Pour que cette réorientation soit une réussite, il faut fournir des lignes directrices et définir des rôles.</p>					
	Résumer le rôle des patients dans l'élaboration de mesures des résultats déclarés par les patients, ces mesures étant destinées à être utilisées par des patients atteints par le cancer(80)	<p>Cette analyse portait sur 20 articles. Il s'agissait d'évaluer de quelle manière les patients participaient à titre de partenaires à l'élaboration de mesures des résultats déclarés par les patients, ces mesures étant destinées à être utilisées par des patients atteints par le cancer.</p> <p>L'utilisation de résultats signalés par les patients constitue un précieux outil pour l'évaluation des enjeux qui sont les plus pertinents pour les patients eux-mêmes. Les mesures de résultats déclarés par les patients aident les médecins à évaluer les facteurs de santé, et permettent également aux chercheurs et décideurs d'évaluer les initiatives. Faire participer les patients très tôt à l'élaboration de ces instruments est essentiels pour veiller à ce que des mesures des résultats importantes soient intégrées. Cette revue visait à évaluer l'implication des patients au stade de création des éléments dans le cadre de l'élaboration des mesures des résultats déclarés par les patients, et à résumer cette implication.</p> <p>Cette analyse a permis d'examiner des modèles de l'implication des patients et de constater que les détails relatifs à l'implication dans la construction d'outils étaient souvent épars. Les méthodes les plus courantes d'implication repérées par cette analyse de la documentation étaient les entrevues qualitatives ouvertes et les groupes de discussion. Cette méthode d'implication respecte les recommandations diffusées par la Food and Drug Administration (FDA) et l'Organisation européenne de recherche sur le traitement du cancer (OERTC) sur la manière de recueillir de façon convenable les conseils et les commentaires des patients. Bien que l'OERTC recommande de recueillir les commentaires de cinq à dix patients, le chiffre exact varie grandement entre les études</p>	2014	5/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	0/20	0/20	20/20

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>considérées. De plus, les échantillons de patients étaient souvent homogènes et ne représentaient pas correctement la diversité en matière d'âge, d'appartenance ethnique et de sexe que l'on aurait observée dans la population plus large atteinte par une certaine maladie. La déviation méthodologique dans la collecte des commentaires des patients par rapport aux recommandations formulées par la FDA et l'OERTC suggère qu'il faut agir avec une plus grande cohérence lorsque l'on fait participer les patients.</p> <p>Les résultats de cette revue apportent du crédit à l'idée qu'un cadre relatif à l'élaboration d'un instrument pour les mesures des résultats déclarés par les patients contribuerait à la mise sur pied de soins de santé pertinents, de qualité élevée et tournés vers les patients. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour éclairer un tel cadre.</p>					
	Étudier l'incidence des programmes de réadaptation multidimensionnels sur la santé physique et psychosociale des survivants du cancer adultes ⁽⁷⁶⁾	<p>L'augmentation du nombre de personnes survivant au cancer a nécessité l'élaboration de programmes de traitement continus. Les survivants du cancer peuvent ressentir des effets physiques et psychosociaux indésirables, et l'accès au soutien devient plus difficile après la fin du traitement. Les programmes de réadaptation multidimensionnels comprennent des interventions physiques et psychosociales dont le but est d'améliorer les connaissances, le comportement d'adaptation, l'autoefficacité, et la qualité de vie des personnes ayant survécu au cancer. La revue comporte une analyse de l'effet des programmes de réadaptation multidimensionnels sur un vaste éventail de résultats physiques et psychosociaux.</p> <p>Les études retenues ont analysé des modèles de soins catégorisés comme ayant une orientation multidimensionnelle ou au contraire, unidimensionnelle.</p> <p>Les interventions caractérisées par une orientation multidimensionnelle visaient à améliorer le fonctionnement dans les domaines physique et psychosocial. La preuve de l'efficacité de ces programmes a été limitée dans l'analyse actuelle. Trois études ont témoigné des avantages physiques et psychosociaux des programmes. La première étude combinait la thérapie comportementale cognitive et la rééducation par l'exercice pour</p>	2012	11/11 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	1/11	0/11	11/11

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>améliorer la qualité de vie des patients atteints par un cancer du nasopharynx. L'intervention a révélé des résultats positifs pour ce qui est des mesures physiques, cognitives, émotionnelles, et celles relatives à la fatigue et à la qualité de vie. De la même manière, la deuxième étude a combiné un programme de gestion du stress avec de l'activité physique pour améliorer le niveau d'énergie, la qualité de vie, la forme physique et l'anxiété parmi les survivantes du cancer du sein. Des améliorations ont été constatées sur le plan de la fatigue, du niveau d'énergie et de la détresse émotionnelle. La troisième étude a mis en œuvre un modèle cognitif social comportant des discussions de groupe, des exercices encadrés, des exercices à la maison, et des séances de consultation psychologique. Des améliorations ont été constatées sur l'ensemble des mesures de forme physique et des mesures psychosociales parmi les survivantes du cancer du sein. Cependant, la présence d'un biais dans ces trois études a été évaluée comme étant modérée ou élevée. Aucun des programmes multidimensionnels restants n'a indiqué d'améliorations pour ce qui est des mesures physiques et psychosociales.</p> <p>Quatre des cinq programmes unidimensionnels ont révélé des résultats significatifs pour leur objectif déclaré respectif. Il convient de noter toutefois que la majorité des études indiquant des résultats significatifs avaient pour objectif d'améliorer les résultats physiques. Les améliorations apportées aux résultats physiques au sein de ces études comprennent une augmentation de l'activité physique et des comportements relatifs aux modes de vie tels que la qualité du régime alimentaire. Une seule étude unidimensionnelle visait l'amélioration des résultats psychosociaux. Cette étude a révélé que les participants qui avaient obtenu des renseignements concernant « le cancer, le régime alimentaire et l'exercice physique » affichaient une meilleure santé mentale, peu de conflits interpersonnels, une meilleure autoefficacité et moins d'anxiété. Cependant, cette étude comportait un fort risque de biais comme les autres études unidimensionnelles figurant dans cette revue.</p> <p>Compte tenu de la diversité des études figurant dans la présente analyse, il a été impossible d'évaluer l'efficacité des programmes de</p>					

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		réadaptation multidimensionnels pour améliorer les résultats physiques et psychosociaux. La majorité des participants avaient reçu un diagnostic de cancer de la prostate ou du sein. Les participants âgés étaient sous-représentés, tout comme l'étaient les personnes ayant un faible niveau de scolarité ou un statut socioéconomique peu élevé, ce qui limite la possibilité de généraliser les constatations. Cependant, les résultats laissent penser que les programmes de réadaptation multidimensionnels ont eu une incidence positive sur les résultats physiques parmi les survivants du cancer adultes. Les programmes unidimensionnels ont produit de meilleurs résultats pour les objectifs visés. Les programmes qui ciblaient des diagnostics propres au site pour les patients souffrant de cancer ne se sont pas montrés plus avantageux que les programmes pour les personnes ayant reçu un diagnostic mixte. Les éléments probants laissent penser que les patients peuvent profiter du choix d'un programme qui corresponde à leurs besoins spécifiques.					
Créer les systèmes et les processus visant à appuyer les points 1 et 2	Examiner des modèles de soin qui visent l'amélioration de la coordination du traitement du cancer entre les professionnels de soins primaires et de soins oncologiques(33)	<p>Cette analyse a examiné 22 études dans le but d'évaluer des modèles de soins visant l'amélioration de la coordination du traitement du cancer, en particulier pour les adultes atteints par un cancer du sein ou un cancer colorectal entre les professionnels de soins primaires et les professionnels de soins oncologiques.</p> <p>Pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer, les soins primaires représentent souvent le premier et unique point de contact avec le système de santé. Cependant, dans le but d'améliorer la continuité et la qualité des soins, la coordination du traitement entre les professionnels de soins primaires et oncologiques est fondamentale. L'admissibilité des articles pour cette analyse ne s'appuyait pas sur un ensemble particulier de résultats. Cependant, des résultats pour les patients tels que la survie, la qualité de vie, et les effets secondaires du traitement ont été jugés prioritaires. Cette analyse comportait cinq revues systématiques, six essais cliniques randomisés, et onze études non randomisées.</p> <p>Les revues systématiques retenues pour l'analyse n'appuyaient pas un modèle en particulier, en raison de l'hétérogénéité des résultats et de la mauvaise qualité globale des études. Le résultat le plus remarquable provenant de cette documentation fut le constat du fait</p>	2015	11/11 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	5/22	0/22	22/22

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>que les soins primaires et les soins dirigés par le personnel infirmier constituent des modèles équivalents au cours de la période post-opératoire pour les patients souffrant de cancer colorectal, et le traitement de suivi pour les patientes souffrant de cancer du sein. Toutes les études indiquaient qu'il faut entreprendre des travaux de meilleure qualité dans ce domaine.</p> <p>Sur les six essais cliniques randomisés retenus pour la revue, nombre d'entre eux ont témoigné du risque de biais. Ces études ne signalaient aucun changement significatif quant aux résultats mesurés provenant d'un modèle particulier de soins.</p> <p>Sur les 11 études non randomisées figurant dans cette revue, huit études comportaient un risque important de biais, alors que trois autres études présentaient un risque modéré de biais. Si ces études portaient sur un vaste éventail de modèles de soins, d'interventions et de résultats, toutes les constatations étaient incertaines.</p> <p>Le manque de résultats dans cette revue révèle deux problèmes conceptuels dont souffrent les travaux de recherche existants. Tout d'abord, les études figurant dans cette revue ne fournissaient pas une justification systématique suffisante pour le modèle ou l'intervention faisant l'objet de la revue. Deuxièmement, l'évaluation du modèle dont il était question représentait souvent un objectif secondaire de l'étude. Cela a débouché sur une surveillance et une analyse incohérentes. Des préoccupations méthodologiques telles que la faible taille des échantillons, les biais et le manque de clarté se sont révélées prévalentes dans les études.</p> <p>Pris ensemble, les incohérences et le manque de caractère définitif dont ont fait montre ces études indiquent que peu de progrès ont été accomplis dans ce domaine de recherche. Pour formuler des politiques qui renforcent la continuité des soins prodigués aux patients atteints par le cancer entre les professionnels de soins primaires et oncologiques, il faut que des travaux de qualité soient menés.</p>					
	Évaluer des méthodes de soins de suivi pour les	Ce document porte sur l'examen de 4 010 articles afin de repérer des études évaluant les méthodes de soins de suivi pour les survivants atteints d'un cancer pédiatrique. Cette recherche n'a pas	2010	6/10 (cote AMSTAR établie par	1/8	0/8	8/8

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	survivants atteints d'un cancer pédiatrique(82)	<p>renvoyé d'études comparatives, ce qui indique le besoin de se concentrer sur les efforts de recherche. Cependant, l'article a retenu huit articles de la recherche afin de montrer les éléments probants actuels.</p> <p>Si l'examen de ces huit études n'a pas débouché sur des conclusions d'ensemble quant aux avantages cliniques ou aux besoins perçus des patients, il a produit un certain nombre de résultats importants. Ces études ont analysé un certain nombre de modèles cliniques différents.</p> <p>Un certain nombre de ces modèles cliniques étudiaient la prestation de soins au-delà des seules cliniques privées. Par exemple, dans une étude, le constat est fait que le ciblage des patients à risque élevé pour stimuler la fréquentation dans les cliniques de suivi a débouché sur l'augmentation des connaissances des patients, et a contribué à déterminer des domaines pour des interventions ultérieures. Un modèle de soins communs en Hollande qui combine clinique privée et soins primaires a été jugé faisable et susceptible d'être accepté par les patients et les professionnels de soins primaires. Une clinique multidisciplinaire s'est révélée améliorer l'efficacité clinique, tout en offrant une plus grande satisfaction aux familles.</p> <p>Un certain nombre des études figurant dans cette analyse étaient axées sur les cliniques privées. Une clinique privée de suivi sur le long terme qui était axée sur le transfert des soins des parents vers les jeunes adultes a contribué à la satisfaction retirée par les patients, tout en désignant les patients préférant consulter un médecin de famille plutôt qu'être vus dans une clinique privée. Une étude portant sur les points de vue des survivants et de leur famille qui ont fréquenté une clinique de survie démontrait qu'il existait un certain nombre d'avantages perçus pour la santé des soins de suivi. Parmi ces avantages, citons les soins à effets tardifs, les relations personnelles avec l'infirmière, et le maintien de la santé. Une clinique privée offrait du soutien aux jeunes adultes par l'intermédiaire d'un oncologue pédiatrique, d'un endocrinologue et d'une infirmière spécialisée dans les effets tardifs. Les soins cliniques, tels que le fait de vérifier les symptômes et leur évolution,</p>		le McMaster Health Forum)			

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>ont en règle générale été jugés plus importants dans ce scénario, bien que les soins de soutien aient été largement plébiscités par les patients souffrant de plus de symptômes et d'une mauvaise santé mentale. Finalement, une étude portant sur les variables explicatives de la satisfaction des patients dans une clinique pédiatrique traditionnelle en ce qui concerne les effets tardifs et une clinique pour adultes multidisciplinaire a permis de constater la satisfaction des survivants, indépendamment du groupe. Les patients qui ont compris la nature clinique de ces suivis étaient plus satisfaits que les patients qui s'attendaient à un soutien psychologique.</p> <p>Envisagés ensemble, les résultats de ces huit études étaient en grande partie basés sur des données déclarées par les patients ou par leurs parents. Les soins cliniques étaient très bien vus par les survivants, et les soins de soutien étaient jugés plus importants par les survivants qui présentaient des besoins cliniques plus élevés. Cependant, cette revue systématique n'a repéré aucune étude présentant des données comparatives sur les méthodes évaluées de soins de suivi pour les survivants atteints par un cancer pédiatrique. Les résultats de cette revue laissent à penser qu'il est essentiel de mener des recherches plus poussées dans le domaine de l'étude des modèles de soins qui offrent le meilleur soutien aux survivants des cancers pédiatriques.</p>					
	Évaluer l'effet de la technologie de l'information dans le domaine de la santé à l'appui des soins axés sur les patients en ce qui concerne un certain nombre de résultats en matière de santé (83)	Cet article a examiné 327 études visant à évaluer l'effet de la technologie de l'information dans le domaine de la santé à l'appui des soins axés sur les patients en ce qui concerne un certain nombre de résultats. Les applications de la technologie de l'information dans le domaine de la santé comprennent des outils tels que le soutien à la prise de décisions, la télésanté, et les outils permettant aux patients de s'autogérer. Les éléments des soins axés sur les patients comprennent la coordination et l'intégration des soins et les relations médecins-patients. Ces résultats comprennent les processus de soins de santé, les résultats cliniques, les résultats intermédiaires tels que la satisfaction et les connaissances, la prise de décisions et la communication, ainsi que l'accès à l'information. Par ailleurs, cette revue vise à explorer les obstacles et les éléments moteurs en ce qui a trait à l'utilisation de la technologie de l'information dans le domaine de la santé, ainsi que les lacunes	2010	9/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	15/327	Pas détaillée	Pas détaillée

