

Synthèse portant sur les données probantes

Mettre à grande échelle la prise de décision partagée en soins à domicile et en milieu communautaire au Canada

12 décembre 2019



McMaster
University



HEALTH FORUM

DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

**Synthèse portant sur les données probantes :
Mettre à grande échelle la prise de décision partagée en soins à domicile et en milieu
communautaire au Canada**

12 décembre 2019

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

François-Pierre Gauvin, Ph. D., responsable scientifique, McMaster Health Forum

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

France Légaré, MD Ph. D., Chaire de recherche du Canada en décision partagée et l'application des connaissances, et professeure, Université Laval

Karine Plourde, Ph. D., coordonnatrice de recherche, Chaire de recherche du Canada en décision partagée et l'application des connaissances

Financement

La présente synthèse portant sur les données probantes et le dialogue avec les parties prenantes ont été financés par les instituts de recherche en santé du Canada par l'entremise d'une subvention Fondation du Dre France Légaré de l'Université Laval (subvention #FDN-159931). 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 Aunima Bhuiya, Abeer Ahmad et Sera Whitelaw 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 et aux examinateurs du mérite 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 à Gary Groot, Jayna Holdroyd-Leduc, Ginette Pellerin, Kathy Kastner, Carolyn Gosse, François Rivest et George Heckman pour leurs précieux commentaires et suggestions.

Référence

Citation Gauvin FP, Lavis JN, Légaré F, Plourde K. *Synthèse portant sur les données probantes : Mettre à grande échelle la prise de décision partagée en soins à domicile et en milieu communautaire au Canada*. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum, 12 décembre 2019

Numéros d'enregistrement des publications

ISSN 1929-7998 (en ligne)

Table des matières

MESSAGES CLÉS..... 5

RAPPORT 7

LE PROBLÈME 12

 Les soins à domicile et en milieu communautaire font de plus en plus souvent l’objet de décisions complexes, mais les personnes âgées sont rarement amenées à y participer de manière significative 12

 Il existe une confusion entre les besoins des personnes âgées en matière de soins et leurs besoins en matière de prise de décision..... 13

 Peu d’attention a été accordée à la manière dont les organismes fournisseurs et les responsables politiques peuvent aider à répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées..... 15

 Les facteurs systémiques compliquent davantage la satisfaction des besoins décisionnels des personnes âgées..... 15

 Autres observations relatives à l’équité qui se rapportent au problème..... 18

TROIS ÉLÉMENTS D’UNE APPROCHE POTENTIELLEMENT GLOBALE POUR RÉSOUDRE LE PROBLÈME..... 20

 Groupe 1 — Besoins décisionnels auxquels les organismes fournisseurs peuvent contribuer à répondre 20

 Groupe 2 — Besoins décisionnels auxquels les responsables des politiques en matière de santé peuvent contribuer à répondre 21

 Groupe 3 — Besoins décisionnels auxquels les responsables politiques dans d’autres secteurs peuvent contribuer à répondre..... 22

STRATÉGIES DE MISE À GRANDE ÉCHELLE..... 23

RÉFÉRENCES..... 39

ANNEXES..... 43

MESSAGES CLÉS

Quel est le problème?

- Les défis posés par la mise à grande échelle du processus de prise de décision partagée (PDP) dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire concernent, entre autres, les problématiques suivantes :
 - tandis qu'on prend de plus en plus souvent des décisions complexes concernant les soins à domicile et en milieu communautaire, les personnes âgées sont rarement amenées à y participer de manière significative ;
 - il existe une confusion entre les besoins des personnes âgées en matière de soins et leurs besoins en matière de prise de décision ;
 - peu d'attention a été accordée à la manière dont les organismes fournisseurs de soins et les décideurs gouvernementaux pourraient aider à répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées ; et
 - les facteurs systémiques rendent difficile la satisfaction des besoins décisionnels des personnes âgées.

Que savons-nous sur les trois groupes de besoins décisionnels ?

- Groupe 1 — Besoins décisionnels auxquels les organismes fournisseurs pourraient contribuer à répondre :
 - Les organismes fournisseurs pourraient aider à répondre à certains besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et en milieu communautaire, tels que savoir vers qui se tourner pour comprendre où et comment obtenir des soins et de l'aide, où trouver l'aide dont elles ont besoin pour prendre des décisions complexes, ou encore quelles sont les attentes possibles en ce qui a trait à la fréquence et à l'intensité des soins.
- Groupe 2 — Besoins décisionnels auxquels les responsables des politiques en matière de santé pourraient contribuer à répondre :
 - Les responsables gouvernementaux de la politique de santé pourraient contribuer à répondre à certains besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et en milieu communautaire, tels que savoir comment elles ou leurs aidants pourraient s'assurer d'avoir leur mot à dire sur l'orientation future des soins à domicile et en milieu communautaire, comment accéder à des soins supplémentaires au-delà de ceux qui sont financés par l'État, ou comment savoir si les soins fournis à des personnes comme elles sont adéquats.
- Groupe 3 — Besoins décisionnels auxquels les décideurs politiques dans d'autres secteurs pourraient contribuer à répondre :
 - Les décideurs politiques dans d'autres secteurs (p. ex., les finances, le logement et le transport) peuvent aider à répondre à certains besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et en milieu communautaire, tels que savoir quel type de logement peut leur permettre de recevoir un niveau approprié de soins à domicile et en milieu communautaire, quel type de soutien alimentaire elles peuvent obtenir, quel type de transport elles peuvent obtenir ou quels types de soutien financier sont disponibles.

Que savons-nous sur les stratégies de mise à grande échelle?

- Nous avons trouvé sept revues systématiques publiées et une étude systématique en cours qui examinent ce que l'on sait des stratégies de mise à grande échelle des systèmes de la santé et des services sociaux, ainsi qu'une synthèse rapide qui examine l'approche des systèmes de santé à apprentissage rapide (approche qui peut être utilisée pour la conception des stratégies de mise à grande échelle). Il existe un ensemble limité de données de recherche synthétisées examinant l'efficacité des stratégies de mise à grande échelle, ainsi qu'un manque de consensus sur les mesures de la mise à grande échelle. La plupart des publications explorent les fondements conceptuels et théoriques des stratégies de mise à grande échelle et de diffusion, détaillent les étapes de ces processus, ou définissent les obstacles et les facilitateurs potentiels.
- Si les obstacles au développement à grande échelle de la PDP dans les soins à domicile et en milieu communautaire au niveau des patients, des professionnels de la santé, des organismes fournisseurs et des systèmes de soins sont nombreux, le plus grand obstacle réside peut-être dans le fait que les décideurs

politiques au Canada ont un long passé d'échecs en ce qui concerne le développement à grande échelle des innovations en matière de santé.

- Parmi les possibilités de mise à grande échelle de la PDP dans les soins à domicile et en milieu communautaire, on peut citer les réformes et les initiatives menées par un certain nombre de gouvernements canadiens qui placent ces soins, ainsi que la PDP, au premier plan. De nombreux acquis liés à la PDP, et plus généralement à la participation des citoyens et des patients (p. ex., l'expertise, les outils d'aide à la décision, les programmes de formation et les infrastructures) peuvent être mis à profit pour tirer parti de ces belles occasions.

RAPPORT

Les soins à domicile et en milieu communautaire sont des éléments du continuum des soins de santé que les citoyens canadiens apprécient grandement. Dans une enquête réalisée en 2016 auprès de 1 000 adultes canadiens, 81 % ont déclaré qu'il était important de vieillir à la maison tout en ayant accès aux soins de santé. (1) En 2012, 2,2 millions de Canadiens ont reçu des soins à domicile, et les personnes âgées (celles de plus de 65 ans) représentaient 40 % de ce total. (2) Ce nombre augmentera à mesure que la population vieillit, que les pressions sur les capacités augmentent dans les secteurs des soins actifs et des soins de longue durée, et que les nouvelles technologies facilitent l'accès aux services sociaux et de santé et leur prestation à domicile et en milieu communautaire.

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées en matière de soins à domicile et de soins communautaires, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont réalisé des investissements importants dans ce secteur. Par exemple, les trois paliers de gouvernement ont convenu d'une déclaration de principes communs sur les priorités partagées en santé après l'annonce, dans le budget fédéral de 2017, de l'affectation d'environ 6 milliards de dollars sur dix ans pour soutenir les programmes de soins à domicile et en milieu communautaire. (3 ; 4) Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont également augmenté les investissements pour renforcer et développer les soins à domicile et les soins communautaires, les exemples les plus récents étant l'annonce par le gouvernement de l'Ontario d'un montant supplémentaire de 155 millions de dollars en 2019 (5) et l'annonce par le gouvernement du Québec d'un montant supplémentaire de 1,5 milliard de dollars au cours des cinq prochaines années. (6)

Les besoins et les options croissants en matière de soins à domicile et de soins communautaires se traduiront par une augmentation du nombre et du type de décisions que les personnes âgées devront prendre. Ces décisions, dont l'objet va des options de traitement aux options de logement, peuvent être complexes et affecter de manière importante leur santé et leur bien-être.

La prise de décision partagée (PDP) est un processus de collaboration par lequel les fournisseurs de soins de santé et de services sociaux aident les usagers à prendre des décisions en fonction de leurs priorités et qui sont fondées sur les données probantes les plus

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 (les défis dans la mise à grande échelle de la prise de décision partagée), trois groupes de besoins décisionnels qui pourraient faire l'objet d'un effort d'une mise à grande échelle, et les principales implications de mise en œuvre relative à la mise à grande échelle. 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 des organisations partenaires (incluant la Chaire de recherche du Canada en décision partagée et l'application des connaissances et McMaster Health Forum);
- 2) élaborer et préciser le cadre de référence de la synthèse, en particulier la formulation du problème et des groupes de besoins décisionnels, 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, les groupes de besoins décisionnels, 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.