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>présentes dans les éléments probants qui pourraient permettre d'éclairer les futures recherches.</p> <p>Tout d'abord, cette étude a examiné des articles visant à déterminer l'effet des applications de la technologie de l'information qui traitent des soins axés sur les patients en ce qui concerne un certain nombre de résultats. Cette revue a déterminé que les applications de la technologie de l'information en matière de santé avaient un effet positif sur les résultats des processus, comme la conformité aux normes de soins et l'utilisation des ressources en matière de soins de santé. Les résultats cliniques se sont également améliorés grâce aux applications de la technologie de l'information en matière de santé qui appuyaient les soins centrés sur les patients; les applications de télésanté et les outils de gestion des soins étaient fréquemment présentés comme des outils utiles. Les études comprises dans la revue ne mesuraient pas de manière uniforme les résultats intermédiaires, comme la satisfaction ou les connaissances. Bien qu'il soit ardu de résumer les effets de la technologie de l'information sur les résultats intermédiaires, on estime que les répercussions sont positives. Cette revue a déterminé que les études avaient mis en évidence le fait que la technologie de l'information en matière de santé avait un effet positif sur la capacité de réaction aux besoins et préférences des patients individuels. La télésanté a été le plus souvent citée comme exemple d'une application soutenant cet objectif. Enfin, la technologie de l'information en matière de santé a été jugée comme ayant un effet positif permettant d'améliorer la prise de décisions dans le contexte patients-médecins. On a le plus souvent cité les applications de prise de décisions comme ayant des effets positifs sur ce résultat.</p> <p>À la suite de l'étude portant sur la technologie de l'information en matière de santé en ce qui a trait à plusieurs résultats, la revue s'est intéressée aux obstacles et aux éléments moteurs qui ont une incidence sur l'utilisation et la mise en œuvre des applications de la technologie de l'information en matière de santé. Les obstacles à l'utilisation de ces outils comprenaient une mauvaise ergonomie et des problèmes d'accès causés par des facteurs tels que l'âge, le statut socioéconomique ou le niveau d'études. En toute logique, les</p>					

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>personnes ayant de faibles connaissances informatiques avaient des difficultés à utiliser la technologie de l'information en matière de santé. Les médecins ont avancé la question du travail supplémentaire requis et des problèmes de mise en œuvre, et tous les utilisateurs ont exprimé leurs inquiétudes par rapport à la confidentialité des données. Les facteurs facilitant l'utilisation de la technologie de l'information en matière de santé comprennent un niveau de satisfaction élevé ainsi que l'utilité et l'efficacité des outils.</p> <p>Le manque de connaissances et d'éléments probants qui nuisent à la mise en œuvre de la technologie de l'information en matière de santé a été étudié dans le cadre de cette revue. Bien que la plupart des éléments probants portent sur les résultats, il convient de porter davantage attention aux effets de la technologie de l'information en matière de santé sur la capacité de réaction aux besoins des patients individuels, ainsi qu'aux coûts et à la durabilité de ces interventions. De plus, on a constaté un manque d'éléments probants à propos de la manière selon laquelle la technologie de l'information en matière de santé peut promouvoir les soins axés sur les patients en fonction de l'origine raciale, du niveau d'études, du statut socioéconomique et de l'âge.</p> <p>Cette revue est arrivée à la conclusion que tous les intervenants devaient en apprendre davantage à propos de l'utilité et de la mise en pratique des applications de la technologie de l'information en matière de santé. Alors que les effets de la technologie de l'information en matière de santé à l'appui des soins axés sur les patients sur plusieurs résultats ont été jugés positifs, d'autres études sont requises pour élargir ces résultats.</p>					
	Examiner l'utilisation de la technologie pour le suivi du cancer (84)	Cette revue s'est intéressée à 17 études portant sur l'utilisation de la technologie pour le suivi du cancer. Cette revue s'est intéressée aux modèles actuels de suivi du cancer, généralement des consultations en personne qui consistent à surveiller la maladie et les effets du traitement, qui risquent de ne plus être durables. Alors que ces soins sont importants pour les patients, le nombre de personnes diagnostiquées avec un cancer ne cesse d'augmenter, et certains groupes de patients, par exemple ceux qui vivent dans des régions rurales, pourraient en pas être en mesure d'accéder à un centre	2014	6/10	2/16	Pas indiquée en détail; cependant, l'objectif de l'étude consistait à examiner le format des soins qui	16/16

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>anticancéreux. Combinés, ces facteurs doivent être étudiés afin de former des modèles modernes de suivi du cancer.</p> <p>L'effet de la technologie sur les soins de suivi a été évalué en s'intéressant à plusieurs facteurs, y compris l'acceptabilité et la satisfaction des patients, la sécurité clinique, la qualité de vie liée à la santé et les résultats économiques en matière de santé. Les patients se sont dits satisfaits d'après plusieurs études du soutien technologique, par exemple les appels téléphoniques. Dans certains cas, ce type d'interventions était même le moyen préféré des patients. Aucune différence significative n'a été repérée dans l'étude portant sur la sécurité clinique au sein du groupe subissant des interventions technologiques et du groupe de contrôle. Les études portant sur la qualité de vie liée à la santé ont avancé que la qualité de vie des patients qui reçoivent un soutien technologique pendant la période de suivi pouvait s'améliorer. Certaines études ont indiqué que le suivi des symptômes par téléphone a donné lieu au signalement de symptômes plus graves par rapport au programme dirigé par une infirmière. Si on les combine, les études s'intéressant à la qualité de vie liée à la santé ont avancé qu'il n'existait pas de différence significative en ce qui concerne la détresse psychologique ou la qualité de vie entre les groupes. Enfin, des études portant sur les répercussions de la technologie en matière de santé ont déterminé que les services de suivi par téléphone étaient plus coûteux; cependant, on estimait que ces coûts allaient diminuer après la formation du personnel, et qu'ils étaient en général moins coûteux pour les patients.</p> <p>Cette revue a mis en évidence l'utilisation potentielle de la technologie pour le suivi du cancer. Cependant, des recherches supplémentaires doivent être menées afin de déterminer le rapport coût-efficacité d'un tel modèle de soins.</p>				pourrait être bénéfique pour les patients en milieu rural	
	Résumer les opinions des patients à propos des dossiers remis aux patients afin d'évaluer	Cette revue s'est intéressée à 10 articles afin de résumer les opinions des patients à propos des dossiers remis aux patients afin d'évaluer l'efficacité, les avantages et les inconvénients de ces dossiers. Les dossiers remis aux patients sont utilisés au sein des systèmes de soins de santé, et ils visent à faciliter la communication entre les patients et les professionnels de la santé. Trois principaux thèmes se	2013	3/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster	0/10	1/10 (cancer à un stade avancé nécessitant des soins palliatifs)	5/10

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	l'efficacité, les avantages et les inconvénients de ces dossiers (86)	<p>sont dégagés des travaux portant sur les dossiers remis aux patients : les avantages pratiques, les bienfaits psychologiques et les inconvénients.</p> <p>Les avantages pratiques des dossiers remis aux patients s'intéressaient à l'utilité de ce type de dossiers pour les patients. Les patients se sont largement déclarés en faveur des dossiers personnels leur permettant de suivre leur santé, de se rappeler d'événements et de partager l'information. Le partage d'information par le biais des dossiers remis aux patients a été considéré comme un procédé utile par les patients et les professionnels de soins de santé.</p> <p>Les bienfaits psychologiques liés à l'utilisation des dossiers remis aux patients comprennent la responsabilisation grâce à la possibilité de poser des questions et de remettre en cause les hypothèses, la participation active aux soins et le sentiment de disposer de plus de contrôle en tant que patient.</p> <p>Bien que des avantages pratiques et psychologiques soient liés à l'utilisation de dossiers remis aux patients, il convient également de noter que des effets négatifs ont été relevés dans certaines études de cette revue. Certains patients considéraient l'utilisation de dossiers remis aux patients comme une responsabilité supplémentaire dont ils ne voulaient pas. L'inefficacité de ce type de dossiers a également été mentionnée, de même que le manque de connaissances du personnel à cet égard, ce qui constitue un obstacle à leur utilisation.</p> <p>Étant donné les avantages potentiels liés à l'utilisation des dossiers remis aux patients, cette revue a conclu qu'il fallait intégrer cette pratique au sein des systèmes de santé afin de pouvoir en tirer parti. Par ailleurs, des études qualitatives plus robustes sont nécessaires afin d'en apprendre davantage à propos du point de vue des patients.</p>		Health Forum)			
	Étudier les interventions de télésanté concernant les	Cette revue portait sur 65 études visant à explorer les interventions de télésanté concernant les aidants et les membres de la famille.	2014	4/9 (cote AMSTAR établie par le	8/65	33/65 (concernait des adultes et	3/65

McMaster Health Forum

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	aidants et les membres de la famille (85)	<p>Les aidants et les membres de la famille sont des personnes qui prennent soin d'un proche, un rôle qui s'accompagne souvent d'effets néfastes sur la santé physique et psychologique, entre autres. La technologie telle que la télésanté a été utilisée pour aider les personnes à faire face à la maladie et à la guérison, mais peu d'études se sont intéressées à l'effet des interventions de télésanté sur les aidants et les membres de la famille. L'examen actuel a passé en revue des études portant sur six principales catégories d'interventions de télésanté : éducation, consultation, thérapie comportementale cognitive et psychosociale, soutien social, systèmes de collecte de données et de surveillance, et prestation des soins cliniques.</p> <p>La majorité des études visées par la revue indiquait une amélioration des résultats liés aux aidants à la suite des interventions technologiques. Ces résultats comprenaient une amélioration de la santé psychologique, de la satisfaction vis-à-vis de la télésanté, du soutien social, de la capacité de faire face à la maladie, de la communication, des économies de coût, de la santé physique et de la productivité. Alors qu'une minorité (5 %) des études indique que les aidants utilisant les interventions de télésanté n'avaient pas constaté d'amélioration significative par rapport aux soins prodigués en personne, les effets des deux types de soins étaient similaires.</p> <p>Cette revue portait sur des études qui ont déterminé un effet positif des interventions technologiques pour les aidants et les membres de la famille.</p>		McMaster Health Forum)		des patients plus âgés)	
	Examiner les éléments probants liés à l'utilisation de plans de soins prodigués aux survivants pour les survivants du cancer (92)	<p>Cet article s'est penché sur 10 études visant à examiner les éléments probants liés à l'utilisation de plans de soins prodigués aux survivants pour les survivants du cancer.</p> <p>Les plans de soins prodigués aux survivants ont été recommandés par l'Institute of Medicine en 2006 afin de prendre en compte les nombreux enjeux auxquels sont confrontés les survivants du cancer, y compris les effets tardifs des traitements, les enjeux émotionnels à long terme et la récurrence tumorale. L'examen actuel s'est intéressé</p>	2013	5/10 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	2/10	0/10	10/10

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>aux effets des plans de soins prodigués aux survivants sur la qualité de vie liée à la santé, la détresse, la satisfaction des survivants vis-à-vis du plan de soins, la compréhension de l'information liée au plan de soins prodigués aux survivants, la satisfaction vis-à-vis des soins, la réalisation des dépistages recommandés et la faisabilité.</p> <p>Aucune différence majeure n'a été observée en ce qui concerne la qualité de vie liée à la santé; cependant, une étude a déterminé que l'utilisation de plans de soins prodigués aux survivants dans le cadre d'un ensemble de soins de suivi a permis de mieux répondre aux besoins des patients. Certains éléments probants ont suggéré que les plans de soins prodigués aux survivants pouvaient réduire la détresse parmi les survivants du cancer, tandis que d'autres ont avancé qu'ils pouvaient augmenter la détresse en raison des préoccupations croissantes à propos de la santé et des pensées négatives que peut introduire la lecture du plan de soins. La satisfaction des survivants vis-à-vis des plans de soin était très élevée dans toutes les études, et les plans de soins prodigués aux survivants étaient également bien vus. Les études ont démontré que les survivants avaient une bonne compréhension des plans de soins prodigués aux survivants. Les éléments probants laissent à penser que la satisfaction des patients vis-à-vis des soins médicaux ne varie pas beaucoup en l'absence ou non de plans de soins prodigués aux survivants. Le recours à ces plans de soins prodigués aux survivants peut promouvoir le suivi des dépistages recommandés. Bien que les plans de soins prodigués aux survivants soient faisables, ils exigent beaucoup de ressources et nécessitent des heures de mise au point, ce qui a un coût pour les ressources en matière de santé.</p> <p>Les avantages peu clairs des plans de soins prodigués aux survivants qui se dégagent de cette revue peuvent être liés à d'autres facteurs qui empêchent de repérer ces avantages. Les commentaires des patients à propos des plans de soins prodigués aux survivants étaient extrêmement positifs, et les survivants trouvaient que l'information fournie était utile. Le fait que certaines études mettent en avant le sentiment de détresse potentiel qui peut être lié aux plans de soins prodigués aux survivants semble indiquer que ces plans peuvent mieux convenir à certains patients plus qu'à d'autres.</p>					