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.

fiables.(7) Si les résultats de la recherche montrent que la PDP permet d'améliorer l'expérience en matière de soins et les résultats pour la santé des patients et de mieux mesurer les performances du système de santé (p. ex., une meilleure utilisation des fonds consacrés aux soins de santé), (8-11) la plupart des Canadiens ne connaissent pas la PDP et très peu de personnes âgées en font l'expérience.(12)

Des outils et des programmes de formation porteurs ont été élaborés en matière de PDP pour aider les équipes de soins à domicile et de soins communautaires à soutenir les personnes âgées, ainsi que leurs familles et aidants. Ces outils et programmes ont généralement porté sur la manière dont les équipes de soins à domicile et en milieu communautaire peuvent aider les personnes âgées à prendre des décisions concernant les options de soins (p. ex., les décisions relatives aux examens et aux traitements). Cependant, on sait peu de choses sur la manière dont les organismes fournisseurs et les décideurs politiques peuvent aider à répondre à un ensemble complémentaire de besoins décisionnels des personnes âgées. Par exemple, les besoins décisionnels des personnes âgées peuvent concerner 1) l'équilibre qui peut être assuré entre la fréquence des visites et la continuité du soignant ; 2) la question de savoir comment déterminer si les soins fournis à des personnes comme elles sont adéquats ; et 3) le type de logement qui leur permettra de recevoir un niveau approprié de soins à domicile et en milieu communautaire.

En outre, les outils et programmes de PDP ont souvent été mis en œuvre dans le cadre de projets pilotes locaux et n'ont pas été étendus à l'échelle du Canada pour en faire bénéficier le plus grand nombre de citoyens possible. Alors que les systèmes de santé provinciaux et territoriaux se concentrent de plus en plus sur l'amélioration des expériences de soins et des résultats sanitaires dans le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire,(13) tout en maintenant des coûts par habitant gérables et en assurant la satisfaction des soignants, il sera de plus en plus impératif d'étendre la PDP pour répondre à l'ensemble des besoins décisionnels des personnes âgées et de veiller à ce que la PDP soit activement proposée et soutenue pour tous ceux qui peuvent en bénéficier.

Objectif de la synthèse des données probantes

La présente synthèse vise à éclairer les délibérations sur le développement à plus grande échelle de la PDP afin de répondre aux divers besoins décisionnels urgents des personnes âgées en matière de soins à domicile et de soins communautaires au Canada. Ce faisant, elle mobilise les meilleures données probantes

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 (p. ex., les personnes en situation d'emploi précaire);
- le genre;
- la religion;
- le niveau d'études (p. ex., la littératie en matière de santé);
- le statut socioéconomique (p. ex., les populations défavorisées sur le plan économique);
- l'exclusion du capital social ou l'exclusion sociale.

La synthèse des données probantes explore les considérations d'équité sous deux angles :

- populations (en particulier les questions d'équité découlant des soins à domicile et en milieu communautaire dispensés à des populations linguistiquement ou ethno-culturellement diverses); et
- géographie (en particulier les questions d'équité découlant des soins à domicile et en milieu communautaire dispensés dans les régions urbaines par rapport aux régions rurales et éloignées).

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.

disponibles pour définir : 1) les défis liés à la mise à grande échelle de la prise de décision partagée ; 2) les principaux besoins décisionnels des personnes âgées (ainsi que de leur famille et de leurs aidants) qui pourraient faire l'objet d'efforts de soutien (en particulier ceux que les organismes fournisseurs et les décideurs gouvernementaux pourraient contribuer à satisfaire) ; et 3) les principales considérations de mise en œuvre liées aux initiatives de mise à grande échelle.

Comme expliqué dans l'encadré 1, la synthèse des données probantes ne contient pas de recommandations. Pour passer des preuves à la formulation de recommandations, il aurait fallu que les auteurs introduisent leurs propres valeurs et préférences. Or, le but de cette synthèse des données probantes est plutôt d'éclairer les délibérations afin que les participants au dialogue des parties prenantes décident eux-mêmes des actions nécessaires sur la base des preuves disponibles, de leurs propres connaissances expérientielles et des idées issues des délibérations.

Pour attirer l'attention sur les considérations d'équité, parmi d'autres défis posés dans le cadre de la mise à grande échelle de la PDP, la synthèse des données probantes met également l'accent sur deux groupes de personnes que le comité directeur et les informateurs clés ont ciblés selon deux angles : 1) les populations (en particulier les questions d'équité liées aux soins à domicile et en milieu communautaire offerts à des populations diversifiées sur le plan linguistique ou ethnoculturel) et 2) la géographie (en particulier les questions d'équité liées aux soins à domicile et en milieu communautaire selon qu'ils sont dispensés en zone urbaine ou dans les zones rurales et isolées). La mise à grande échelle de la PDP peut poser des problèmes d'équité particuliers dans les deux cas (voir encadré 2). De nombreux autres segments de la population méritent également d'être sérieusement pris en considération, et une approche similaire pourrait être adoptée pour chacun d'entre eux.

Définitions clés

Un certain nombre de termes clés utilisés dans cette synthèse des données probantes doivent être définis et, dans certains cas, décrits. Ces termes, ainsi que leurs définitions et descriptions, sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 – Définitions clés

Terme	Définition et description
Besoins décisionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Les besoins décisionnels renvoient à un « déficit qui peut nuire à la qualité d'une décision (décision éclairée, qui correspond dans la mesure du possible aux valeurs de la personne) et qui nécessite une aide à la décision adaptée ».(14) • Le Modèle d'aide à la décision d'Ottawa définit six facteurs qui peuvent affecter les besoins décisionnels : <ul style="list-style-type: none"> ○ la décision (c'est-à-dire le type de décision, le nombre d'options, le degré de risque et d'incertitude, la gravité des conséquences et le caractère irrévocable ou non de la décision) ; ○ le conflit décisionnel (c'est-à-dire l'incertitude quant à une ligne de conduite) ; ○ la connaissance (du problème, des options et des résultats) et les attentes (résultats probables pour chaque option) ; ○ les valeurs ; ○ le soutien et les ressources (y compris les opinions des autres, la pression, le rôle dans la PDP, l'expérience, le sentiment d'efficacité personnelle, la motivation, les compétences et le soutien externe) ; et ○ les caractéristiques personnelles et cliniques (des personnes qui participent au processus de décision).(15)
Soins à domicile et en milieu communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins à domicile et en milieu communautaire désignent un ensemble de services financés par le secteur public et le secteur privé pour permettre aux personnes de recevoir

	<p>« des soins chez elles plutôt que dans un hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée, et à vivre de façon aussi autonome que possible dans la collectivité ».(16)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les soins à domicile et en milieu communautaire sont dispensés par divers organismes de la santé et des services sociaux (p. ex., des tiers entrepreneurs payés par les autorités sanitaires provinciales ou régionales), des professionnels (p. ex., des infirmières, des diététiciens et des travailleurs sociaux), d'autres types de travailleurs de la santé (p. ex., des préposés aux services de soutien à la personne) et des aidants non rémunérés (p. ex., des membres de la famille, des amis et des bénévoles). • D'un point de vue programmatique, les soins à domicile peuvent inclure : 1) des services professionnels pour évaluer les besoins des clients (p. ex., soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, thérapie respiratoire, orthophonie et travail social) ; 2) des services fournis par des coordinateurs de soins (c'est-à-dire un professionnel de la santé qualifié chargé de coordonner la prestation des soins prodigués à un patient par plusieurs prestataires) ; 3) des services fournis par des intervenants pivots (c'est-à-dire un professionnel qualifié, ou un bénévole ou un pair formé qui aident les patients et les familles ayant besoin de soins à domicile ou en milieu communautaire à accéder aux services, les guident dans le système de la santé et des services sociaux, et les aident à surmonter les obstacles auxquels ils peuvent être confrontés ; 4) des services de soutien à la personne pour aider les clients avec leurs soins personnels quotidiens (p. ex., prendre un bain, s'habiller, manger et s'occuper de leur hygiène personnelle) ; 5) des services d'aide ménagère (p. ex., nettoyer, planifier et préparer les repas, s'occuper des enfants) ; et 6) des soins de fin de vie avec des visites à domicile et des services de relève.(17) • Les soins communautaires peuvent inclure : 1) des programmes de jour pour adultes ; 2) des logements supervisés (p. ex., soutien personnel, aide ménagère) ; 3) des maisons de retraite (p. ex., soutien à la personne, services d'aide ménagère, activités sociales et récréatives) ; et 4) des services de transport. D'autres exemples seraient les services de soins palliatifs communautaires et résidentiels tels que les groupes de conseil et de soutien, les programmes d'exercice et de prévention des chutes, et les programmes d'appareils fonctionnels (p. ex., fournitures pour l'alimentation entérale, pompes à insuline et fournitures pour les diabétiques).(17)
<p>Prise de décision partagée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La prise de décision partagée (PDP) est un processus de collaboration par lequel un tiers (p. ex., un médecin ou un travailleur social) aide les personnes à prendre des décisions éclairées sur la base des données probantes issues de recherche et en fonction de leurs priorités.(4) • Une grande partie du processus de PDP se fait par le biais d'une interaction entre les personnes âgées, les familles, les aidants et l'équipe de soins à domicile ou de soins communautaires, et elle peut influencer de façon importante la trajectoire des soins et le bien-être des personnes âgées.(12) • Il existe plusieurs modèles de PDP, dont : <ul style="list-style-type: none"> ○ le modèle de discussion à trois niveaux, qui met en évidence trois phases de la PDP : 1) discuter en équipe (travailler ensemble, décrire les choix, offrir un soutien et poser des questions sur les objectifs) ; 2) discuter des options (discuter des options en utilisant les principes de communication des risques) ; et 3) discuter des décisions (définir des préférences éclairées, prendre des décisions basées sur les préférences)(18) ; et ○ le modèle de prise de décision partagée interprofessionnelle (IP-PDP) qui met en évidence les influences contextuelles au niveau individuel, les influences au niveau systémique ou organisationnel, et les influences plus générales au niveau politique ou social.(19) • Bien qu'on observe des variations selon les modèles de PDP, ils ont généralement trois éléments clés en commun : <ul style="list-style-type: none"> ○ le fait de reconnaître et d'admettre qu'une décision est nécessaire ; ○ le fait de connaître et de comprendre les meilleures données probantes disponibles qui sont pertinentes pour la décision à prendre ; et ○ la prise en compte des valeurs et des préférences du patient dans la décision.(20) • Les interventions visant à accroître l'utilisation de la PDP par les soignants peuvent cibler : les soignants uniquement (p. ex., la formation) ;(21) les patients uniquement (p. ex., leur offrir un outil d'aide à la décision, qui consiste en une brochure expliquant les options et

	<p>les invitant à réfléchir à leurs valeurs et préférences);(21) à la fois les soignants et les patients (p. ex., la formation et un outil d'aide à la décision);(21) les organismes fournisseurs; et enfin les décideurs gouvernementaux, aussi bien ceux du secteur de la santé que ceux d'autres secteurs. (19)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les revues systématiques ont montré que la PDP peut : <ul style="list-style-type: none"> ○ améliorer les expériences de soins et la santé des personnes;(8; 10) ○ permettre de maîtriser les coûts par habitant;(11) et ○ maintenir la satisfaction des soignants.(9) • Les résultats des recherches portant sur les outils utilisés pour soutenir la PDP font également état de certains avantages. Par exemple, des revues systématiques ont montré que l'aide à la décision permet de : <ul style="list-style-type: none"> ○ aider les patients à être mieux informés et avoir des attentes plus réalistes;(22) ○ clarifier les valeurs des patients et leur participation dans le processus décisionnel;(22) ○ réduire le recours excessif à des options de soins inutiles et inefficaces;(22) ○ accroître l'utilisation d'options de soins efficaces;(22) et ○ réduire les préjugés et accroître la sécurité des clients.(8) • Peu d'études ont examiné la PDP dans le contexte des soins à domicile et en milieu communautaire. Deux essais randomisés contrôlés sur la formation à la PDP et les aides à la décision dans le domaine des soins à domicile ont été menés dans quelques collectivités.(23; 24) Les résultats indiquent que : <ul style="list-style-type: none"> ○ les personnes âgées et les aidants ont pu participer plus pleinement dans les décisions concernant le maintien à domicile ou le déménagement et la planification des soins de fin de vie;(25) ○ les personnes âgées et les aidants ont pu jouer le rôle qu'ils souhaitaient dans le processus décisionnel;(26) et ○ les interventions d'aide à la décision en ligne visant à aider les personnes âgées à vivre de manière autonome chez eux ont été perçues comme étant acceptables et utiles.(27) • La PDP est reconnue comme étant une pratique exemplaire en matière d'obtention d'un consentement éclairé, fondamentale pour les soins axés sur le patient et la famille, et considérée par beaucoup comme un impératif éthique.(28)
Décideurs politiques	<ul style="list-style-type: none"> • Le terme décideur renvoie à un large éventail de personnes qui participent à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions stratégiques (p. ex., les hauts fonctionnaires et les élus), ou à la définition de programmes au sein des gouvernements.
Mise à grande échelle	<ul style="list-style-type: none"> • La mise à grande échelle fait référence aux efforts délibérés visant à résoudre « les problèmes d'infrastructure (au sein d'une organisation, d'une localité ou d'un système de santé) qui surviennent lors de la mise en œuvre à grande échelle. »(29) Les stratégies de mise à grande échelle visent à « accroître l'impact des innovations sanitaires testées avec succès afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de personnes et de favoriser l'élaboration de stratégies et de programmes sur une base durable. »(30) Nous utilisons le terme ici pour signifier qu'il faut veiller à ce que la PDP soit activement offerte et soutenue au profit des toutes les personnes qui peuvent en bénéficier.
Diffusion	<ul style="list-style-type: none"> • La diffusion fait référence à la reproduction d'une initiative mise en œuvre ailleurs.

LE PROBLÈME

Dans cette section, nous décrivons quatre défis liés à la mise à grande échelle de la PDP dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire :

- 1) tandis qu'on prend de plus en plus souvent des décisions complexes concernant les soins à domicile et en milieu communautaire, les personnes âgées sont rarement amenées à y participer de manière significative ;
- 2) il existe une confusion entre les besoins en matière de soins et les besoins décisionnels des personnes âgées ;
- 3) peu d'attention a été accordée à la manière dont les organismes fournisseurs de soins et les décideurs politiques peuvent aider à répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées ; et
- 4) des facteurs systémiques rendent difficile la satisfaction des besoins décisionnels des personnes âgées.

Dans les paragraphes qui suivent, nous détaillons chacun de ces défis, en nous basant sur les données et les preuves recueillies lors de nos recherches, ainsi que sur les idées dégagées au cours des entretiens que nous avons menés avec les informateurs clés lors de la préparation de cette synthèse.

Les soins à domicile et en milieu communautaire font de plus en plus souvent l'objet de décisions complexes, mais les personnes âgées sont rarement amenées à y participer de manière significative

Aider les personnes âgées à vivre chez elles et dans leur collectivité le plus longtemps possible est une priorité absolue au Canada. La nécessité de passer à l'action pour renforcer ce type de soins est devenue plus pressante compte tenu du fait que :

- en 2015, pour la première fois, il y avait plus de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada (c'est la définition de personnes âgées que nous avons retenue) que d'enfants âgés de 0 à 14 ans ;(31)
- la proportion d'adultes de plus de 80 ans devrait passer de 28 % en 2012 à 32 % en 2036 ;(31)
- plus les personnes âgées vieillissent, plus elles sont susceptibles de cumuler les problèmes de santé (p. ex., maladies chroniques, mobilité réduite et handicap) ;(31)
- la plupart des personnes âgées préfèrent continuer à vivre le plus longtemps possible chez elles de manière autonome et en sécurité ;(1) et
- les personnes âgées sont de plus en plus convaincues que les systèmes et services axés sur les nouvelles technologies peuvent être utilisés pour améliorer leur santé et leur bien-être, et pour favoriser leur autonomie.(32)

Dans le but de continuer à offrir des soins à domicile et des soins communautaires optimaux aux personnes âgées, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont fait des investissements importants. Par exemple, comme indiqué ci-dessus, le budget fédéral de 2017 prévoyait 6 milliards de dollars sur 10 ans pour appuyer les programmes de soins à domicile.(3) En vertu des accords bilatéraux avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les investissements fédéraux ciblent au moins un des quatre domaines d'action :

- 1) la diffusion et la mise à grande l'échelle de modèles de soins à domicile et en milieu communautaire qui

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 Chaire de recherche du Canada en décision partagée et l'application des connaissances, l'Association canadienne de soins et services à domicile et l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa.

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.

sont fondés sur les données probantes, qui sont plus intégrés et qui sont davantage en lien avec les soins de santé primaires ;

- 2) l'amélioration de l'accès aux soins palliatifs et de fin de vie à domicile ou dans les établissements spécialisés ;
- 3) l'accroissement du soutien aux aidants ; et
- 4) l'amélioration des infrastructures de soins à domicile (p. ex., connectivité numérique, technologie et installations de surveillance à distance pour la prestation de services en milieu communautaire).(4)

Les investissements réalisés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans les soins à domicile et en milieu communautaire permettront en fin de compte à un plus grand nombre de personnes âgées de vivre chez elles(3) et entraîneront donc la prise d'un plus grand nombre de décisions en matière de soins à domicile et en milieu communautaire. Ces décisions peuvent concerner à la fois les soins de santé et l'aide sociale, et porter sur la planification des soins (p. ex., les tests et les traitements), les services rémunérés et non rémunérés, les finances, le logement, le transport et d'autres questions qui pourraient affecter la santé et le bien-être de ces personnes.(33-35)

Par exemple, un projet récent de *Health Quality Ontario* a inventorié 52 points de décision qui pourraient affecter la transition entre l'hôpital et le domicile.(36) Cela signifie qu'une personne qui rentre chez elle après avoir été hospitalisée (ce qui est plutôt fréquent chez les personnes âgées) pourrait devoir faire un choix à 52 reprises. Ces 52 points de décision ont été regroupés en six catégories : 1) décisions concernant les soins à l'hôpital ; 2) décisions concernant la planification et le processus de sortie de l'hôpital ; 3) décisions concernant l'obtention d'un service en temps voulu et le soutien logistique après la sortie ; 4) décisions concernant les soins à domicile et les soins médicaux dans la collectivité ; 5) décisions concernant les coûts non couverts et les limites des services financés ; et 6) décisions concernant la coordination du suivi médical.(37)

Ces décisions sont complexes et elles nécessitent une PDP « meilleure » et plus fréquente. Cependant, les recherches révèlent qu'une grande partie des personnes âgées et de leurs aidants ne participent pas formellement aux décisions concernant leur propre santé et bien-être. Dans une enquête réalisée en 2018 auprès de 1 591 Canadiens (dont 939 avaient bénéficié de services de santé au cours de l'année précédente), seuls 36 % des personnes âgées ont déclaré qu'on leur présentait souvent des choix, et seuls 35 % se voyaient souvent demander ce qui comptait pour elles.(12)

Les études systématiques qui s'intéressent aux freins à l'adoption de la PDP ont tendance à se concentrer sur les obstacles au niveau des patients et des soignants. Les obstacles le plus fréquemment mentionnés par les patients et les fournisseurs de soins sont les suivants :