McMaster Health Forum

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		À l'avenir, il est nécessaire de disposer de plus de données à long terme qui mettent en avant les effets des plans de soins prodigués aux survivants afin de déterminer les avantages potentiels de ces plans pour les survivants.					
	Collecter et examiner les éléments probants portant sur l'efficacité des programmes d'intervenants pivots pour les adultes suivants des traitements pour un cancer (91)	<p>Cette revue s'est intéressée à quatre études visant à collecter et examiner les éléments probants portant sur l'efficacité des programmes d'intervenants pivots pour les adultes suivants des traitements pour un cancer.</p> <p>À la lecture des récents développements en ce qui a trait au traitement médical, les patients reçoivent des soins prodigués par différents services et spécialistes au sein du système de santé. À cet égard, on constate un besoin croissant de coordination des soins afin d'améliorer la qualité de vie des patients et les soins qu'ils reçoivent. Des programmes d'intervenants pivots ont été lancés dans le contexte des soins de santé, les infirmières jouant le rôle d'intervenants pivots éventuels. Cependant, la revue a déterminé qu'il fallait s'intéresser à l'efficacité de ces programmes. Cette revue s'est concentrée sur l'effet des programmes d'intervenants pivots sur les mesures de la qualité de vie, la satisfaction des patients et les résultats du début du traitement.</p> <p>Les études sélectionnées dans le cadre de cette revue n'ont indiqué aucune différence significative en ce qui concerne la qualité de vie des patients qui bénéficiaient d'un programme d'intervenants pivots, comparativement à ceux qui n'en avaient pas. Cependant, la satisfaction des patients était significativement plus élevée pour les patients qui participaient à un programme d'intervenants pivots. Aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne le niveau de détresse des patients.</p> <p>Étant donné les améliorations apportées au niveau de satisfaction des patients après leur participation à un programme d'intervenants pivots, cette revue suggère de mettre en œuvre ces programmes dans le cadre des soins de courte durée. D'autres recherches doivent être menées afin d'évaluer l'efficacité de ces programmes.</p>	2013	8/10 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)			4/4

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	Évaluer l'efficacité des programmes d'intervenants pivots sur les résultats en matière d'utilisation des soins de santé (88)	<p>Cette revue s'est intéressée à 25 études visant à évaluer l'efficacité des programmes d'intervenants pivots sur les résultats en matière d'utilisation des soins de santé.</p> <p>Les programmes d'intervenants pivots permettent d'éliminer les obstacles aux soins et d'améliorer la survie des patients; cependant, les éléments probants demeurent contradictoires en ce qui a trait à leur efficacité. Cette revue vise à évaluer l'efficacité des programmes d'intervenants pivots sur les mesures des résultats en matière d'utilisation des soins de santé comme les taux de dépistage, la participation aux activités de soins, le respect du traitement de suivi et la participation à un rendez-vous lié à la résolution de diagnostic.</p> <p>On a déterminé que les programmes d'intervenants pivots permettaient d'améliorer la probabilité qu'un patient participe à un dépistage. La majorité des études contenues dans cette revue s'intéressait au dépistage du cancer, ce qui indique que les programmes d'intervenants pivots étaient utiles pour la réalisation de tests Pap, de mammographies, de colonoscopies et d'endoscopies.</p> <p>Les programmes d'intervenants pivots étaient également efficaces pour promouvoir la participation aux activités de soins, par exemple une réadaptation cardiologique après un problème cardiaque. Les patients étaient près de trois fois plus susceptibles de participer à ces activités s'ils faisaient partie d'un programme d'intervenants pivots.</p> <p>Les effets des programmes d'intervenants pivots sur le respect du traitement de suivi et la réalisation d'un rendez-vous de résolution de diagnostic faisaient état du potentiel prometteur de cette intervention.</p> <p>La majorité des participants à ces études étaient issus de minorités ethniques; les programmes d'intervenants pivots avaient été lancés à titre d'intervention destinée aux populations minoritaires marginalisées; il s'agit d'un mécanisme efficace pour éliminer les obstacles aux soins. La majorité des participants à ces études étaient</p>	2015	9/11 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	1/25	25/25	24/25

McMaster Health Forum

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		des femmes; les futures recherches devraient porter sur les effets des programmes d'intervenants pivots pour les hommes.					
	Évaluer le rôle des intervenants pivots qui soutiennent les adultes plus âgés souffrant de maladie chronique lors des transitions liées aux soins de santé (89)	<p>Cette revue s'est intéressée à 15 articles visant à évaluer le rôle des intervenants pivots qui soutiennent les adultes plus âgés souffrant de maladie chronique lors des transitions liées aux soins de santé. Les transitions sont particulièrement difficiles pour les personnes plus âgées, et tout épisode médical implique généralement de nombreuses interactions avec le système de santé en raison des multiples facteurs de comorbidité que présentent souvent ces patients.</p> <p>Les mesures des résultats des programmes d'intervenants pivots peuvent être regroupées dans trois principales catégories : avantages économiques, bienfaits psychosociaux et avantages en matière de qualité de vie. Parmi les neuf programmes d'intervenants pivots mis en avant dans cette revue, cinq ont présenté des résultats économiques positifs. Cela peut être dû au taux de réhospitalisation plus faible et aux séjours plus courts au sein du groupe des participants aux programmes. Deux études ont indiqué un niveau de satisfaction plus élevé des patients après leur participation au programme. Enfin, cinq des études incluses ont mis en avant une qualité de vie et une capacité fonctionnelle améliorées des patients. Le fait de mettre l'accent sur la période des soins en phase post aiguë a peut-être amélioré la transition des patients plus âgés vers la reprise de leur vie quotidienne, ce qui a contribué à améliorer leur qualité de vie générale.</p> <p>Les résultats de cette revue indiquent que des soins spéciaux doivent être prodigués aux adultes plus âgés au sein du système de santé afin de répondre à leurs besoins à mesure que leur santé décline. Cette revue a présenté des résultats contradictoires en ce qui a trait à l'efficacité des programmes d'intervenants pivots; bien que l'on ait signalé une amélioration de la satisfaction des patients et de leur qualité de vie, certaines études ont mis en avant l'absence d'effets, et une étude a même signalé une augmentation du recours aux services de santé d'urgence pour ces patients. Cependant, les résultats positifs prometteurs indiquent que les programmes d'intervenants pivots pourraient permettre de sortir les patients plus</p>	2011	5/10 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	2/9	15/15	0/15

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		âgés des niveaux de soins plus élevés, et ainsi améliorer leur qualité de vie. Des futures recherches doivent être menées afin d'envisager le rôle des intervenants pivots, ainsi que les effets économiques et systémiques.					
	Déterminer de quelle manière les interventions de suivi du cancer du sein dirigées par des infirmières ont été évaluées, en s'intéressant particulièrement aux résultats pour les patients et au rapport coût-efficacité (90)	<p>Cette revue s'est intéressée à 13 articles visant à déterminer de quelle manière les interventions de suivi du cancer du sein dirigées par des infirmières ont été évaluées, en s'intéressant particulièrement aux résultats pour les patients et au rapport coût-efficacité.</p> <p>Les infirmières chargées des soins des seins jouent un rôle clé pour les femmes atteintes d'un cancer du sein. Les infirmières chargées des soins des seins offrent des soins de soutien permettant d'améliorer la vie des patientes atteintes d'un cancer, et de répondre à leurs besoins physiques, psychologiques et sociaux. À mesure que les taux de survie augmentent, les activités de suivi du cancer du sein dirigées par des infirmières sont devenues la norme, plutôt que les cliniques de jour traditionnelles. Cette revue s'est intéressée à la manière selon laquelle les interventions dirigées par des infirmières avaient été évaluées, en se concentrant sur les résultats liés aux patients, comme la qualité de vie, le soutien psychosocial et le rapport coût-efficacité.</p> <p>Les études comprises dans cette revue ont déterminé que les interventions dirigées par des infirmières concernant le soin des seins à l'étape de suivi après un cancer du sein avaient contribué positivement à la qualité de vie des patients. Des améliorations significatives des symptômes tels que la constipation, la nausée et la douleur ont également été observées chez les patients ayant subi cette intervention. Les patients ayant participé aux soins réalisés par des infirmières présentaient des niveaux d'anxiété similaires à ceux des participants n'y participant pas; cependant, les programmes dirigés par des infirmières offraient des niveaux de satisfaction plus élevés que les soins offerts dans des cliniques.</p> <p>En ce qui concerne les résultats en matière de soutien psychosocial, aucune différence significative n'a été observée en ce qui concerne les sautes d'humeur, les inquiétudes liées au cancer ou les</p>	2013	6/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	1/13	0/13	13/13

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>symptômes de détresse entre le groupe participant et le groupe de contrôle. Cependant, les patients participant aux études de suivi dirigées par des infirmières ont dit percevoir davantage de bienfaits et se sentir moins anxieux à propos des problèmes liés à la maladie.</p> <p>Les patients qui participaient aux interventions dirigées par des infirmières ont indiqué avoir moins de problèmes financiers, et les visites de suivi par téléphone ont permis de réduire les coûts. Cependant, les interventions par téléphone devraient être associées à des programmes éducatifs de groupe afin d'obtenir une amélioration de la qualité de vie des patients tout en trouvant un rapport coût-efficacité équilibré.</p> <p>Cette revue a mis en avant des résultats prometteurs concernant l'efficacité des soins de suivi du cancer du sein prodigués par des infirmières. Ces interventions ont permis d'assurer la continuité des soins et du soutien psychosocial; cependant, les futures recherches devraient porter sur la survie, la récurrence, le bien-être des patients et le rapport coût-efficacité; puisqu'aucune conclusion définitive sur ces résultats ne peut être formulée à partir de cette revue.</p>					

Annexe 2 : Revues systématiques relatives à l'élément 2 – Harmoniser les modalités de financement et de rémunération afin de mieux soutenir les patients atteints d'un cancer au cours de leur transition de l'étape du traitement du cancer à l'étape de survie au sein de la collectivité

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
Financer les organisations de soins primaires et de soins communautaires qui offrent des services pour soutenir les survivants et les membres en transition après le traitement du cancer	Expériences et perceptions des dirigeants en ce qui a trait à la mise en œuvre des modèles de financement en fonction des activités et de rémunération au rendement dans les hôpitaux (94)	<p>L'ensemble des études incluses portait sur les expériences des dirigeants ce qui a trait à la mise en œuvre des mesures incitatives organisationnelles, mais aucune étude ne décrivait clairement de quelle manière les modèles de financement étaient mis en œuvre.</p> <p>Cinq thèmes ont été déterminés en fonction des expériences des dirigeants : 1) éléments préalables au succès; 2) avantages perçus; 3) obstacles/défis; 4) conséquences imprévues; 5) recommandations des dirigeants.</p> <p>Les éléments préalables nécessaires au succès comprenaient : un engagement organisationnel et un soutien complet vis-à-vis du modèle de financement choisi; l'infrastructure requise pour appuyer les personnes et les activités nécessaires pour mesurer avec précision la qualité dans le cadre des modèles de rémunération au rendement; la technologie de l'information et les systèmes d'appui à la prise de décisions afin de produire, suivre et agréger des données de haute qualité, accessibles, disponibles en temps opportun et pertinentes du point de vue clinique; des dirigeants engagés qui appuient le modèle de financement et reconnaissent les avantages qui peuvent être obtenus; la participation des dirigeants médecins afin d'appuyer une collecte précise des données et agir à titre de champions.</p> <p>Les avantages perçus du financement en fonction de l'activité suivants étaient associés aux modèles de rémunération au rendement : productivité et efficacité améliorées; capacité à redistribuer les fonds; soutien pour valoriser davantage l'évaluation; responsabilité et planification des congés; exactitude des données améliorée; collaboration et communication améliorées. Les modèles de rémunération au rendement étaient associés à une meilleure transparence organisationnelle et à une qualité améliorée.</p> <p>Les obstacles à la mise en œuvre comprenaient le manque de ressources (p. ex., les ressources humaines limitées étant donné la charge de travail supplémentaire des professionnels), la collecte des données (p. ex., les difficultés liées à la collecte de données précises et le manque d'expérience du personnel à cet égard), et les facteurs d'engagement (p. ex., le</p>	2013	8/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	0/14	1/14	0/14

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>scepticisme ou les doutes des dirigeants à propos du modèle de financement).</p> <p>Parmi les conséquences imprévues, on trouve : comportement opportuniste, choix de patients trop sélectif (choix de patients dont les affections sont moins complexes et qui coûtent moins chers à traiter, ce qui peut entraîner l'exclusion des patients plus vulnérables), déclaration et évaluation inexacte des résultats en matière de qualité.</p> <p>Les recommandations des dirigeants comprenaient la nécessité de disposer d'un soutien en ce qui concerne le changement de modèle de financement de la part de plusieurs dirigeants au sein de l'organisation (y compris les administrateurs, les professionnels de la santé et le personnel) dès le début de la transition afin de permettre un engagement intégral pendant toute la durée du processus de mise en œuvre. Les recommandations visant à appuyer l'amélioration de la qualité au niveau du programme ou de l'unité comprenaient la mise à disposition de ressources éducatives pour les hôpitaux et les programmes de formation, l'intensification de la collaboration et de la coopération avec les autres unités et groupes ou comités de projets, l'amélioration de la communication interprofessionnelle et des interactions, et le partage du personnel, des protocoles et des outils en matière de collecte des données.</p>					
	Efficacité du modèle de rémunération au rendement en ce qui concerne l'efficacité clinique, l'accès et l'équité, la coordination et la continuité, les régimes de soins axés sur les patients et le rapport coût-efficacité(98)	<p>De manière congruente avec les éléments probants précédemment mis en lumière en ce qui concerne le modèle de rémunération au rendement dans le contexte des soins primaires ou de courte durée, la revue a avancé que les résultats liés à l'efficacité clinique de 47 études ont fait état d'une amélioration générale de 5 % de l'efficacité clinique. Bien que des effets positifs aient été signalés en ce qui concerne le diabète, l'asthme et l'arrêt du tabac, le modèle semble le plus souvent ne pas avoir de répercussions sur les soins de courte durée. L'impact sur les mesures non incitatives de la qualité variait grandement. Une étude évoquait également un effet positif indirect potentiel.</p> <p>Vingt-huit études avançaient que le modèle de rémunération au rendement n'avait pas d'effets néfastes sur les patients appartenant à certains groupes d'âge, groupes ethniques, ou présentant certains facteurs de comorbidité ou statuts socioéconomiques. Les études avant-après sans groupes de contrôle</p>	2009	7/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	2/128	0/128	0/128

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>ont déterminé des effets positifs en ce qui concerne la coordination des soins, bien qu'une étude de séries temporelles ne suggère aucun effet, ainsi qu'un effet indirect potentiel néfaste. En ce qui concerne les régimes de soins axés sur les patients, deux études ont déterminé aucun effet (peut-être en raison d'un effet de plafonnement), tandis qu'une autre étude a relevé des effets positifs. Le rapport coût-efficacité du modèle de rémunération au rendement a été confirmé dans quatre études, bien que les résultats concernant les avantages pour la santé semblaient contradictoires.</p> <p>Les résultats laissaient à penser que les récompenses financières purement positives généraient davantage d'effets positifs que les mesures incitatives axées sur la concurrence, avec des gagnants et des perdants. Les récompenses à plafond fixe et à échelle continue visant à atteindre des résultats cibles ou des améliorations ont été jugées efficaces dans certaines études, ou comme n'ayant pas d'effets ou des effets mitigés dans d'autres études. En général, les effets positifs sont nettement plus importants en ce qui concerne les personnes à faible rendement au départ, et qui disposent d'une large marge de manœuvre pour l'amélioration, par rapport à celles présentant un rendement élevé dès le début. Les programmes destinés aux professionnels individuels ou aux équipes étaient généralement associés à des résultats positifs; les programmes à l'échelle des hôpitaux présentaient des effets positifs dans l'ensemble plus réduits. Alors que l'on a rarement utilisé une combinaison de mesures incitatives au sein de différentes unités cibles, deux études ont présenté des résultats positifs à cet égard.</p> <p>Conformément aux résultats de cette revue, les futurs programmes de rémunération au rendement devraient définir des objectifs en fonction des améliorations possibles par rapport au niveau de référence, utiliser des processus et des indicateurs de résultats intermédiaires comme mesures cibles, mobiliser les intervenants et leur communiquer directement l'information, se concentrer sur l'amélioration de la qualité et l'atteinte du niveau voulu, et cibler des personnes et des équipes.</p>					
	Examiner l'effet du financement en fonction des activités des hôpitaux sur la	Cette revue portait sur l'évaluation des effets du financement axé sur les activités sur les taux de mortalité, les vitesses de congé après une hospitalisation, la gravité des maladies et le volume des soins.	2012	10/11 (cote AMSTAR du McMaster	0/65	0/65	0/65

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	mortalité, la gravité des maladies et le volume des soins (97)	<p>La revue a déterminé des différences robustes et significatives entre le financement axé sur les activités et un autre type de financement en ce qui concerne les congés pour des soins en phase post-aiguë; on note une hausse de 24 % dans le cas du financement en fonction des activités. Les résultats suggèrent également une possible hausse des réadmissions avec le financement axé sur les activités, ainsi qu'une apparente augmentation de la gravité des maladies (ce point reflète peut-être les différences en ce qui a trait au codage des diagnostics). Bien que la revue n'a pas permis de démontrer des différences systématiques uniformes en ce qui a trait aux taux de mortalité et au volume des soins, les résultats variaient grandement selon les études; certaines études mettaient en avant des avantages du financement axé sur les activités, tandis que d'autres études laissaient entendre des conséquences néfastes.</p> <p>À titre de conclusion, la revue précisait que les éléments probants disponibles ne semblaient pas faire état d'un effet continu du financement axé sur les activités en ce qui concerne la mortalité, à la fois pour les soins de courte durée ou en phase post-aiguë. Le résultat le plus notable correspondait à une importante augmentation des admissions pour les soins en phase post-aiguë après une hospitalisation; cependant, ces résultats étaient limités aux États-Unis.</p>		Health Forum)			
	Examiner l'effet des paiements globaux sur les dépenses en matière de soins de santé et sur la qualité de ces derniers (96)	<p>La revue comprenait 58 études qui se sont intéressées à 20 interventions différentes en matière de paiements globaux. Les paiements globaux correspondent au versement de paiements aux professionnels de soins de santé qui s'appuient sur les coûts prévus prédéterminés d'un ensemble de services de soins de santé connexes. Les interventions en matière de paiements globaux peuvent permettre de cumuler les coûts au fil du temps pour un seul professionnel ou pour plusieurs professionnels, et elles apportent des garanties dans les cas où les coûts des complications sont cumulés en un seul paiement. Les paiements globaux peuvent créer des mesures incitatives financières destinées aux professionnels et visant à réduire le nombre et le coût des services compris dans le paiement global.</p> <p>La revue a déterminé que la transition d'un remboursement en fonction des coûts ou selon la rémunération à l'acte à un paiement global permettait de réduire les dépenses de 10 % ou moins dans l'ensemble. De plus, les paiements globaux étaient associés à une baisse de l'utilisation des services</p>	2011	10/11 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	2/58	3/58	0/58

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>inclus dans le paiement global, ce qui se traduit par des diminutions de la durée des séjours à l'hôpital ou de l'utilisation de services spécifiques. La plupart de ces baisses étaient comprises entre 5 % et 15 %. Les résultats concernant l'effet des paiements globaux sur les mesures de la qualité étaient hétérogènes et contradictoires.</p> <p>Seules quelques études comprenaient des analyses des effets différentiels en fonction des facteurs contextuels clés. Des éléments probants de faible qualité indiquaient que les professionnels à but lucratif étaient confrontés dans l'ensemble à des baisses plus importantes de l'utilisation des services dans le cas des paiements globaux par rapport aux professionnels à but non lucratif. De plus, les professionnels confrontés à une pression financière plus intense présentaient des réductions plus importantes du recours aux services. Aucune étude ne comprenait des analyses des effets différentiels en fonction des facteurs de conception clés.</p>					
	Examiner la valeur de l'ajout d'information sur le fonctionnement aux systèmes de financement en fonction des cas en ce qui a trait à la prévision de l'utilisation des ressources mesurée à l'aide des coûts et de la durée des séjours (95)	<p>Cette revue s'intéresse à la valeur de l'ajout d'information sur le fonctionnement aux systèmes de financement en fonction des cas en ce qui a trait à la prévision de l'utilisation des ressources mesurée à l'aide des coûts et de la durée des séjours des patients.</p> <p>Quatre études portaient sur la valeur de l'ajout d'information sur le fonctionnement aux systèmes de financement en fonction des cas en utilisant les coûts comme paramètre secondaire. Trois de ces études s'intéressaient aux systèmes de financement en fonction des cas des groupes liés aux diagnostics dans un contexte hospitalier. Un nombre inconnu de ces études précise que les patients plus âgés sont davantage dépendants des activités de la vie quotidienne, et que cela est associé de manière significative à des coûts plus élevés d'hospitalisation, même après l'ajustement des coûts des groupes liés aux diagnostics et des autres caractéristiques des patients.</p> <p>Cinq études portaient sur les effets de l'ajout d'information sur le fonctionnement aux systèmes de financement en fonction des cas en ce qui a trait à la durée du séjour des patients. Ces études suggèrent que l'ajout d'information fonctionnelle aux systèmes de financement en fonction des cas des groupes liés aux diagnostics dans le cadre des soins hospitaliers de</p>	2014	3/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	0/10	7/10	0/10

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>courte durée a permis d'augmenter la variance expliquée de la durée des séjours des personnes âgées qui est passée de 8 % à 28 %.</p> <p>Dans l'ensemble, la revue a fourni des éléments probants selon lesquels l'information sur le fonctionnement joue un rôle important dans la détermination des besoins des patients en matière de soins de santé et d'utilisation des ressources. L'ajout d'information sur le fonctionnement aux systèmes de financement en fonction des cas permet de consolider le pouvoir prédictif de ces systèmes, ainsi que la variance expliquée en ce qui a trait aux coûts et à la durée des séjours.</p>					
	Efficacité des ententes financières pour les systèmes de santé dans les pays à faible revenu (112)	<p>La revue s'est intéressée à 15 revues systématiques des éléments probants portant sur les effets des ententes financières pour les systèmes de santé des pays à faible revenu. Cette revue a évalué plusieurs effets, y compris les différents effets liés aux méthodes de collecte de fonds, aux types de régimes d'assurance, aux méthodes de paiement pour les services et aux types de mesures financières incitatives destinées aux personnes soignées et au personnel de santé.</p> <p>Les effets des changements apportés aux frais d'utilisation sur l'utilisation et l'équité des systèmes de soins de santé sont envisagés dans deux revues; ces effets sont incertains. La revue a également déterminé qu'il était peu évident que l'aide offerte dans le cadre des principes de Paris ait permis d'améliorer les résultats en matière de santé.</p> <p>Une revue systématique s'est intéressée aux effets des différents types de régimes d'assurance sur les systèmes de santé. Cette revue est arrivée à la conclusion que les régimes d'assurance qui s'appuient sur la communauté permettaient d'augmenter l'utilisation des services. Cependant, les éléments probants sont incertains et les effets de cette utilisation sur la santé sont peu clairs. Par ailleurs, il n'a pas été déterminé de manière probante que le régime d'assurance santé social avait une incidence sur l'utilisation des services.</p> <p>Une revue s'est intéressée aux effets des différents moyens de payer les services de santé. Cette revue a déterminé que l'augmentation des salaires des travailleurs en santé publique avait des effets incertains sur la quantité et la qualité de leur travail.</p>	2016	10/11	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>Six revues systématiques se sont intéressées aux effets des différents types de mesures incitatives financières sur les bénéficiaires des soins. Ces revues ont déterminé que les mesures incitatives pouvaient améliorer l'observance des traitements, bien que les effets sur la santé demeurent incertains. Les mesures incitatives uniques ont sans doute pour effet d'augmenter la probabilité que les patients débutent un traitement ou le reprennent. Ces mesures incitatives peuvent encourager les patients à revenir pour obtenir leurs résultats au test de tuberculose. Les versements d'espèces ou les bons conditionnels entraînent probablement une utilisation plus importante des services par les patients, mais ce recours accru a des effets contradictoires sur la santé. Ces revues ont déterminé que le fait de combiner les modèles de financement avec plafond ou de coassurance donnait lieu à une hausse du recours aux services de santé et une baisse de l'utilisation de médicaments. Enfin, ces revues ont mis en avant le fait que de limiter le montant remboursé par les assureurs pour différents médicaments avait des effets contradictoires sur les dépenses engagées par les patients et les assureurs, et également sur l'utilisation de médicaments de marque et génériques.</p> <p>Cinq revues systématiques se sont intéressées aux effets des différents types de mesures incitatives financières sur les travailleurs de la santé. En ce qui concerne le rendement des travailleurs et la qualité des soins prodigués, les effets des mesures incitatives financières semblent incertains. Des recherches supplémentaires sont requises pour clarifier les effets des mesures incitatives concernant le fait d'inciter des travailleurs à se rendre dans les régions éloignées.</p> <p>Des recherches supplémentaires sont également requises pour évaluer tous les résultats des modalités financières dans le contexte des services de santé offerts aux personnes à faible revenu. Il existe des lacunes dans les recherches en raison de l'incertitude et des résultats peu concluants.</p>					
Rémunérer les professionnels qui offrent des services pour soutenir les	Mesures incitatives visant à améliorer les résultats des ressources	Trente-trois revues résumant l'efficacité des mesures incitatives pour améliorer les ressources humaines dans le domaine des soins de santé (p. ex., satisfaction vis-à-vis du travail, taux de roulement du personnel, recrutement, maintien en poste) ont été repérés; parmi ce nombre, 13 revues répondant aux critères de qualité ont été inclus. Des éléments	2012	Aucun outil d'évaluation disponible	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
patients et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer	humaines en ce qui concerne les soins de santé (103)	<p>probants contradictoires ont été constatés concernant l'utilisation de mesures incitatives financières : bien qu'elles puissent avoir un effet positif sur la satisfaction vis-à-vis de l'emploi et le recrutement de professionnels de soins de santé, on a noté un manque d'éléments probants en ce qui a trait au maintien en poste. Selon les études, les salaires plus élevés avaient un effet sur la satisfaction vis-à-vis de l'emploi, l'aide au recrutement et le maintien en poste initial; l'incidence sur le maintien en poste déclinait cependant après cinq ans. On a déterminé que les compensations financières ne constituaient pas nécessairement la stratégie la plus payante pour maintenir les infirmières à leur poste, par rapport à d'autres facteurs tels qu'un milieu de travail positif. Bien qu'il existe un manque relatif d'éléments probants étayant le fait que les mesures incitatives financières sont importantes pour les étudiants en médecine et le maintien en poste des médecins dans les régions rurales et éloignées, des résultats laissent à penser que les compensations financières, les modèles de bourses, les avantages concédés et les remboursements de prêts sont liés au recrutement des professionnels de soins de santé dans ces régions.</p> <p>La revue a déterminé que les compensations directes sous la forme de salaires, les versements indirects par le biais d'avantages sociaux, et les mesures incitatives financières en général étaient bien souvent les premières mesures incitatives envisagées; l'augmentation des salaires et les compensations indirectes demeurent populaires, bien que leur efficacité sur les principaux résultats semble peu évidente. Des résultats contradictoires ont été signalés en ce qui concerne l'efficacité des mesures incitatives non financières et celle des mesures mettant en avant l'équilibre travail-famille (p. ex., les services de garde d'enfants). On a constaté des effets positifs des stratégies telles que celles qui visent à offrir des possibilités de collaborations sur la satisfaction vis-à-vis de l'emploi et le maintien en poste du personnel. Bien que les mesures telles que le soutien en matière de garde d'enfants, les activités sociales, le soutien familial et l'aménagement des heures de travail ont été jugées efficaces, elles ne sont pas toujours clairement définies dans les revues incluses. En fonction des résultats de la revue, les auteurs ont suggéré qu'une stratégie combinant des mesures incitatives financières et non financières (p. ex., des milieux de travail de grande qualité, des possibilités de perfectionnement professionnel) pourrait être plus efficace que des mesures incitatives financières seulement pour obtenir des améliorations des résultats en matière de ressources humaines.</p>		pour ce type de document			