- les contraintes de temps ;
- le fait que certains soignants pensent que la PDP n'est pas nécessaire (ou applicable) compte tenu des caractéristiques du patient ou de la situation clinique ;
- le fait que les patients ne s'attendent pas à participer à la prise de décision ; et
- le fait que les soignants n'ont pas les compétences nécessaires pour faire participer leurs patients à la prise de décision.(38 ; 39)

Il existe une confusion entre les besoins des personnes âgées en matière de soins et leurs besoins en matière de prise de décision

Les soins à domicile et en milieu communautaire répondent généralement aux « besoins de soins » concrets (et parfois urgents) des personnes âgées. La définition des besoins de soins peut se faire par le biais d'évaluations individuelles (parfois appelées évaluations gériatriques complètes) qui visent à déterminer « les limites médicales, psychosociales et fonctionnelles d'une personne âgée fragile afin d'élaborer un plan coordonné pour maximiser la santé globale pendant la vieillesse ».(40) Ces évaluations individuelles se concentreront sur de multiples questions, notamment les problèmes physiques, cognitifs, affectifs, sociaux,

financiers, environnementaux et spirituels qui influencent la santé et le bien-être d'une personne âgée.(40) Par exemple, le « Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle » (SMAF) utilisé au Québec et le *Resident Assessment Instrument — Home Care* (RAI-HC) couramment utilisé dans d'autres provinces et territoires canadiens sont des exemples d'outils d'évaluation dont on se sert pour guider la planification globale des soins à domicile et des soins communautaires pour les personnes âgées.(41) Les besoins en matière de soins peuvent également être déterminés par le biais d'évaluations des besoins au niveau de la collectivité ou de la population, ces évaluations pouvant mener à la définition de priorités et à l'allocation de ressources qui amélioreront la santé et réduiront les inégalités en matière de santé.(42)

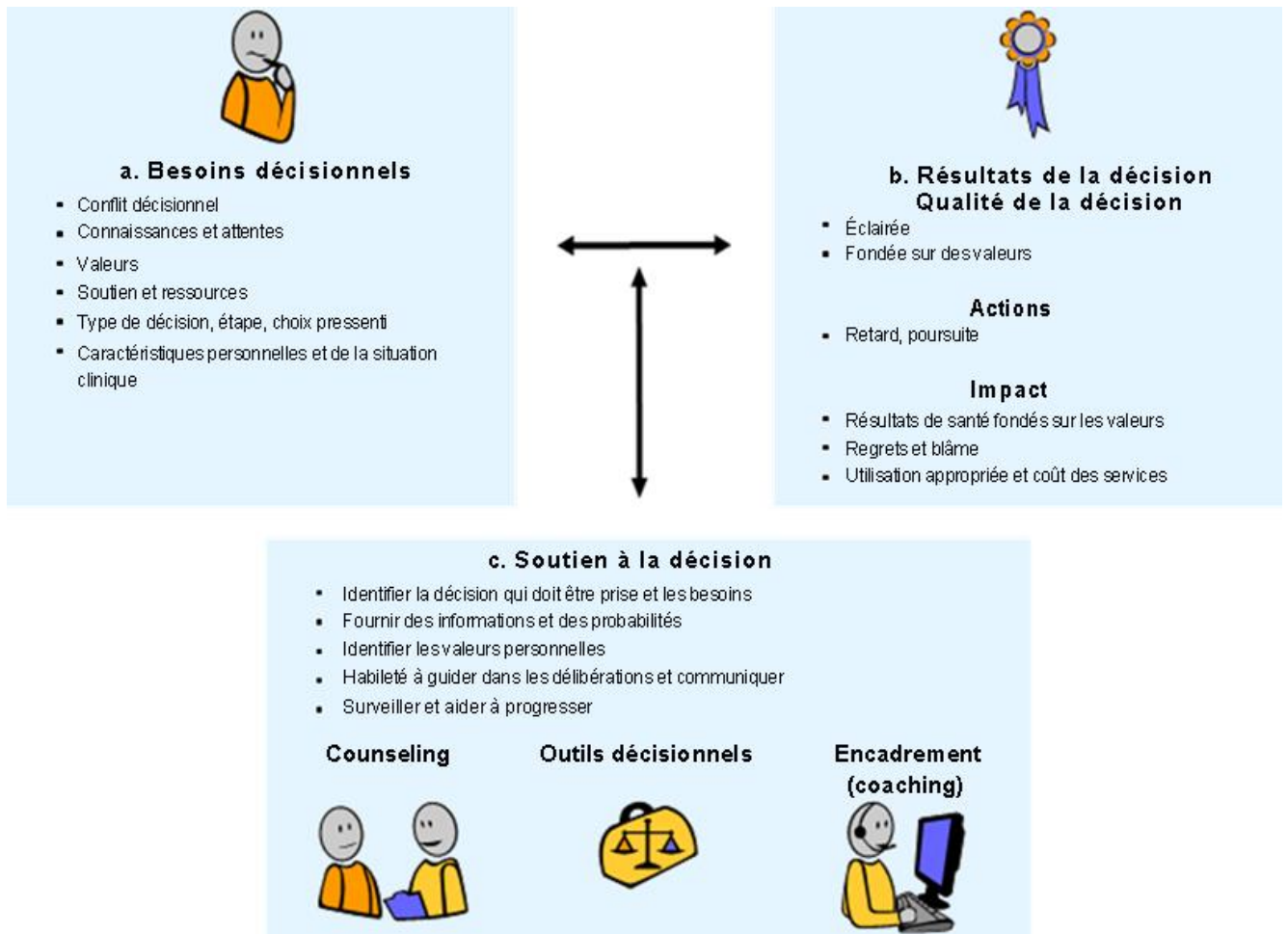
Ces évaluations individuelles et de population sont importantes pour établir les besoins des personnes âgées en matière de soins (individuels ou en tant que groupe) et elles peuvent fournir des informations essentielles pour éclairer les décisions qu'elles, leurs aidants et l'équipe de soins doivent prendre. Par exemple, les évaluations des soins peuvent aider à mieux comprendre l'état de santé et les trajectoires possibles des personnes âgées (autant que faire se peut), et ainsi aider à encadrer les décisions. En outre, des évaluations gériatriques complètes peuvent aider à voir en quoi des options de soins différentes pourraient permettre aux personnes âgées de vivre plus longtemps chez elles.

Toutefois, ces évaluations ne définissent pas explicitement les « besoins décisionnels » des personnes âgées en matière de soins à domicile et de soins communautaires. Les besoins décisionnels désignent un « déficit qui peut nuire à la qualité d'une décision (éclairée, conforme aux valeurs) et qui nécessite une aide à la décision adaptée ».(14) Comme l'indique la ligne supérieure du tableau 1 et comme le montre l'encadré supérieur gauche de la figure 1, le Modèle d'aide à la décision d'Ottawa — un cadre fondé sur les données probantes qui a été largement utilisé pour guider l'élaboration et l'évaluation des aides à la décision et d'autres outils de prise de décision — identifie six facteurs qui peuvent influencer les besoins décisionnels.(15) La définition des besoins décisionnels peut se faire par le biais d'une évaluation à « 360 degrés », passant en revue toutes les décisions auxquelles un individu est confronté et pour lesquelles plusieurs options doivent être examinées.(43) Les évaluations des besoins décisionnels permettent d'établir et de hiérarchiser la « cascade » de décisions complexes et interdépendantes auxquelles un individu est confronté et qui peuvent impliquer plusieurs parties prenantes.(43) Une telle évaluation est particulièrement pertinente pour les personnes âgées qui peuvent avoir un large éventail de besoins complexes en matière de santé (p. ex., personnes âgées atteintes de multimorbidité et de troubles cooccurrents de santé mentale) et dans le domaine social (p. ex., les personnes âgées qui manquent de soutien social, qui sont seules, qui vivent à des endroits géographiquement isolés ou dans la précarité, ou encore dans des logements inadéquats et inabordables).

L'évaluation des besoins décisionnels des personnes âgées (et de leurs aidants) est nécessaire à l'élaboration d'aides à la décision efficaces, ces dernières constituant le deuxième volet du Modèle d'aide à la décision d'Ottawa (voir l'encadré inférieur de la figure 1).(15) Les aides à la décision peuvent comprendre des conseils, des outils de décision et de l'accompagnement.(15)

Enfin, le Modèle d'aide à la décision d'Ottawa affirme que les besoins décisionnels, qui sont idéalement rendus possibles grâce à l'aide à la décision, affecteront la qualité des décisions et donc des actions (ou les comportements) qui en résulteront, ainsi que leurs conséquences (p. ex., les résultats en matière de santé, les émotions comme le regret et le reproche, et l'utilisation et les coûts appropriés des services).(15)

Figure 1 : Modèle d'aide à la décision d'Ottawa (adapté de O'Connor, 2006 (15))



Peu d'attention a été accordée à la manière dont les organismes fournisseurs et les responsables politiques peuvent aider à répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées

La plupart des modèles de PDP se sont concentrés sur les besoins décisionnels auxquels l'équipe de soins peut répondre. Cependant, les personnes âgées sont confrontées à de nombreuses décisions complexes en matière de soins à domicile et de soins communautaires, qui vont au-delà des décisions habituelles concernant les examens et les traitements. Par exemple, une revue systématique récente sur les facteurs qui influencent les décisions en matière de logement chez les personnes âgées fragiles a relevé un total de 88 facteurs, dont 71 semblent influencer les décisions.(35) Ces résultats montrent que de nombreux besoins décisionnels pourraient être satisfaits par les organismes prestataires, les responsables des politiques en matière de santé, ainsi que les responsables gouvernementaux d'autres secteurs (p. ex., services communautaires et sociaux, protection financière, logement, nutrition, transport, et même sécurité publique et justice).