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	Examiner l'effet des mesures incitatives financières sur le comportement des professionnels de la santé et les résultats pour les patients (105)	Dans l'ensemble, les chercheurs ont conclu que le fait d'offrir une rémunération pour chaque service, pour la prestation de soins pour un patient ou une population en particulier et pour offrir un niveau prédéfini de soins, ou pour modifier une activité ou la qualité des soins était généralement efficace. Les interventions mixtes et les autres interventions ont donné des résultats contradictoires, et la rémunération liée au fait de travailler pendant certaines périodes précises a été jugée en général inefficace. On a déterminé que les mesures incitatives financières étaient efficaces pour améliorer les processus de soins, les aiguillages et les admissions, ainsi que les coûts liés aux ordonnances. Ces mesures ont présenté des résultats contradictoires en ce qui concerne les taux de consultation ou de visite, et on les a jugé inefficaces dans l'ensemble pour promouvoir le respect des lignes directrices. Cependant, ces résultats doivent être pris en compte avec prudence en raison de la qualité faible à modérée des éléments probants des études composant chaque revue.	2010	Aucun outil d'évaluation disponible pour ce type de document	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)
	Efficacité des modèles de rémunération au rendement concernant les professionnels de soins de santé individuels pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et les résultats liés aux patients (118)	<p>Les études non contrôlées qui composent cette revue ont indiqué que le modèle de rémunération au rendement permettait d'améliorer la qualité des soins, bien que des études de meilleure qualité n'aient pas déterminé de résultats similaires. Des études de séries temporelles interrompues ont mis en avant les effets contradictoires d'un tel modèle; deux études indiquaient ne pas déceler d'amélioration des résultats cliniques ou des soins; une étude mettait en lumière des améliorations significatives initiales en ce qui concerne le respect des lignes directrices, mais ces améliorations devenaient minimales au fil du temps; deux autres études ont indiqué des améliorations significatives du point de vue statistique du contrôle de l'hypertension artérielle, ainsi qu'une baisse du contrôle de l'hémoglobine A1C.</p> <p>En ce qui concerne les soins préventifs, deux essais contrôlés randomisés mis en avant par les auteurs ont indiqué des effets significatifs, mais faibles, sur les taux de vaccination, tandis que deux autres études ne mentionnaient aucun effet sur les mammographies et les combinaisons tests Pap-mammographies. D'autres études ont présenté des résultats contradictoires avec des effets significatifs sur un résultat et aucun effet sur l'autre. En ce qui concerne les soins de longue durée et les conditions chroniques, un essai contrôlé randomisé bien noté a révélé aucune différence entre les groupes de traitement et de contrôle en ce qui a trait à la proportion de patients non-fumeurs. De plus, une étude de séries temporelles interrompue</p>	2012	9/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	1/30	0/30	0/30

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		a mis en avant aucun résultat étayant une augmentation plus rapide des notes en matière de qualité pour les indicateurs accompagnés de mesures incitatives (asthme, diabète, hypertension, coronaropathie) par rapport à la situation avant la mise en œuvre de la rémunération au rendement; aucune amélioration n'a été constatée pour les indicateurs non accompagnés de mesures incitatives. Bien que les modèles de rémunération au rendement puissent être utiles pour repérer les éléments des soins qui sont valorisés au sein d'une organisation de soins de santé donnée, les éléments probants dont on dispose actuellement à propos des médecins de famille individuels sont insuffisants pour justifier leur adoption; par ailleurs, l'efficacité sur la qualité des soins et les résultats liés aux patients demeure incertaine.					
	Interventions visant à favoriser le maintien en poste des infirmières dans les régions rurales et éloignées (106)	<p>Cinq revues systématiques ont été recensés. En ce qui concerne les mesures incitatives financières, une revue reprenant 43 études empiriques concernant les infirmières et les médecins a mis en évidence cinq types de programmes traitant de la reprise des services : les services nécessitant des bourses d'études; les prêts étudiants associés à des obligations de service; les prêts étudiants assortis d'une option de service; les programmes de remboursement des prêts; les mesures incitatives financières directes. Alors que la revue a mis en évidence des éléments probants substantiels à propos des mesures incitatives visant la reprise du service, comme une intervention de politique en matière de santé ayant pour objectif d'attirer des ressources humaines dans les zones mal desservies, on a constaté des éléments probants limités en ce qui concerne le maintien en poste dans les régions rurales. Les programmes de mesures incitatives financières permettaient de placer un nombre conséquent de travailleurs de la santé en poste dans des régions mal desservies, et les participants étaient davantage en mesure de demeurer en poste plus longtemps dans les régions mal desservies que les non-participants; cependant, ils ne restaient pas dans leur lieu d'assignation d'origine.</p> <p>Une deuxième revue systématique portant sur l'efficacité des différentes stratégies de maintien en poste a recensé 14 articles pertinents (un portant sur le maintien en poste des infirmières, 11 sur les professionnels de la santé, et en particulier les médecins, et un sur les psychiatres. Tandis que les mesures incitatives financières représentaient la stratégie la plus fréquemment citée, la revue considérait leur efficacité comme limitée, et les résultats indiquaient qu'elles étaient plus efficaces pour améliorer le</p>	2012	Aucun outil d'évaluation disponible pour ce type de document	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)	s. o. (inclus des revues, et non des études primaires)

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>recrutement et le maintien en poste à court terme que pour favoriser le maintien en poste à long terme dans des régions mal desservies. Certains éléments probants laissent à penser que les stratégies comprenant certaines formes d'obligation (p. ex., des conditions de visa limitant le domaine d'exercice ou le remboursement de prêts) pourraient être efficaces pour maintenir les employés en poste à plus long terme. D'autres éléments probants ont indiqué que les mesures incitatives non financières (p. ex., proposer des conditions de travail et de logement de qualité) pourraient avoir des effets plus importants sur les décisions liées au maintien en poste.</p> <p>Dans l'ensemble, bien que les mesures incitatives financières constituaient les seules stratégies correctement évaluées, les éléments probants étayant leur efficacité en ce qui concerne le maintien en poste des infirmières à long terme étaient très limités; certains éléments indiquaient même leur manque d'efficacité. Les éléments probants à propos des mesures incitatives financières directes et indirectes (versements directs, bourses accompagnées d'une obligation de service, prêts d'études accompagnés d'une obligation de service, programme de remboursement des prêts) étaient considérés comme moyennement solides et indirects. En comparaison, l'efficacité des interventions éducatives et en matière de perfectionnement professionnel en continu (p. ex., recrutement et formation de personnes issues des régions rurales, admission ciblée des étudiants provenant de régions rurales) a été évaluée en fonction d'éléments probants indirects moyennement solides. Les interventions réglementaires (p. ex., possibilités supplémentaires de recrutement de fonctionnaires) ont été jugées comme présentant des éléments probants faibles et indirects, tandis que les interventions en matière de soutien personnel et professionnel (p. ex., amélioration de l'infrastructure rurale générale, supervision coopérative, et mesures visant à limiter le sentiment d'isolement des travailleurs de la santé) étaient accompagnées d'une combinaison d'éléments probants indirects modérément solides et d'éléments directs solides.</p>					
	Déterminer l'effet des politiques liées aux mesures incitatives financières	La proportion des dépenses totales des soins de santé consacrée aux médicaments ne cesse d'augmenter. Les mesures incitatives financières ont une incidence sur le comportement des prescripteurs par le biais d'ententes budgétaires, de récompenses financières pour l'atteinte d'objectifs ciblés et de taux réduit de remboursement des médicaments.	2011	10/10 (cote AMSTAR du McMaster)	0/18	0/18	0/18

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	destinées aux prescripteurs de médicaments en ce qui a trait à la consommation de médicaments, au recours aux soins de santé, aux résultats liés à la santé et aux coûts (101)	Dix-huit évaluations des politiques pharmaceutiques ont été analysées à propos de six pays à revenu élevé. Les budgets pharmaceutiques peuvent entraîner une réduction modérée (2,8 %) de la consommation de médicaments. L'effet des politiques liées aux mesures incitatives financières sur le coût des médicaments et le recours aux soins de santé est incertain en raison de la faible qualité des éléments probants.		Health Forum)			
	Évaluer l'effet des différentes méthodes de paiement sur le comportement clinique des médecins de famille (99)	<p>Cette revue s'est intéressée à quatre études portant sur les effets des différents modèles de paiement sur le comportement clinique des médecins de famille.</p> <p>Les principaux modèles de paiement évalués dans le cadre de cette revue sont les salaires (le paiement correspond au nombre d'heures de travail), la capitation (le paiement est versé pour chaque patient), la rémunération à l'acte (le paiement est versé en fonction du service fourni), ainsi que des modèles de paiement mixtes. Les modèles des salaires et de capitation sont prospectifs, à savoir que les médecins de famille sont au courant du montant du versement avant de fournir un service. La rémunération à l'acte représente un modèle rétrospectif de rémunération puisque les médecins de famille reçoivent un versement en fonction des services fournis aux patients. Les recherches ont indiqué que les différents modèles de paiement ont une incidence unique sur plusieurs facteurs en ce qui concerne la prestation des soins, en fonction des mesures incitatives qui accompagnent ces modèles de paiement. Par exemple, les salaires peuvent favoriser le contrôle des coûts, mais pas nécessairement améliorer la qualité des soins. Les modèles de capitation peuvent nécessiter de disposer d'une plus grande clientèle afin d'augmenter le revenu. Bien que cela puisse avoir pour effet de raccourcir la durée des consultations, cela peut également améliorer la qualité des soins puisque les médecins cherchent à attirer des patients dans leurs cabinets. De plus, l'analyse documentaire précise que les méthodes de rémunération à l'acte peuvent entraîner un traitement excessif des patients et nécessitent une plus grande quantité de travail administratif.</p>	1997	8/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	Pas détaillée	0/4	0/4

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>La revue avait pour objectif de s'intéresser à l'effet de différents modèles de paiement sur un grand nombre de facteurs, y compris la satisfaction des médecins de famille; le coût, la quantité et le type de soins fournis; l'équité des soins; la qualité générale des soins selon l'état de santé et la satisfaction des patients. Seulement quelques études correspondaient aux critères de recherche, ce qui indique qu'il peut y avoir des obstacles à la réalisation de ces expériences, par exemple des intérêts politiques ou des changements imprévus liés aux systèmes de paiement.</p> <p>Aucune des études sélectionnées ne s'est intéressée aux effets des systèmes de paiement sur la satisfaction vis-à-vis du travail des médecins de famille.</p> <p>Plusieurs résultats pertinents au sein des études mettaient en avant l'effet du modèle de paiement sur le coût et la quantité des services de soin. Plus particulièrement, cette revue visait à déterminer si le coût et la quantité des soins étaient plus faibles avec les systèmes de salaires et de capitation, et plus élevés avec les systèmes de rémunération à l'acte. Les éléments probants laissent à penser que la quantité des soins fournis par les médecins de famille est plus élevée dans le cas d'un système de rémunération à l'acte; un nombre plus important de consultations des patients au sein de ce groupe semble indiquer que les médecins utilisant le système de capitation limitent leurs services afin de réduire au minimum les coûts. Une étude a relevé que les patients recevaient moins de visites de leur médecin de famille dans le cadre du modèle de capitation; cependant, la validité de cette étude a été remise en question. Le fait de changer le modèle de paiement, d'un système de capitation à un système mixte de capitation et de rémunération à l'acte permet d'augmenter le nombre des services fournis par les médecins de famille. Par ailleurs, une étude a indiqué que ce changement de modèle pouvait entraîner une diminution des renouvellements d'ordonnances et des aiguillages vers des spécialistes; il s'agit de résultats surprenants, puisque ces comportements n'ont pas augmenté le revenu. Par conséquent, il est possible que les médecins de famille ne soient pas sensibles aux mesures incitatives financières, ou que ces mesures incitatives ne soient pas suffisamment significatives. Enfin, on a constaté que les systèmes mettant en œuvre une méthode de paiement par le biais de salaires causaient une diminution du nombre de visites de soins primaires par rapport aux modèles de rémunération à l'acte.</p>					

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>Cette revue visait à déterminer si les médecins de famille modifiaient la fréquence et le type des soins qu'ils fournissaient en fonction des mesures incitatives liées au modèle financier en place. On a émis l'hypothèse selon laquelle les médecins de famille rémunérés à l'acte offriraient davantage de services à faible coût, tandis que les médecins de famille soumis au système de capitation offriraient davantage de soins rentables, comme les mesures de prévention en matière de santé. Cependant, aucune des études sélectionnées n'avance d'éléments probants concluants à cet égard.</p> <p>Aucune des études incluses n'a porté sur les questions d'équité en ce qui a trait à l'accès aux services de santé pour les sous-groupes de la population.</p> <p>Aucune des études incluses ne s'est intéressée à l'effet d'un modèle de paiement en particulier sur la santé des patients. Bien que des éléments probants laissent à penser que la satisfaction des patients ne changeait pas en fonction des différents modèles de paiement, il est essentiel d'examiner l'état de santé avant de formuler des conclusions.</p> <p>En résumé, cette revue a présenté des éléments probants indiquant que les systèmes de paiement avaient une incidence sur les comportements des médecins de famille. Les études sélectionnées avancent que les modèles de rémunération à l'acte permettaient d'augmenter la quantité des services de soins primaires par rapport aux modèles de capitation et de salaires. Cependant, d'autres études sont requises pour formuler des conclusions. Les futures recherches devraient s'intéresser au suivi à plus long terme, à la normalisation et à l'uniformité des interventions et des résultats, et également inclure une gamme plus étendue de variables portant sur les résultats.</p>					
	Évaluer l'effet des méthodes de paiement sur le comportement des médecins de famille (100)	<p>La revue s'est intéressée à six études visant à évaluer l'effet des méthodes de paiement sur le comportement des médecins de famille.</p> <p>Les modèles de capitation, de salaires et de rémunération à l'acte constituent les principaux modes de paiement des médecins de famille. Chacun de ces modèles présente une mesure incitative différente. Les modèles de capitation prévoient un paiement pour chaque patient; les médecins salariés touchent un montant forfaitaire correspond à leurs heures</p>	1997	7/11 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	1/6	0/6	0/6

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>de travail; le modèle de rémunération à l'acte propose un versement pour chaque unité de soins fournie. Les modèles de rémunération à l'acte comprennent des paiements ciblés, selon lesquels les médecins sont payés s'ils atteignent un objectif défini. Chaque modèle de paiement offre des avantages : la capitation permet de limiter les coûts personnels et financiers et permet d'attirer des patients; les salaires permettent de limiter les coûts personnels; la rémunération à l'acte renforce la demande et augmente le recours aux soins; les paiements ciblés permettent de limiter les coûts. La revue a comparé les modèles de paiement afin d'examiner l'effet sur le comportement des médecins.</p> <p>En comparant les modèles de capitation par rapport au modèle de rémunération à l'acte, une étude a déterminé que les patients du groupe de rémunération à l'acte effectuaient davantage de consultations pour des soins primaires ou spécialisés. Cela laisse à penser que les médecins rémunérés par capitation peuvent limiter le nombre de services fournis afin de limiter les coûts. Le nombre d'hospitalisations était également inférieur dans le groupe de paiement par capitation; cependant, les dépenses de soins de santé étaient plus élevées dans ce groupe. Une autre étude a déterminé qu'après la mise en place de frais dans un système de paiement par capitation, le nombre de consultations et de services de diagnostic augmentait, tandis que le nombre d'ordonnances et d'aiguillages diminuait. Enfin, l'étude canadienne a déterminé que contrairement aux mesures incitatives, les taux d'hospitalisation n'avaient pas changé une fois que les médecins étaient passés d'un système de rémunération à l'acte à un système de capitation.</p> <p>En comparant le versement de salaires à la rémunération à l'acte, une étude a déterminé que le versement de salaires était associé à un nombre réduit de visites de contrôle des enfants et une continuité des soins plus réduite. Malgré cela, on ne constatait aucune différence majeure en ce qui concerne la satisfaction des patients, bien que les patients aient signalé que les médecins salariés étaient plus faciles d'accès. Les médecins salariés sont plus susceptibles d'être intéressés par la pratique privée, ce qui peut expliquer le nombre élevé de patients inscrits dans les cabinets où le médecin est salarié.</p>					

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>Une étude visait à comparer les systèmes de capitation mixtes aux systèmes de rémunération à l'acte, et elle a déterminé qu'il n'existait pas de différences significatives en matière de consultation hospitalière entre les deux groupes.</p> <p>En comparant les paiements ciblés et la rémunération à l'acte, deux études ont indiqué que les paiements ciblés pouvaient avoir une incidence positive sur les taux de vaccination. Cependant, cet élément n'a pas été jugé significatif du point de vue statistique.</p> <p>Les résultats de cette revue indiquent que les modèles de paiement ont une incidence sur les comportements des médecins. Cependant, des éléments probants de meilleure qualité sont nécessaires avant de pouvoir formuler des conclusions. Des méthodes présentant un suivi à plus long terme et une meilleure uniformité permettront de consolider les futures études et de mieux éclairer les futures politiques.</p>					
	Évaluer les effets des mesures incitatives financières sur la pratique médicale (104)	<p>La revue s'est intéressée aux éléments probants tirés de 89 études visant à évaluer les effets des mesures incitatives financières sur les coûts, les processus et les résultats des soins médicaux.</p> <p>Les mesures incitatives financières peuvent être utilisées dans le contexte de la prestation de soins médicaux dans le but de minimiser l'utilisation des ressources, de transformer la pratique et d'améliorer la qualité des soins ou d'atteindre un objectif en matière de santé. La revue visait à repérer toutes les mesures incitatives financières proposées, décrites ou utilisées sur le terrain afin d'évaluer leurs résultats. Plusieurs modèles financiers ont été présentés dans les études incluses. Ces modèles comprennent le versement de salaires, la rémunération à l'acte et la capitation, à la fois en ce qui concerne les médecins (dans ce cas, le médecin reçoit une somme d'argent définie pour offrir des soins) ou les patients (dans ce cas, la somme est ajustée en fonction du nombre et du type de patients fréquentant le cabinet).</p> <p>La revue a déterminé un certain nombre d'effets liés au paiement par capitation pour chaque patient inscrit. Ces effets comprenaient une réduction des coûts des ordonnances ainsi que du nombre total de médicaments par ordonnance. Le fait de passer d'un modèle de</p>	1999	5/11 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	Pas détaillée	0/89	1/89

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>rémunération à l'acte à ce mode de paiement a permis de réduire le nombre d'aiguillages réalisés par les professionnels de soins de santé vers des cliniques privées ou pour des opérations chirurgicales non urgentes.</p> <p>Les études s'intéressant aux modèles de rémunération à l'acte ont signalé une augmentation de la prestation de service liée à la hausse des mesures incitatives. Par exemple, une étude a mis en avant une augmentation du nombre de consultations le soir auprès des médecins de famille après que le coût de ce service ait augmenté. Dans une autre étude, la rémunération à l'acte semblait inciter les gynécologues à effectuer des services non urgents, tandis que la capitation décourageait ces procédures. Le fait de plafonner le revenu annuel maximum des médecins donnait lieu à une redistribution des patients entre les professionnels. Cette étude suggérait que les médecins sont en mesure d'influer sur la demande des patients.</p> <p>Les études portant sur le comportement des médecins salariés ont observé que ces derniers aiguillaient moins les patients et étaient moins actifs.</p> <p>Les études s'intéressant aux soins gérés, le modèle de soins utilisés dans le système de santé américain, ont déterminé une réduction des coûts des patients. Les taux d'hospitalisation et la durée générale des séjours étaient réduits; cependant, les plans de soins gérés peuvent grandement varier, de même que les résultats connexes. Les recommandations formulées aux patients par les médecins peuvent changer selon que les patients sont assurés ou non. On a déterminé que les mesures incitatives financières pouvaient également avoir une incidence sur le comportement des médecins d'autres manières : par exemple, le versement d'une prime à la prescription a permis d'augmenter le volume total des ordonnances de 12 % à 23 % par médecin. Cette revue s'est également intéressée aux effets des soins gérés sur le processus de soins. Les études indiquent que les médecins réduisaient leurs coûts et fournissaient des soins de meilleure qualité dans le cadre de ce modèle. Les études ont également déterminé que les mesures incitatives financières avaient tendance à améliorer le respect des lignes directrices par les médecins, bien que des résultats contradictoires aient été trouvés dans d'autres études à cet égard. Les études indiquent que les patients se trouvant dans un modèle de soins gérés peuvent être en meilleure santé dans l'ensemble.</p>					

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>Plusieurs éléments déconcertants et plusieurs limites doivent être pris en compte à la lumière de ces résultats. L'effet des mesures incitatives varie en fonction du type de professionnel de la santé, d'établissement ou de patient. Par exemple, les médecins réagissent différemment en fonction de facteurs tels que la maladie du patient, son âge, son sexe, la nature de la clinique et de l'établissement, et le volume d'activité. Les médecins qui ont fait face à des pénalités financières par le passé se conforment plus facilement aux mesures incitatives. Les résultats des études incluses dans cette revue ne présentaient pas d'uniformité en ce qui a trait à la façon selon laquelle les mesures incitatives financières ont été évaluées, et beaucoup ne respectaient pas les critères proposés par le groupe Cochrane.</p> <p>Les résultats de cette revue ont mis en évidence les effets des modèles de paiement sur les soins médicaux. Les mesures incitatives financières peuvent être efficaces pour limiter l'utilisation des ressources et encourager les médecins à se conformer aux lignes directrices.</p>					
Modifier les approches utilisées pour payer les services visant à soutenir les patients et les membres de leur famille en transition après le traitement du cancer	Examiner l'incidence des diverses méthodes utilisées par les organisations de soins gérés sur la prescription et la distribution de médicaments (107)	La plupart des organisations de soins gérés ont connu peu de succès en utilisant les formulaires, la substitution thérapeutique et l'approbation préalable pour influencer les décisions en matière de prescription et de distribution. Les formulaires clos étaient efficaces pour réduire le recours aux médicaments sur ordonnance, mais pas leurs coûts. Les programmes d'autorisation préalable permettent de réduire l'utilisation et les coûts des médicaments, mais ils ne concernent qu'une petite partie des classes de médicaments. Les programmes volontaires d'échange thérapeutique se sont montrés efficaces dans le cadre des organisations de soins de santé intégrés, mais pas pour les cliniques indépendantes. À l'heure actuelle, les organisations de soins gérés exercent peu de contrôle sur les décisions en matière de prescription et de distribution de médicaments. Les organisations de soins gérés pourraient mieux contrôler les coûts pharmaceutiques par le biais d'autres méthodes, comme une participation aux coûts par tranche.	2001	3/11 (cote AMSTAR selon www.rxforchange.ca)	Pas détaillée	0/56	0/56
	Évaluer l'effet des formulaires Medicaid restreints, le remplacement	Onze articles publiés entre 1972 et 1985 ont été analysés afin de déterminer l'incidence des formulaires Medicaid restreints sur l'utilisation de médicaments de remplacement non restreints, ainsi que les coûts administratifs, les coûts des médicaments et la qualité des soins. Les éléments probants n'appuient pas l'hypothèse selon laquelle la restriction de	1987	2/10 (cote AMSTAR du McMaster)	0/11	0/11	0/11

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	des médicaments inscrits sur les formulaires par d'autres médicaments restreints, ainsi que le coût, l'adéquation thérapeutique et les pratiques actuelles (108)	certain médicaments précis permet de faire des économies sur les coûts des médicaments. L'incidence des formulaires restreints sur les coûts administratifs et l'adéquation thérapeutique des médicaments de remplacement n'est pas claire. Au Michigan, 23,7 % des patients se sont vus prescrire des médicaments de remplacement, et 30,7 % des patients ont reçu des ordonnances pour des médicaments restreints. En Louisiane, on a constaté une hausse de 34 % du nombre de patients hospitalisés, et l'État a économisé 4,1 millions de dollars dans le cadre de son programme de médicaments, tout en dépensant 15,1 millions de dollars pour les services sans ordonnance. Dans l'ensemble, les formulaires restreints apportent des changements dynamiques au programme Medicaid et leur mise en place doit faire l'objet de considérations réfléchies.		Health Forum)			
	Analyser la mise en œuvre des listes de médicaments recommandés dans plusieurs États, et leurs effets sur la qualité des soins et les coûts liés aux autres éléments des soins de santé (110)	La principale préoccupation la plus étudiée concernant les listes de médicaments recommandés était liée au fait que les restrictions médicales imposées pourraient entraîner une hausse du recours aux soins de santé, comme les consultations à l'hôpital et les visites chez le médecin. Bien que les départements chargés de l'application de Medicaid dans chaque État ont assuré les bénéficiaires que la couverture des frais des médicaments comprend les meilleurs médicaments dans chaque classe en ce qui concerne la sécurité et l'efficacité, les bénéficiaires ont fait part de leurs préoccupations à propos du fait de savoir si les médicaments qu'ils consomment continueront à être remboursés.	Pas indiquée	0/10 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	Pas détaillée	Pas détaillée	Pas détaillée
	Évaluer l'effet des politiques d'autorisation préalable pour les médicaments en ce qui concerne la consommation de médicaments, l'utilisation des soins de santé,	Cette revue s'est penchée sur 15 études visant à évaluer l'effet des politiques d'autorisation préalable pour les médicaments sur des facteurs tels que la consommation de médicaments, l'utilisation des soins de santé, les dépenses en matière de soins de santé et les résultats en matière de santé. Les politiques d'autorisation préalables sont mises en place afin de contrôler les dépenses pharmaceutiques, l'une des catégories de dépenses qui augmentent le plus en ce qui concerne les soins de santé à l'échelle mondiale. En exigeant l'obtention d'une autorisation préalable pour rembourser un certain médicament, ces politiques limitent le recours à certains médicaments et permettent ainsi de limiter les dépenses. Les	2006	5/10 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	1/15	0/15	0/15