Les facteurs systémiques compliquent davantage la satisfaction des besoins décisionnels des personnes âgées

Diverses caractéristiques des arrangements actuels de gouvernance, de financement et de prestation de services dans le système de la santé et des services sociaux au Canada peuvent également limiter notre

capacité à répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées en ce qui concerne les soins à domicile et en milieu communautaire. Nous résumons les principaux exemples de défis systémiques dans le tableau 2.

Tableau 2 : Aperçu des principaux facteurs systémiques qui entravent la satisfaction des besoins décisionnels des personnes âgées en ce qui concerne les soins à domicile et en milieu communautaire

Les arrangements des systèmes de santé et sociaux	Défi	Description du défi
<p>Arrangements de gouvernance (qui prend les différents types de décisions)</p>	<p>Ce en quoi consistent les « soins à domicile et en milieu communautaire » varie d'une province à l'autre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il est difficile et souvent déroutant de définir et de distinguer les différents types de services de soins à domicile et de soins communautaires. Ces services varient d'une province à l'autre et ils peuvent comprendre : des soins de courte et de longue durée en fonction des besoins ; des services qui viennent compléter et appuyer l'autonomie, l'assistance à l'autonomie ou les soins en établissement (y compris les soins de fin de vie) ; ou des services à domicile pour des personnes qui, autrement, nécessiteraient une hospitalisation. • Par exemple, en Alberta, « services de soins continus » est une formule générale qui désigne d'autres services tels que les soins de réadaptation et les programmes de jour pour adultes. En Ontario, les soins à domicile peuvent comprendre : 1) les services professionnels visant à évaluer les besoins des clients (p. ex., soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, thérapie respiratoire, orthophonie et travail social) ; 2) les services de soutien à la personne visant à aider les clients dans leurs soins quotidiens (p. ex., prendre un bain, s'habiller, manger, hygiène personnelle) ; 3) les services d'aide ménagère (p. ex., s'occuper du ménage, de la planification et la préparation des repas, des enfants) ; et 4) les soins de fin de vie avec visites à domicile et soins de relève.(13) Les programmes de soins communautaires peuvent comprendre : 1) des programmes de jour pour adultes ; 2) services de logement supervisé (p. ex., avec soutien à la personne, aide ménagère) ; 3) des maisons de retraite (p. ex., avec soutien à la personne, des services d'aide ménagère, activités sociales et récréatives) ; et 4) des services de transport. D'autres exemples visent les services de soins palliatifs communautaires et à domicile tels que des groupes de conseil et de soutien, des programmes d'exercice et de prévention des chutes, et le programme d'appareils et accessoires fonctionnels (p. ex., fournitures pour l'alimentation entérale, pompes à insuline et fournitures pour les diabétiques).(13) • La façon dont les soignants définissent (ou

		comprennent la portée des) « soins à domicile et en milieu communautaire » déterminera les options (dans les situations nécessitant la prise d'une décision) qui seront offertes aux personnes âgées et à leurs aidants. Cela peut entraîner des biais systémiques qui sont intrinsèques à la PDP dans les soins à domicile et en milieu communautaire.
	Complexité liée à la détermination de l'autorité compétente	<ul style="list-style-type: none"> • Les besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et de soins communautaires relèvent souvent d'un large éventail de secteurs gouvernementaux (p. ex., la santé, les services communautaires et sociaux, la protection financière, le logement et le transport) et différents niveaux de gouvernement (p. ex., municipal, provincial/territorial et fédéral). • Répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées peut nécessiter des approches pangouvernementales, à tous les niveaux, et cela peut être difficile à réaliser étant donné la complexité actuelle du partage des compétences (p. ex., au Nouveau-Brunswick, les soins à domicile/le programme extramural relève du ministère de la Santé, alors que les établissements de soins de longue durée/le soutien à domicile du ministère du Développement social.
	Les mécanismes d'imputabilité ne sont pas axés sur les besoins décisionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Les mécanismes actuels d'imputabilité des décideurs gouvernementaux en matière de santé sont axés sur l'amélioration de l'accès aux soins et des performances cliniques (et non sur les besoins décisionnels des personnes âgées).
Arrangements financiers (la façon dont l'argent circule dans le système)	Ensemble disparate de services financés par le secteur public et le secteur privé constitue un défi	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble disparate de services couverts par le secteur public et le secteur privé pose un défi lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et en milieu communautaire. • La disponibilité des services financés par l'État varie d'une province à l'autre et au sein d'une même province, ce qui affecte les options parmi lesquelles les personnes âgées peuvent choisir. • La définition des « soins à domicile et en milieu communautaire » peut susciter des attentes que certains soignants ne sont pas en mesure de satisfaire en raison d'une répartition inégale des ressources.
	Manque d'investissements pour soutenir de développement de la PDP à l'échelle du système	<ul style="list-style-type: none"> • Un manque d'investissement et de soutien dans l'ensemble du système entrave l'accès de la plupart des citoyens canadiens à la PDP, notamment pour répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et en milieux communautaire (à l'exception de quelques projets pilotes locaux).
Arrangements de prestation de soins (organisation des soins de	Les soins à domicile et en milieu communautaire sont un secteur fragmenté	<ul style="list-style-type: none"> • Les soins à domicile et en milieu communautaire sont un secteur fragmenté, à la fois horizontalement (entre les différentes

<p><i>manière à bénéficier aux personnes qui en ont besoin)</i></p>		<p>parties du système de la santé) et verticalement (entre les « couches » du système de la santé et entre les provinces).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il existe plusieurs niveaux de prise de décision (renvoyant à des besoins décisionnels spécifiques). • Les soins à domicile et en milieu communautaire sont dispensés par divers organismes de soins de santé et de services sociaux (p. ex., des tiers entrepreneurs payés par les autorités sanitaires provinciales ou régionales), des professionnels (p. ex., des infirmières, des diététiciens et des travailleurs sociaux), d'autres types de travailleurs de la santé (p. ex., des travailleurs de soutien à la personne) et des aidants non rémunérés (p. ex., des membres de la famille, des amis et des bénévoles). • La coordination des soins demeure un défi, et il est difficile de relier tous les fournisseurs et d'établir des liens avec l'ensemble des autres secteurs.
	<p>Il n'y a pas d'outil standardisé pour identifier les besoins décisionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'il existe des outils standardisés et fondés sur les données probantes pour documenter les besoins des personnes âgées en matière de soins (p. ex., interRAI-HC), aucun outil de ce type n'existe encore pour dégager les besoins décisionnels des personnes âgées en ce qui concerne les soins à domicile et en milieu communautaire (ce qui rend la définition des besoins décisionnels complexe et incohérente).
	<p>L'accès inégal à la télésanté limite la possibilité d'offrir une aide à la décision dans les zones rurales et éloignées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De nombreux facteurs peuvent influencer l'accès et l'utilisation des services de télésanté par les patients (notamment les préoccupations concernant la technologie, l'évolution des services et le respect de la vie privée ; la facilité d'utilisation ; la connaissance des avantages de la télésanté ; l'accès aux soins ; et le coût).(44) Certaines régions du Canada (p. ex., les régions rurales et éloignées) sont confrontées à des défis particuliers en ce qui concerne les infrastructures informatiques requises pour les services de télésanté.(45) Il faudra sans doute relever ces défis pour rendre la PDP opérationnelle et pour être en mesure de fournir des aides à la décision en ligne (p. ex., conseils, encadrement et outils de décision) dans l'ensemble du pays.

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

Un élément important du problème qui nécessite un débat plus approfondi est le fait que certains groupes ou communautés peuvent être touchés de manière disproportionnée. En ce qui concerne la mise à grande échelle de la PDP dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire, de nombreux groupes méritent une attention particulière. Cependant, comme nous l'avons déjà mentionné, la présente synthèse explore les considérations d'équité sous deux angles : la population concernée (en particulier les adultes âgés issus de

communautés ethnoculturelles et linguistiques différentes) et la géographie (en particulier les adultes âgés qui habitent en milieu urbain par rapport à ceux qui se trouvent dans les zones rurales et éloignées).

Les résultats d'une récente enquête transversale sur la PDP vécue par des citoyens canadiens confrontés à des décisions liées à la santé soulèvent d'importantes préoccupations en termes d'équité.⁽¹²⁾ L'enquête a révélé que les adultes âgés, en particulier ceux qui reçoivent des soins à domicile, étaient moins susceptibles de prendre part à des décisions liées à la santé que les personnes appartenant aux groupes d'âge plus jeunes. En outre, les personnes qui ne sont pas de race blanche et celles qui habitent dans les zones rurales étaient également moins associées à la prise de décisions liées à la santé. Les habitants du Québec participent également moins à la PDP par rapport à ceux d'autres provinces (ce qui, selon les auteurs de l'étude, s'expliquerait en partie par les décalages dans le pays au niveau des initiatives visant à soutenir la PDP, et par le fait que la PDP s'est surtout développée dans les provinces anglophones).⁽¹²⁾ D'après les auteurs, « Ces résultats appellent une prise en compte accrue des populations vulnérables, qui bénéficieraient le plus d'une participation à la prise de décision partagée. La prise de décision partagée est une occasion de réduire les inégalités, mais nous devons veiller à ce que sa mise en œuvre ne les exacerbe pas ». ⁽¹²⁾

Ces résultats concordent avec les données de recherches indiquant que les patients peuvent être confrontés à des défis de nature ethnoculturelle et linguistique dans la PDP. En effet, l'origine ethnoculturelle a une incidence sur les valeurs et les normes relatives à diverses dimensions des soins et donc sur le point de vue du patient et de sa famille sur toute une série de questions — santé, souffrance, décès et mort ; planification préalable des soins ; domicile et communauté ; recours à la médecine occidentale ; rôle des soins informels ou familiaux ; divulgation d'informations et de pronostics — qui peut ainsi avoir un effet sur sa capacité ou son désir de participer à la PDP. Le caractère multiculturel du Canada nécessite l'élaboration de modèles de PDP qui répondent aux besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et en milieu communautaire tout en respectant leur contexte ethnoculturel et linguistique. La difficulté à répondre à leurs besoins décisionnels peut également être exacerbée par des politiques et des contextes sociaux plus larges (p. ex., la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire aux collectivités autochtones exige des efforts administratifs accrus pour harmoniser les politiques dans les domaines de compétence fédérale et provinciale/territoriale et nécessite des interactions importantes avec les fournisseurs de soins fédéraux ; la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire aux communautés francophones en situation minoritaire). Toutefois, certaines politiques peuvent atténuer ces difficultés. Par exemple, en ce qui concerne les communautés francophones en situation minoritaire, les lois sur les services en français qui ont été adoptées dans certaines provinces pourraient permettre aux personnes âgées qui en ont besoin d'obtenir des services de soins à domicile et en milieu communautaire en français. De plus, en vertu de l'article 41 de la Loi sur les langues officielles, le gouvernement du Canada a le mandat de favoriser l'épanouissement des communautés de langue officielle en situation minoritaire, ce qui se traduit par des politiques et des programmes comme le Programme pour les langues officielles en santé, dans le cadre duquel un appel de propositions a récemment été lancé pour améliorer l'accès aux soins à domicile et en milieu communautaire dans la langue de la minorité (entre autres priorités).⁽⁴⁶⁾

Les résultats de la récente enquête transversale soulèvent également d'importantes questions d'équité pour les personnes âgées vivant dans les zones rurales et isolées par rapport à celles qui habitent en milieu urbain.⁽¹²⁾ L'étude appelle à une meilleure compréhension de la manière dont les besoins décisionnels des personnes âgées peuvent varier en fonction de l'endroit où elles habitent (p. ex., zones urbaines par rapport aux zones rurales et isolées), et de la manière dont le contexte rural ou urbain peut affecter la capacité à répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex., la gamme de services de soins à domicile et communautaires peut ne pas être la même dans les zones rurales et les zones urbaines, la « dynamique des soins » peut être très différente, et la capacité des organismes fournisseurs à offrir une aide à la décision peut varier entre les zones rurales et les zones urbaines).

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

De nombreuses approches pourraient être choisies comme point de départ des délibérations sur les besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et en milieu communautaire au Canada. Dans cette section, nous nous efforçons de dresser une liste potentiellement complète de ces besoins décisionnels et plus particulièrement de ceux qui vont au-delà des décisions traditionnelles liées aux examens et aux traitements, auxquels une équipe de soins est en mesure de répondre (voir encadré 4).

Pour faciliter la discussion, nous avons classé les besoins décisionnels en trois groupes :

- 1) les besoins décisionnels auxquels les organismes fournisseurs peuvent contribuer à répondre ;
- 2) les besoins décisionnels auxquels les responsables politiques de la santé peuvent contribuer à répondre ;
et
- 3) les besoins décisionnels auxquels les responsables politiques d'autres secteurs peuvent contribuer à répondre.

Les trois groupes sont présentés séparément afin de favoriser les délibérations sur l'importance relative des besoins décisionnels dans chaque groupe et entre différents groupes.

Groupe 1 — Besoins décisionnels auxquels les organismes fournisseurs peuvent contribuer à répondre

Les organismes fournisseurs pourraient aider à répondre à certains besoins décisionnels des personnes âgées en ce qui concerne les soins à domicile et en milieu communautaire.

- Vers qui puis-je me tourner pour obtenir des soins et un soutien ?
 - p. ex., plusieurs types de professionnels de la santé en fonction de mes besoins
- Vers qui puis-je me tourner pour m'aider à prendre des décisions complexes ?
 - p. ex., les pairs
 - p. ex., les groupes de soutien et les forums virtuels
 - p. ex., des professionnels formés en PDP
 - p. ex., des personnes ayant une expertise particulière dans certains types d'aide à la décision
- Quel degré d'équilibre peut-il être atteint entre la fréquence et l'intensité des soins d'un côté et l'aide de l'autre ?
- Quel degré d'équilibre peut-il être atteint entre la fréquence des consultations et la continuité des soignants ?
 - p. ex., le choix d'avoir des consultations plus fréquentes avec un plus grand nombre de soignants ou des consultations moins fréquentes avec un petit nombre de soignants que le patient connaît bien.
- Comment rendre les soins et l'aide plus appropriés sur le plan linguistique et culturel ?
- Quels types de services pourraient m'être proposés de manière proactive lorsque je contacte le réseau de la santé pour d'autres raisons (ce que l'on appelle parfois « l'approche interne » ou les « services in-reach ») ?
 - p. ex., des services de dépistage proposés en fonction de mes facteurs de risque déjà connus.
- Quels types de services communautaires pourraient m'être proposés si je n'ai sollicité aucun service du réseau de la santé pendant un certain temps ?

Encadré 4 : Définition des trois groupes de besoins décisionnels

Les trois groupes de besoins décisionnels ont été définis et affinés au cours d'un processus en quatre étapes :

- consultation avec le comité directeur ;
- consultation avec les informateurs clés qui ont été interrogés au cours de l'élaboration de cette synthèse des données probantes ;
- tour d'horizon des revues systématiques et des études primaires examinant les besoins décisionnels des personnes âgées, de leur famille et de leurs aidants en matière de soins à domicile et de soins communautaires ; et
- tour d'horizon des répertoires d'outils d'aide à la décision (p. ex., celui de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et la Boîte à décision de l'Université Laval).

- p. ex., un appel ou une visite d'un médecin, d'une infirmière ou d'un autre professionnel de la santé du bureau de mon fournisseur de soins primaires.
- Comment puis-je partager mes informations de santé avec mes soignants ?
 - p. ex., en ajoutant le soignant à mon « cercle de soins » numérique ;
 - p. ex., par le suivi numérique à distance ;
 - p. ex., en notant des symptômes et d'autres détails ;
 - p. ex., en répondant aux sondages sur les expériences de soins ou les résultats de santé.
- Comment puis-je jouer un rôle plus important dans la gestion de ma propre santé et de mes soins ?
 - p. ex., l'accès à un portail pour les patients qui contient mes résultats d'examen médicaux ;
 - p. ex., l'accès à un portail contenant des informations sur les pratiques qui favorisent un vieillissement dans des conditions optimales.
- Quels peuvent être mes objectifs en matière de soins ?
 - p. ex., maintenir ma qualité de vie ou vivre assez longtemps pour participer à une activité familiale importante.
- Quels sont les souhaits, les croyances et les valeurs que je dois communiquer à mes soignants et mes décideurs substituts ?
- Quelles mesures dois-je prendre pour m'assurer que mes souhaits, croyances et valeurs sont pris en compte par mes soignants et mes décideurs substituts ?
- Comment puis-je partager mes expériences et mes idées afin d'améliorer les services ?
 - p. ex., utiliser un processus de plainte formel ;
 - p. ex., contacter les comités d'« usagers » composés de personnes âgées recevant des services et de leurs familles et aidants.
- Qui peut défendre mes droits/intérêts ?
 - p. ex., mon aidant naturel ou un membre de ma famille ;
 - p. ex., mon décideur substitut ;
 - p. ex., mes pairs ;
 - p. ex., l'ombudsman des patients ou son équivalent (s'il en existe un dans l'organisme ou le système de santé)

Groupe 2 — Besoins décisionnels auxquels les responsables des politiques en matière de santé peuvent contribuer à répondre

Les responsables des politiques en matière de santé (généralement ceux qui, au niveau provincial et territorial, sont responsables de la plupart des décisions en matière de santé) pourraient contribuer à répondre à certains besoins décisionnels des personnes âgées en ce qui concerne les soins à domicile et en milieu communautaire.

- Comment faire en sorte que ma famille ou une personne qui s'occupe de moi et moi-même puissions avoir notre mot à dire sur l'orientation future des soins à domicile et des soins communautaires ?
 - p. ex., les conseils consultatifs des patients et des familles.
- Comment puis-je accéder à des soins supplémentaires, au-delà de ceux qui sont financés par l'État ?
- Comment obtenir des informations complètes sur tous les services disponibles dans le continuum des soins, que ces services soient financés par des fonds publics ou des fonds privés ?
 - p. ex., site Web décrivant les soins à domicile et les options de soutien financées par l'État ;
 - p. ex., site Web décrivant les soins à domicile et les options de soutien financées par le secteur privé.
- Comment puis-je savoir si les soins prodigués à des personnes comme moi sont adéquats ?
 - p. ex., site Web qui donne des indicateurs de mesure du modèle du quadruple objectif des organismes fournisseurs ;
 - p. ex., site Web qui donne des indicateurs de la qualité et la sécurité des soins à domicile et en milieu communautaire ;
 - p. ex., site Web qui donne des indicateurs permettant de mesurer l'équité dans la prestation des soins à domicile et en milieu communautaire.
- Comment puis-je savoir si mes soignants répondent aux exigences de leur profession ?

- p. ex., site Web qui renseigne sur le statut de tous les types de travailleurs de la santé.
- Comment puis-je partager mes expériences et mes idées pour améliorer les politiques, les programmes et les services de santé ?
 - p. ex., contacter l'ombudsman des patients ;
 - p. ex., contacter la Commission d'examen, de recours et d'appel des services de santé.
- Qui peut défendre mes droits/intérêts ?
 - p. ex., mon aidant naturel ou membre de ma famille ;
 - p. ex., mon décideur substitut ;
 - p. ex., mes pairs ;
 - p. ex., mes fournisseurs de services ;
 - p. ex., l'ombudsman des patients.