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	les dépenses en matière de soins de santé et les résultats en matière de santé (125)	<p>politiques en matière d'autorisation préalable permettent de réduire les coûts en proposant des traitements moins chers lorsque cela est possible. Ces politiques ont deux objectifs : réduire les résultats négatifs en matière de santé en améliorant la qualité des médicaments prescrits, et contrôler les coûts au sein du système de santé.</p> <p>Cette revue s'est intéressée à l'effet des politiques d'autorisation préalable sur la consommation de médicaments et les dépenses connexes, sur le recours aux services de santé et les dépenses connexes, et sur les résultats en matière de santé.</p> <p>La majorité des revues ont indiqué une baisse significative de la consommation de médicaments par les patients individuels et des dépenses connexes après la mise en œuvre d'une politique d'autorisation préalable. Les dépenses pharmaceutiques à l'échelle du système ont également été réduites après la mise en place de la politique; des variations existent en fonction de la classe de médicaments touchée. Ces études se sont pour la plupart intéressées aux dépenses, et moins aux résultats d'une consommation adéquate des médicaments prescrits.</p> <p>Sept des 15 études portaient sur l'effet des politiques d'autorisation préalable sur les autres services de soins de santé. Dans la plupart des cas, la mise en œuvre de ces politiques n'a pas été liée à des changements significatifs en ce qui a trait à l'utilisation des soins de santé; des changements significatifs auraient une incidence sur les résultats en matière de santé. Cependant, une étude a avancé que les limites en matière d'autorisation préalable imposées au médicament cimétidine ont entraîné une augmentation des coûts pour les médecins et les hôpitaux.</p> <p>Seule une étude s'est intéressée aux effets des politiques d'autorisation préalable sur les résultats en matière de santé et la qualité de vie liée à la santé. Cette étude a déterminé que les politiques d'autorisation préalable liées aux médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens de marque n'avaient pas eu d'incidence sur la qualité de vie des patients.</p> <p>Beaucoup des études présentaient d'importantes limites en ce qui a trait à leur conception, ce qui remet en cause la validité des résultats. De plus, la généralisation des résultats est limitée en raison des différences liées aux</p>					

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>styles de mise en œuvre des politiques en fonction de l'établissement. Par ailleurs, les interventions doivent faire la différence entre les mesures d'économie de coûts dérivées de l'utilisation de médicaments génériques et la consommation réduite de médicaments.</p> <p>Malgré ces limites, cette revue s'est appuyée sur les résultats pour présenter trois implications principales : Tout d'abord, les améliorations en ce qui concerne le coût et les résultats seront observées après la mise en œuvre des politiques d'autorisation préalable pour des médicaments trop utilisés auparavant ou présentant un coût élevé. Ensuite, le rapport coût-efficacité des politiques d'autorisation préalable augmente lorsque les résultats liés aux patients sont plus homogènes, et lorsque le retard des traitements n'a pas d'incidence négative sur les résultats en matière de santé. De plus, le fait de réduire le fardeau administratif permettra d'augmenter le rapport coût-efficacité de ces politiques. Par ailleurs, la mise en œuvre des politiques doit s'appuyer sur des éléments probants et des recommandations. Enfin, les politiques d'autorisation préalable représentent l'une des options possibles pour réaliser des économies de coût; d'autres options de politiques devraient être envisagées dans un contexte donné pour permettre d'optimiser le rapport coût-efficacité.</p>					
Supprimer les moyens de dissuasion possibles pour les patients et les membres de leur famille qui peuvent influencer non seulement sur leur décision d'accéder ou non à des soins primaires et à des soins communautaire, mais aussi sur la manière	Efficacité des mesures incitatives financières et des programmes de gestion de la contingence sur les taux d'arrêt du tabac à long terme (113)	<p>Les mesures incitatives comprennent les billets de loterie, les tirages de prix, les versements en espèces, les bons d'achat, les bons d'achat pour l'épicerie et les dépôts en argent. Les probabilités liées à l'arrêt du tabac au terme de la période de suivi la plus longue étaient de 1,42 par rapport au groupe de contrôle; seules trois études ont démontré des taux d'arrêt du tabac significativement plus élevés au sein du groupe visé par les mesures incitatives par rapport au groupe de contrôle.</p> <p>Dans huit des neuf essais comportant des données sur les femmes enceintes fumeuses, un rapport de cotes ajusté au terme de la période de suivi la plus longue (jusqu'à 24 semaines post-partum) de 3,60 a été signalé dans des études de qualité moyenne, ce qui justifie l'utilisation de mesures incitatives. Trois essais ont mis en avant le net avantage des récompenses de contingence. L'essai le plus important sélectionné s'appuyait sur une intervention offrant des bons d'achat pouvant totaliser jusqu'à 400 livres sterling; au terme de la période de suivi la plus longue, et les taux déterminés pour les deux groupes étaient respectivement de 15,4 % et de</p>	2014	10/11	0/21	0/21	0/21

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
d'accéder à ces soins		<p>4 %. Quatre essais ont indiqué des taux d'arrêt du tabac plus élevés pour les personnes ayant reçu une récompense pour leur tentative par rapport à un paiement fixe pour participer à un rendez-vous prénatal.</p> <p>Les résultats de la revue indiquent que les mesures incitatives peuvent augmenter les taux d'arrêt du tabac pendant qu'elles sont en place; cependant, c'est seulement dans les cas où les ressources sont concentrées pour offrir des paiements en espèces importants en cas d'abstinence que l'on a constaté des taux de réussite continus. Les mesures incitatives destinées aux fumeuses enceintes permettaient d'améliorer les taux d'arrêt du tabac, à la fois au terme de la grossesse et post-partum.</p>					
	Efficacité des mesures incitatives financières pour favoriser les comportements sains (115)	<p>Cinq thèmes ont été retenus : échange équitable, conception et prestation, efficacité et rapport coût-efficacité, destinataires et effet sur les personnes et la société dans son ensemble. L'échange équitable correspond à la situation dans laquelle les mesures incitatives financières qui font la promotion de la santé comprennent un échange bénéfique entre le destinataire et l'auteur de la mesure incitative. Il existe un manque de consensus pour savoir si les mesures incitatives financières qui font la promotion de la santé sont justes et bénéfiques pour toutes les parties prenantes. Des éléments probants affirment que la conception et la prestation des mesures incitatives financières de promotion de la santé contribuent à la perception concernant leur caractère acceptable. Si les mesures incitatives financières de promotion de la santé sont jugées efficaces, sécuritaires, axées sur les destinataires et minimisant les intrusions, elles sont davantage acceptées.</p> <p>Les préoccupations liées aux professionnels adéquats des mesures incitatives financières de promotion de la santé tiennent au fait que de nombreuses personnes désavantagées du point de vue socioéconomique ne sont pas disposées à accepter des mesures incitatives financières de promotion de la santé financées par le gouvernement fédéral. Il peut également y avoir un effet potentiellement néfaste des mesures incitatives financières de promotion de la santé sur la relation médecin-patients. Par ailleurs, un consensus solide existe sur le fait que les mesures incitatives financières de promotion de la santé sont plus susceptibles d'être acceptées si elles sont efficaces et rentables. Le fait qu'elles n'offrent qu'une motivation à court terme constitue l'une des critiques fréquentes à propos des mesures incitatives financières de promotion de la santé. Aucun</p>	2014	6/10 (cote AMSTAR établie par le laboratoire d'impact du McMaster Health Forum)	0/81	0/81	0/81

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>consensus n'existe à ce propos. Des éléments probants laissent à penser que les mesures incitatives en espèces peuvent être problématiques puisqu'elles servent à encourager des comportements devant normalement être supprimés. En ce qui a trait à l'effet des mesures incitatives financières de promotion de la santé sur les personnes individuelles et la société au sens large, des éléments probants suggèrent que les mesures incitatives financières de promotion de la santé permettent d'encourager les personnes à prendre leurs propres responsabilités; cependant, d'autres éléments probants affirment que les mesures incitatives financières de promotion de la santé peuvent être jugées paternalistes et limiter l'autonomie d'une personne.</p> <p>Les programmes de mesures incitatives financières qui sont jugés bénéfiques pour les personnes et la société dans son ensemble seront mieux acceptés.</p>					
	Efficacité des mesures incitatives financières pour obtenir des changements continus en ce qui concerne le tabagisme, l'alimentation, la consommation d'alcool et l'activité physique (116)	<p>Dans l'ensemble, les résultats de cette revue ont indiqué que les mesures incitatives financières permettaient de faciliter l'atteinte des objectifs en ce qui concerne les changements de comportement et de les maintenir jusqu'à 18 mois. Les changements continus du comportement général obtenus à l'aide des mesures incitatives financières ont été observés deux à trois mois après l'arrêt de la mesure incitative, mais plus après cette période. Les effets sur les comportements s'atténuent au fil du temps.</p> <p>Les mesures incitatives financières ont été jugées efficaces en ce qui concerne les taux d'arrêt du tabac (effets observés pendant 12 à 18 mois, et maintenus pendant deux à trois mois après la suppression de la mesure incitative) et les objectifs en matière d'alimentation saine (effets observés pendant six à 12 mois, puis disparaissant après la suppression de la mesure), mais pas pour l'activité physique (effets observés à six, 12 et 18 mois, puis trois mois après la suppression de la mesure). Les taux de précarité élevés augmentaient l'effet des mesures incitatives financières, mais seulement pendant une période de six à 12 mois. Les autres variables n'avaient individuellement aucun effet changeant à n'importe quel point de la période de suivi.</p> <p>Cette étude a indiqué que les mesures incitatives financières personnelles pouvaient avoir un effet sur les comportements individuels en matière de</p>	2012	8/11 (cote AMSTAR établie par le Programme de prise de décision sur les politiques)	0/34	0/34	0/34

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		santé, mais qu'elles ne présentaient pas d'effet constant sur la réduction du fardeau lié aux maladies.					
	Effets des interventions sur les consommateurs des soins de santé mettant en avant la prescription et la consommation de médicaments axées sur des éléments probants (117)	La revue a déterminé qu'aucune stratégie unique ne permettait d'améliorer les résultats liés à la consommation de médicaments par rapport à l'ensemble des maladies mises à l'essai. L'aperçu visait à évaluer le soutien en matière de changement comportemental, de promotion de la communication et de la prise de décisions éclairées, de minimisation des risques, d'acquisition de compétences et de services éducatifs ou informatifs. Les interventions efficaces comprenaient l'autosurveillance et l'autogestion des médicaments, le dosage simplifié, et les interventions impliquant directement le pharmacien dans la gestion des médicaments. L'aperçu a indiqué que des recherches précises sont requises pour évaluer les résultats concernant les personnes présentant de multiples conditions en même temps. L'existence de facteurs de comorbidité laisse à penser que les interventions doivent se concentrer sur le contexte du patient et du système de soins de santé.	2012	Aucun outil d'évaluation disponible pour ce type de document	Sans objet	Sans objet	Sans objet

Annexe 3 : Revues systématiques relatives à l'élément 3 – Offrir aux patients et aux membres de leur famille des occasions d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin de mieux gérer la transition de l'étape du traitement à l'étape de la survie

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
Veiller à ce que l'information et les soutiens éducatifs ainsi que les occasions d'apprentissage disponibles pour les soins spécialisés (centres anticancéreux par exemple) soient également disponibles pour les soins primaires et communautaires	Effets des interventions d'éducation multimédia des patients sur les médicaments sur ordonnance et en vente libre(140)	<p>Cette revue comprend 24 études portant sur les effets des interventions d'éducation multimédia des patients à propos des médicaments sur ordonnance et en vente libre pour les personnes de tout âge, y compris les enfants et les aidants.</p> <p>En ce qui concerne les connaissances, on a déterminé que l'éducation multimédia était plus efficace que les soins réguliers (éducation non normalisée fournie dans le cadre des soins cliniques réguliers) ou que l'absence d'éducation. Des éléments probants de qualité modérée ont démontré que l'éducation multimédia n'était pas plus efficace pour améliorer les connaissances que les interventions multimédias de contrôle (à savoir les programmes multimédias qui ne fournissent pas d'information à propos des médicaments). Des éléments probants de qualité modérée ont indiqué que l'éducation multimédia était plus efficace lorsqu'elle était accompagnée d'une co-intervention (information écrite ou courtes instructions normalisées fournies par un professionnel de la santé) par rapport à la co-intervention seule.</p> <p>En ce qui a trait à l'acquisition de compétences, la revue a relevé des éléments probants de qualité modérée qui démontraient que l'éducation multimédia était plus efficace que les soins réguliers, l'absence d'éducation ou l'éducation écrite pour améliorer la technique d'utilisation des inhalateurs. De plus, des éléments probants de très faible qualité ont précisé que l'éducation multimédia était aussi efficace que l'éducation fournie par un professionnel de la santé.</p> <p>Enfin, des éléments probants de qualité modérée ont indiqué qu'il n'y avait aucune différence entre l'éducation multimédia, les soins réguliers ou l'absence d'éducation en ce qui a trait à l'adhésion aux médicaments prescrits.</p> <p>Malheureusement, on constatait une importante hétérogénéité entre les comparateurs utilisés et les résultats mesurés dans les études incluses, ce qui</p>	2012	10/10 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	1/24	0/24	Pas détaillée

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		limitait la possibilité de mettre les données en commun. Plusieurs de ces études n'ont pas fourni suffisamment de renseignements sur leurs méthodes pour pouvoir juger leur risque de biais. D'après l'information fournie, trois des études présentaient un risque élevé d'un biais de sélection, et l'une un risque élevé de biais lié au manque d'aveuglement des évaluateurs des résultats. Aucune des études incluses ne mettait en avant la différence cliniquement importante minimale pour les résultats mesurés. Les auteurs ont donc présenté les résultats des études, mais sans pouvoir déterminer si les différences étaient d'une importance clinique.					
	Efficacité des interventions psychoéducatives sur la gestion des groupes de symptômes des patients atteints d'un cancer (133)	<p>Cette revue comprenait quatre études évaluant l'efficacité des interventions psychoéducatives sur la gestion des groupes de symptômes des patients atteints d'un cancer.</p> <p>La revue a déterminé que les groupes de symptômes semblaient s'améliorer grâce aux interventions psychoéducatives. Une méta-analyse a indiqué une amélioration significative du rendement fonctionnel. Les éléments probants qui étaient le point selon lequel les interventions psychoéducatives pourraient soulager les groupes de symptômes liés au cancer sont encourageants, mais non concluants dans cette revue. La revue suggère également que les interventions psychoéducatives pourraient jouer un rôle prometteur en ce qui concerne la gestion des groupes de symptômes liés au cancer.</p> <p>Parmi les quatre études incluses, trois indiquaient une amélioration significative du point de vue statistique en ce qui concerne les groupes de symptômes pour les groupes visés par l'intervention. Une étude présentait une baisse importante de la sévérité des symptômes pour quatre des cinq groupes de symptômes, à l'exception des groupes de symptômes liés à la dimension affective (nervosité, anxiété et stress). Les groupes de symptômes présentant une amélioration significative comprenaient l'essoufflement, la fatigue et l'anxiété; la douleur, la fatigue et le trouble du sommeil; le groupe gastrointestinal (nausée, vomissements, douleur à l'estomac, perte d'appétit et diarrhée); le groupe cognitif (perte de concentration, problèmes de mémoire et fatigue); le groupe fonctionnel (douleurs musculaires et articulaires); le groupe lié aux mucosités (douleur buccale, mal de gorge et difficulté à avaler). Les trois études ont choisi la relaxation musculaire progressive comme élément d'intervention, dont une participant à</p>	2014	8/10 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	0/4	Pas détaillée	4/4

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>l'éducation des patients. De plus, les interventions étaient réalisées dans les trois études par des infirmières, dans un format individuel et pendant la période de traitement actif; une étude a poursuivi l'intervention après la fin du traitement. La durée des interventions s'étendait de deux à douze semaines.</p> <p>Ces études ont indiqué une amélioration des groupes de symptômes; cependant, les résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. Ces groupes de symptômes comprenaient le groupe gastrointestinal (nausée, vomissements, manque d'appétit, essoufflement, bouche sèche et engourdissement); le groupe cognitif/psychologique (détresse, tristesse, douleur et problèmes de mémoire); le groupe de la fatigue (fatigue, trouble du sommeil et somnolence). Cette étude considère dans son intervention offerte en groupe par un psychologue clinique la méditation et le soutien social. L'intervention a été réalisée à la fin du traitement du cancer, et elle a duré six semaines.</p> <p>En ce qui a trait au rendement fonctionnel, les résultats mis en commun de deux études ont mis en lumière une amélioration statistiquement significative en ce qui concerne l'interférence des symptômes avec la vie quotidienne pour le groupe d'intervention. On a également constaté une augmentation de la capacité fonctionnelle au fil du temps dans le groupe d'intervention. Aucune des études incluses n'a mesuré le résultat sur la qualité de vie; en effet, l'incidence des interventions psychoéducatives sur la qualité de vie des patients atteints d'un cancer n'est pas connue dans le cadre de l'étude des groupes de symptômes.</p> <p>Malheureusement, la taille réduite de l'échantillon des études fournies dans le cadre de la revue empêche de formuler des conclusions définitives.</p>					
	Évaluation des interventions psychoéducatives pour les aidants des femmes atteintes d'un cancer du sein précoce (134)	<p>Cette revue comprenait six études visant à déterminer et à évaluer les interventions psychoéducatives pour les aidants des femmes atteintes d'un cancer du sein précoce.</p> <p>Les familles et les conjoints font face à une situation de détresse équivalente à celle des femmes atteintes d'un cancer du sein. Les études sur les interventions qui s'intéressaient aux besoins psychoéducatifs des conjoints ont évalué différents modes de prestation, y compris le counseling par</p>	2013	6/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	1/6	0/6	6/6

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>téléphone et vidéo. Bien que le counseling psychoéducatif semble efficace selon ces études (même s'il n'est pas toujours significatif du point de vue statistique), qu'il soit offert en personne, en groupe ou par téléphone, les auteurs ont eu des difficultés à transposer les résultats afin de formuler un message uniforme aux fins cliniques, étant donné la variété des interventions, les différentes méthodes de production de rapports et la prééminence des études préexpérimentales et pilotes composant la revue. Par ailleurs, les études incluses comportaient de manière prédominante des échantillons de population racialement homogènes (femmes blanches), ce qui ne permettait pas de combler la pénurie d'éléments probants en ce qui concerne les soins psychologiques des populations présentant une diversité raciale des personnes atteintes d'un cancer.</p> <p>Toutes les interventions présentées dans la revue se sont révélées plus ou moins efficaces. Cependant, des limites concernant la conception, l'échantillonnage et la déclaration des résultats ont été mises en avant.</p>					
Soutenir les patients en leur faisant acquérir des compétences d'autogestion	Évaluation du signalement de symptômes par voie électronique entre les patients et les professionnels afin d'améliorer la prestation des soins de santé (137)	<p>Cette revue s'appuie sur 32 études s'intéressant au signalement de symptômes par voie électronique entre les patients et les professionnels afin d'améliorer la qualité des soins de santé.</p> <p>Les résultats de cette revue ont été divisés en quatre catégories en fonction des effets : l'appui en matière de consultation, le suivi avec un soutien clinique, la gestion de soi et la thérapie.</p> <p>Les effets liés à l'appui en matière de consultation ont été catégorisés en fonction des domaines de qualité de l'Institute of Medicine. Dans la catégorie de l'appui en matière de consultation, toutes les études ont mis en avant les soins axés sur les patients, de manière à veiller à ce que les symptômes signalés par les patients permettent d'éclairer les décisions cliniques. À l'exception de l'étude au sein de laquelle les infirmières encadraient les patients, le signalement des symptômes était généralement réalisé au moment où le patient était présent à la clinique, et un résumé des symptômes signalés était mis à la disposition du médecin. On a jugé ces résumés efficaces pour mettre en évidence les symptômes gênants et lancer une discussion à leur sujet, ce qui a permis d'orienter la conversation sur des enjeux pertinents pour les patients. Les systèmes de signalement de symptômes par voie électronique ont également eu des résultats positifs sur</p>	2011	8/10 (cote AMSTAR du McMaster Health Forum)	0/32	0/32	3/32

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>la détresse des patients concernant les symptômes, la gestion des symptômes et la qualité de vie en matière de santé.</p> <p>En ce qui a trait au suivi du soutien clinique, seules deux études de suivi ont mis en avant des avantages pour les patients, avec presque aucun avantage pour le système de santé et aucun avantage pour les professionnels de la santé. Les deux études ayant indiqué des avantages pour la santé des patients s'intéressaient aux personnes souffrant d'asthme. Les deux études s'appuyaient sur un élément central de gestion de soi. Dans l'une des études, il convient de s'intéresser aux effets secondaires touchant le système de soins de santé et les patients. Aucun avantage concernant le coût des soins de santé ou le système de soins de santé n'a été repéré dans les études de suivi : on a constaté aucune amélioration du nombre total de services de soins à domicile ou de soutien social informel, du nombre de consultations, de la fréquence des visites à l'urgence, des consultations à l'hôpital ou auprès d'une équipe de spécialistes, du nombre d'hospitalisation ou des coûts moyens par patient.</p> <p>En ce qui concerne la gestion de soi, toutes les interventions à cet égard ont été jugées aussi efficaces ou meilleures que l'option de contrôle, à une exception près. Dans ce domaine, on a mis en avant des avantages importants pour les patients, et en partie pour les professionnels de la santé et le système de soins de santé. Une baisse de l'utilisation des ressources a été signalée pour les professionnels de la santé. Au niveau du système de soins de santé, les avantages liés au coût des soins de santé ont été analysés et présentés en ce qui a trait au traitement par Internet du trouble panique; ce type de traitement coûte près de quatre fois moins cher que le traitement en groupe.</p> <p>En ce qui concerne la thérapie, les patients recevant une thérapie par courriel en cas de deuil compliqué ont connu des résultats positifs par rapport aux participants sur liste d'attente, et ils étaient relativement satisfaits du traitement. Seuls 20 % des patients ont déclaré que les séances en personne avec un thérapeute leur manquaient, tandis que 85 % des patients jugeaient positivement le fait de suivre un traitement par Internet plutôt qu'en personne.</p>					

McMaster Health Forum

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		Les auteurs ont précisé que certains articles inclus dans la revue présentaient des sources de biais, ce qui a pu avoir une incidence sur les résultats. De plus, la présence d'analyses statistiques peu claires pourrait entacher la crédibilité des résultats.					
	La gestion de soi et le soutien en matière de gestion de soi à titre d'approche pour la gestion à long terme des conditions (138)	<p>Cette revue comporte 41 études s'intéressant à la gestion de soi et au soutien en matière de gestion de soi à titre d'approche pour la gestion à long terme des conditions.</p> <p>La majorité des éléments probants de la revue était liée au diabète. Un faible nombre d'études s'intéressaient directement à l'opinion des intervenants à propos des résultats souhaités de la gestion de soi; la grande partie des éléments probants a été obtenue d'études portant sur l'expérience de la gestion de soi. L'opinion des commissaires en santé était absente de la documentation. Les auteurs ont indiqué que les résultats liés à la gestion de soi comprenaient une variété d'indicateurs, par exemple les connaissances, compétences et marqueurs bio-psychosociaux de la santé par le biais de réseaux sociaux positifs.</p> <p>La revue a pour principale limite qu'aucune des études incluses ne portait explicitement sur les résultats liés à la gestion de soi. D'autres recherches doivent par conséquent être menées pour s'appuyer sur ces premiers résultats dans la littérature existante afin de déterminer les enjeux en matière de gestion de soi jugés importants par les différents intervenants.</p>	2014	6/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	2/41	Pas détaillée	Pas détaillée
	Effet des interventions de télésanté afin d'appuyer la gestion de soin pour le contrôle des maladies et le recours aux soins de santé (139)	<p>Cette revue comprend 53 revues systématiques s'intéressant à l'effet des interventions de télésanté à l'appui de la gestion de soi pour le contrôle des maladies et le recours aux soins de santé.</p> <p>Parmi les 53 revues systématiques, six portaient sur le diabète, neuf sur l'insuffisance cardiaque, huit sur l'asthme, huit sur la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et trois sur le cancer. Les résultats variaient en fonction des conditions médicales. Les revues les plus pondérées indiquaient que la télésurveillance de la glycémie, accompagnée de commentaires et d'interventions éducatives et liées au mode de vie, ont permis d'améliorer le contrôle de la glycémie des patients atteints du diabète de type 2, mais pas de type 1; de plus, la télésurveillance et les interventions téléphoniques ont permis de réduire la mortalité et les hospitalisations des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque. Cependant, ces résultats</p>	2016	5/9 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	6/53	Pas détaillée	Pas détaillée

Optimiser la transition des patients et des membres de leur famille du traitement du cancer vers les soins primaires et communautaires au Canada

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
		<p>n'étaient pas uniformes dans tous les revues. Les résultats concernant les autres conditions médicales étaient mitigés, mais aucune revue n'a mis en avant l'existence de dommages. L'analyse du rôle de médiation de la gestion de soi et des éléments des interventions réussies était limitée et non concluante. Les interventions plus intenses et multifacettes étaient associées à des résultats plus positifs en ce qui concerne le diabète, l'insuffisance cardiaque et l'asthme.</p> <p>Puisque cette méta-revue n'a pris en compte que six conditions médicales de longue durée, les auteurs ont reconnu que différentes conclusions auraient pu être présentées en cas de sélection de conditions médicales autres. Par ailleurs, toutes les revues systématiques incluses ne portaient pas explicitement sur la gestion de soi.</p>					
	Efficacité des programmes de gestion de soi en groupes pour améliorer les résultats physiques et psychologiques des patients atteints d'un cancer (136)	<p>Cette revue comprend six études s'intéressant à l'efficacité des programmes de gestion de soi en groupes destinés aux patients atteints d'un cancer.</p> <p>Il a été déterminé que les programmes de gestion de soi en groupes permettaient d'améliorer la fonction physique. Aucun résultat significatif n'a été mis en avant en ce qui concerne la qualité de vie et le niveau d'activité physique. Les programmes de gestion de soi en groupes destinés aux personnes atteintes d'un cancer ont permis d'améliorer les résultats physiques.</p> <p>Cependant, les études incluses étaient très hétérogènes et la qualité des éléments probants était très faible en ce qui a trait à l'ensemble des principaux résultats. Cette revue présente également une autre limite, à savoir le faible nombre d'études incluses, dont la totalité présente un risque élevé de biais et une très faible qualité des éléments probants. L'aveuglement des participants et des évaluateurs a aussi été mal exécuté dans les études incluses.</p>	2014	7/11 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	0/6	Pas détaillée	11/11
	Efficacité des interventions éducatives en matière de gestion de soi à l'appui des	<p>Cette revue comprend 42 études s'intéressant à l'efficacité et aux éléments essentiels des interventions éducatives en matière de gestion de soi à l'appui des patients atteints d'un cancer.</p> <p>La synthèse qualitative suggère que les interventions éducatives en matière de gestion de soi permettaient d'améliorer les symptômes de fatigue, de</p>	2015	7/10 (cote AMSTAR établie par le McMaster Health Forum)	0/42	Pas détaillée	42/42

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 les transitions dans le domaine des soins aux personnes atteintes par le cancer
	patients atteints d'un cancer(135)	<p>douleur, de dépression, d'anxiété, de détresse émotionnelle ainsi que la qualité de vie.</p> <p>Les résultats concernant des combinaisons précises d'éléments clés étaient non concluants. Très peu d'études utilisaient les mêmes combinaisons d'éléments clés, et lorsque c'était le cas, les résultats étaient contradictoires. Par conséquent, les conclusions visant à déterminer les composants ou les éléments des interventions éducatives en matière de gestion de soi permettant d'obtenir les meilleurs résultats n'ont pas pu être évaluées dans le cadre de cette revue.</p> <p>Les différences concernant la mesure des résultats, la conception des études et la mise en œuvre des interventions ont entravé la réalisation d'une méta-analyse des effets; il s'agit de l'une des principales limites de cette revue. Par ailleurs, de nombreuses études ne contenaient que très peu de détails à propos des différentes interventions réalisées. Enfin, l'inclusion d'études en anglais uniquement constitue une autre limite de cette revue.</p>					



McMaster
HEALTH FORUM

>> Contactez-nous

1280 rue Main Ouest, MML-417
Hamilton, ON, Canada L8S 4L6
+1.905.525.9140 poste 22121
forum@mcmaster.ca

>> Suivez-nous

mcmasterforum.org
healthsystemsevidence.org
mcmasteroptimalaging.org

• • • mcmasterforum

FORUM+