Groupe 3 — Besoins décisionnels auxquels les responsables politiques dans d'autres secteurs peuvent contribuer à répondre

Les responsables politiques dans d'autres secteurs (là encore, généralement au niveau provincial et territorial) pourraient contribuer à répondre à certains besoins décisionnels des personnes âgées en matière de soins à domicile et de soins communautaires.

- Quelles sont les exigences en termes de type de logement pour recevoir un niveau approprié de soins à domicile et en milieu communautaire ?
 - p. ex., dois-je adapter mon domicile ?
 - p. ex., ai-je besoin d'un autre type d'hébergement, allant du logement supervisé aux établissements de soins de longue durée ?
- Quel type d'aide alimentaire puis-je obtenir ?
 - p. ex., service de repas à domicile ;
 - p. ex., banques alimentaires ;
 - p. ex., les centres d'accueil offrant des repas.
- Quel est le type de transport auquel je peux avoir accès ?
 - p. ex., continuer à conduire mon propre véhicule ;
 - p. ex., conduire des véhicules de location ou utiliser un programme de covoiturage si nécessaire ;
 - p. ex., utiliser les services d'une compagnie de covoiturage comme Uber ;
 - p. ex., utiliser les transports en commun réguliers ;
 - p. ex., utiliser les services de transport en commun pour les personnes ayant des besoins particuliers.
- Quelles sont les options financières qui s'offrent à moi pour me soutenir maintenant (et à l'avenir si mes besoins changent), et à quelles conditions ?
 - p. ex., frais assumés ;
 - p. ex., les services subventionnés ;
 - p. ex., crédits d'impôt.
- Quels types de soutien financier ai-je à ma disposition aujourd'hui ou aurai-je à l'avenir si mes besoins changent, et à quelles conditions ?
- Quels types d'information de divers domaines pourrais-je combiner afin de mieux adapter le soutien disponible à mes besoins ?
 - p. ex., la santé, le logement, la nutrition et le transport.
- Comment puis-je partager mes expériences et mes idées pour améliorer les politiques, les programmes et les services ?
 - p. ex., contacter l'ombudsman des patients ;
 - p. ex., contacter la Commission d'examen, de recours et d'appel des services de santé.
- Qui peut défendre mes droits/intérêts ?
 - p. ex., mon aidant naturel ou membre de ma famille ;
 - p. ex., mon décideur substitut ;

- p. ex., mes pairs ;
- p. ex., l'ombudsman des patients.

STRATÉGIES DE MISE À GRANDE ÉCHELLE

Au fil des ans, des outils et des programmes de formation porteurs ont été élaborés pour aider les équipes de soins à soutenir les personnes âgées, ainsi que leur famille et leurs aidants. Cependant, la PDP a souvent été mise en œuvre dans le cadre de projets pilotes locaux, et elle n'a pas été étendue de façon à toucher le plus grand nombre de citoyens.

L'objectif de cette section est quadruple : 1) examiner ce que nous savons sur les stratégies de mise à grande échelle grâce aux résultats de revues systématiques ; 2) repérer les obstacles potentiels à la mise à grande échelle de la PDP dans les soins à domicile et en milieu communautaire au Canada ; 3) déceler les occasions d'étendre à grande échelle la PDP dans les soins à domicile et en milieu communautaire au Canada ; et 4) utiliser les réformes du système de santé qui sont en cours en Ontario comme exemple pour explorer la manière de porter la PDP à grande échelle.

Ce que nous savons (grâce aux résultats de revues systématiques) sur les stratégies de mise à grande échelle

Nous présentons les résultats des revues systématiques et, à l'aide de l'outil AMSTAR, nous évaluons leur qualité méthodologique(47), qui peut être élevée (score de 8 ou plus sur un maximum de 11), moyenne (score de 4 à 7) ou faible (score inférieur à 4) (voir l'annexe pour plus de détails sur le processus d'évaluation de la qualité). Nous notons également si elles sont récentes, c'est-à-dire menées au cours des cinq dernières années, d'après notre définition.

Au total, nous avons recensé sept revues systématiques complétées(29 ; 30 ; 48-52) et une revue systématique en cours(53) sur les stratégies de mise à grande échelle, ainsi qu'une synthèse rapide sur l'approche des systèmes d'apprentissage rapide qui a été jugée pertinente.(13)

Les principales conclusions de ces revues sont regroupées ci-dessous en trois catégories : 1) le nombre limité de données de recherche synthétisées examinant l'efficacité des stratégies de mise à grande échelle ; 2) les différents modèles de stratégies de mise à grande échelle ; et 3) les différentes « perspectives » qui peuvent éclairer ces stratégies.

L'insuffisance de données de recherche synthétisées sur l'efficacité des stratégies de mise à grande échelle

Encadré 5 : Mobiliser les données probantes sur les stratégies de mise à grande échelle

Les données probantes disponibles sur les stratégies de mise à grande échelle 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 7 800 revues systématiques et plus de 2 700 évaluations économiques des arrangements financiers, arrangements relatifs à la prestation de services et arrangements de gouvernance au sein des systèmes de santé. Les revues et les évaluations économiques ont été repérées en cherchant dans la base de données des revues qui abordent les caractéristiques des stratégies de mise à grande échelle.

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 œuvre. Face à une revue publiée il y a de nombreuses années, nous pourrions en commander la mise à jour si le temps le permet.

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

peut s'expliquer par 1) le manque d'information et de rigueur dans les études primaires ; 2) la confusion entre l'innovation à porter à grande échelle et les stratégies de mise à grande échelle ; 3) le fait de passer sous silence les effets néfastes et les échecs ; et 4) l'applicabilité limitée des conclusions aux pays à revenu élevé, aux soins à domicile et en milieu communautaire, ou aux initiatives mises à grande échelle dans de multiples secteurs à la fois.(30 ; 50 ; 54) En lien avec la première de ces quatre explications, nous avons également noté un manque de consensus sur les paramètres permettant d'évaluer l'efficacité des stratégies de mise à grande échelle.(50) Ce point fait écho aux craintes exprimées récemment de conséquences potentiellement négatives des initiatives visant à étendre la PDP au niveau national si les limites de la définition et de la mesure de la PDP ne sont pas prises en compte.(55) Les chercheurs ont récemment souligné la nécessité d'avoir « une définition préalable des résultats souhaités, des conseils sur les outils utilisés pour mesurer la PDP dans les nombreux contextes dans lesquels elle est appliquée, une évaluation longitudinale de l'impact des initiatives stratégiques qui ont été introduites en matière de PDP, des examens à intervalles réguliers de cet impact et, au besoin, des révisions des outils de mesure de la PDP ».(55)

Néanmoins, le corpus actuel de données de recherche synthétisées indique que les stratégies prometteuses de mise à grande échelle nécessitent une action sur cinq fronts : 1) l'infrastructure (p. ex., des outils de santé numériques pour soutenir la PDP) ; 2) les dispositifs de gouvernance (p. ex., des politiques qui soutiennent la PDP) ; 3) les dispositifs financiers (p. ex., la modification des mécanismes de paiement pour récompenser la PDP) ; 4) les ressources humaines (p. ex., la formation des fournisseurs à la PDP et la prise en compte de l'évolution de leurs rôles du fait de la PDP) ; et 5) mobiliser les patients et le public (p. ex., dans la conception conjointe de stratégies de mise à grande échelle).(30 ; 50 ; 54)

Les résultats de recherche dont on dispose révèlent également différents modèles de développement à grande échelle et de diffusion de la PDP(51), notamment :

- des efforts de diffusion d'initiatives particulières (p. ex., une « poussée » unidirectionnelle pour augmenter les sites de diffusion pour une initiative en particulier, souvent avec des ressources de source extérieure) ;
- les collaborations ou les échanges qui soutiennent le développement à grande échelle ou la diffusion d'initiatives multiples sur un sujet précis (p. ex., souvent avec un échange bidirectionnel d'informations ou d'idées, des efforts liés à un sujet particulier et une participation volontaire) ; et
- le développement à grande échelle ou la diffusion d'efforts qui s'inscrivent dans un système (p. ex., l'alignement des activités sur les priorités du système, le partage des infrastructures dans les sites de diffusion et l'établissement de limites claires pour la diffusion).(51)

Enfin, des revues systématiques ont révélé que diverses approches théoriques peuvent éclairer les stratégies de mise à grande échelle et de diffusion :

- la science de l'application, qui adopte une approche mécanique, structurée et progressive pour développer, reproduire et évaluer une intervention dans plusieurs sites ;
- la science de la complexité, qui encourage une approche souple et adaptative du changement dans un système dynamique et auto-organisé ; et
- les approches des sciences sociales, qui examinent les raisons qui poussent les individus à agir de telle ou telle manière, en particulier les forces organisationnelles et sociales plus larges qui façonnent et limitent leurs actions.(29)

Certaines approches peuvent être plus appropriées que d'autres selon les contextes. Par exemple, les auteurs de la revue ont suggéré que « plus le défi de la diffusion est grand, ambitieux et contesté politiquement, plus les perspectives écologiques et sociales devront compléter (ou remplacer) les efforts “mécaniques” visant à reproduire une intervention ».(29)

Le tableau 3 présente un résumé des principaux résultats de la synthèse des données de recherche. Pour ceux qui souhaitent en savoir plus sur les revues systématiques incluses dans le tableau (ou obtenir les références), une description plus complète des revues systématiques est fournie en annexe.

Tableau 3 : Résumé des principales conclusions tirées de revues systématiques quant aux stratégies de mise à grande échelle

Catégorie de conclusions	Résumé des principales conclusions
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune évaluation explicite des avantages des stratégies de mise à grande échelle n'a été trouvée dans les revues systématiques incluses.
Inconvénients potentiels	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune évaluation des inconvénients potentiels des stratégies de mise à grande échelle n'a été trouvée dans les revues systématiques incluses.
Coûts et/ou rentabilité par rapport au statu quo	<ul style="list-style-type: none"> • Une revue ancienne, de qualité moyenne, révèle que les coûts de mise à grande échelle d'une intervention dépendent du type et du contexte particulier de chaque intervention.(48) On y propose également quatre principes pour déterminer les coûts des interventions : <ul style="list-style-type: none"> ○ calculer séparément les coûts unitaires pour les populations urbaines et les populations rurales ; ○ déterminer les économies et les déséconomies d'échelle, et séparer les coûts fixes et les coûts variables ; ○ évaluer la disponibilité et la capacité des ressources humaines dans le domaine de la santé ; et ○ inclure les coûts administratifs, qui peuvent constituer une part importante des coûts de mise à grande échelle à court terme.(48)
Incertitude quant aux avantages et aux inconvénients potentiels (un suivi et une évaluation s'imposeraient donc si l'option était retenue)	<ul style="list-style-type: none"> • Une revue récente, de qualité moyenne, fait état d'un ensemble limité de données scientifiques sur l'efficacité des stratégies de mise à grande échelle des soins primaires. Elle indique également qu'il existe un consensus minimal sur les paramètres de mesure nécessaires pour évaluer l'efficacité des stratégies de mise à grande échelle.(50) Une seule étude a utilisé un modèle pour évaluer les effets d'une stratégie de mise à grande échelle, le modèle « Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation and Maintenance » ou RE-AIM (portée, efficacité, adoption, mise en œuvre et maintien).(50) • Une revue systématique en cours examine l'efficacité des stratégies pour porter à grande échelle les interventions de protection sociale (c'est-à-dire les interventions visant à fournir des soins, un soutien et une protection aux enfants ou aux adultes qui sont à risque ou qui ont des besoins liés à la maladie mentale, au handicap, à la vieillesse ou à la pauvreté).(53)
Éléments clés d'une telle politique, si elle a été expérimentée ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude récente, de qualité moyenne, montre que les stratégies de mise à grande échelle des soins primaires comportent généralement un ou plusieurs des éléments suivants (par ordre de fréquence selon les études) : (50) <ul style="list-style-type: none"> ○ les composantes liées aux ressources humaines (p. ex., les responsables politiques/gestionnaires, les soignants, les consultants médicaux externes et les travailleurs en santé communautaire) ; ○ les composantes liées à l'infrastructure des soins de santé (p. ex., de nouveaux bâtiments, les liens entre les différents sites cliniques) ; et ○ les composantes liées aux changements de politique ou de réglementation et celles liées au financement (p. ex., le versement de primes aux travailleurs de la santé). • Une étude récente, de qualité moyenne, examine les stratégies disponibles de mise à grande échelle et de diffusion des pratiques cliniques et administratives dans les systèmes de santé plus vastes (en mettant l'accent sur les sites qui sont « difficiles à mobiliser »).(51) L'étude a révélé quatre phases clés du processus de développement ou de diffusion à grande échelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ essais et phase pilote (avec des innovateurs) ; ○ essais et diffusion (avec les adoptants précoces) ; ○ diffusion de masse (avec une majorité précoce et une majorité tardive) ; et ○ repersonnalisation (avec les adoptants tardifs/difficiles à atteindre).(51) • La même étude a exposé trois modèles pour décrire l'organisation ou l'infrastructure des efforts de diffusion :

	<ul style="list-style-type: none"> ○ les efforts qui intègrent le développement ou la diffusion à grande échelle au sein du système de soins (p. ex., les activités sont alignées sur les priorités du système, les infrastructures sont partagées dans les sites de diffusion et les limites de la diffusion sont clairement définies) ; ○ les collaborations ou les échanges visant à soutenir la diffusion d'initiatives multiples dans un domaine précis (p. ex., échange bidirectionnel d'informations/idées, efforts liés à un sujet particulier et participation volontaire) ; et ○ les efforts de diffusion spécifiques à une initiative (p. ex., une « poussée » unidirectionnelle vers des sites de diffusion, efforts axés sur une initiative/pratique et des ressources provenant souvent de sources externes).(51) ● Une revue récente, de qualité moyenne, identifie trois optiques théoriques qui ont été utilisées pour appuyer les stratégies de diffusion et de mise à grande échelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ la science de l'application, qui adopte une approche mécanique, structurée et progressive pour élaborer, reproduire et évaluer une intervention dans plusieurs sites ; ○ la science de la complexité, qui encourage une approche souple et adaptative du changement dans un système dynamique et auto-organisé ; et ○ les approches des sciences sociales, qui examinent les raisons qui poussent les individus à agir de telle ou telle manière, en particulier les forces organisationnelles et sociales plus larges qui façonnent et limitent leurs actions.(29) ● La même étude conclut que ces trois approches peuvent être combinées pour relever les défis de la diffusion et de la mise à grande échelle (des changements de petite à grande envergure), et qu'elles peuvent renseigner les équipes de première ligne sur les raisons pour lesquelles certains efforts de changement sont efficaces et d'autres non et en quoi consiste cette efficacité.(29) ● Une revue de qualité moyenne a permis de dégager huit cadres de mise à grande échelle des interventions de santé publique (la plupart étant axés sur les pays à revenu faible ou intermédiaire), ainsi que les principaux facteurs de réussite de la mise à grande échelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'élaboration d'une stratégie de suivi et d'évaluation ; ○ la modélisation des coûts et des facteurs économiques associés aux différentes approches d'intervention ; ○ participation d'un groupe diversifié de responsables de la mise en œuvre des interventions et de membres de la collectivité visée ; ○ la conception d'une stratégie de mise à grande échelle adaptée au contexte ; ○ la recherche et l'utilisation proactives de données scientifiques ; ○ la présence d'une infrastructure pour soutenir la mise en œuvre ; ○ un leadership, un plaidoyer et une volonté politique forts ; et ○ l'élaboration d'une stratégie globale de mise à grande échelle.(30) ● Une revue de faible qualité présente 16 étapes du processus d'innovation et de mise à grande échelle : 1) définir le problème ; 2) développer l'innovation ; 3) élaborer un essai pilote ; 4) réaliser l'essai pilote ; 5) évaluer l'essai pilote ; 6) décider de la mise en œuvre ; 7) planifier la mise en œuvre ; 8) mettre en œuvre ; 9) évaluer la mise en œuvre ; 10) tester l'extensibilité ; 11) décider de la mise à grande échelle ; 12) planifier la mise à l'échelle ; 13) réaliser la mise à grande échelle ; 14) évaluer la mise à grande échelle ; 15) faire un suivi de la mise à grande échelle ; et 16) institutionnaliser.(49) ● Une étude plus ancienne, de faible qualité, examine la manière dont les gouvernements peuvent coordonner les transformations importantes de système en se concentrant sur cinq thèmes : le leadership, le suivi et l'établissement de rapports, le contexte historique, l'implication des médecins et l'implication des patients et des familles. Les facilitateurs pour chacun de ces cinq thèmes sont les suivants :
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ la mise en œuvre d'efforts de transformation transparents, la création d'un organe de coordination central à l'abri de toute influence politique et la formulation claire des objectifs du changement ; ○ la budgétisation de systèmes informatiques, l'établissement d'une surveillance indépendante des mesures et de la production de rapports, et l'accompagnement de la réalisation des mesures de récompenses et de sanctions ; ○ la prise en compte du contexte historique et l'évaluation minutieuse de l'état de préparation à la transformation, ainsi que la conservation et la communication d'informations sur les mesures de changement passées ; ○ l'engagement significatif des médecins dans le processus de changement en travaillant avec les établissements d'enseignement et les organismes de réglementation ; et ○ l'engagement significatif des patients et des familles dans les mécanismes de gouvernance et de conseil des établissements et organismes de soins de santé, et la collecte d'informations sur les souhaits des patients par le biais de sondages.(52)
<p>Points de vue et expériences des parties prenantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Une étude récente, de qualité moyenne, examine les caractéristiques des sites plus difficiles à mobiliser par les efforts de diffusion et de développement à grande échelle.(51) Tandis que les sites difficiles à mobiliser peuvent avoir des besoins différents, ils peuvent également avoir : <ul style="list-style-type: none"> ○ des capacités ou des ressources limitées ; ○ des innovations locales ou des solutions maison déjà en place qui font concurrence à l'innovation ; et ○ des priorités concurrentes qui ne recoupent pas les priorités de l'initiative de diffusion. ● La même étude met en évidence les avantages potentiels de l'engagement de sites qui sont difficiles à mobiliser : <ul style="list-style-type: none"> ○ un scepticisme sain peut entraîner une collaboration et une amélioration potentielle de l'innovation ; ○ l'engagement durement et lentement acquis peut être plus durable à long terme ; et ○ les sites peu performants peuvent parfois être plus faciles à mobiliser, car leurs priorités sont en phase avec les objectifs de l'initiative de diffusion.(51) ● Une revue de faible qualité montre que l'adoption de l'innovation dépend de l'alignement de l'innovation sur les intérêts de trois groupes d'acteurs essentiels (les innovateurs, les utilisateurs finaux et les décideurs) et qu'elle est également influencée par trois contextes plus larges (l'environnement social et physique, le système de santé et l'environnement réglementaire, politique et économique).(49)

L'approche des systèmes de santé apprenants est vue comme une perspective de « système complexe » par laquelle les efforts de diffusion et de mise à grande échelle pourraient être développés et opérationnalisés.(29 ; 51) D'après Greenhalgh et al. : « Les systèmes de santé apprenants se caractérisent par une culture participative, un leadership partagé, des patients engagés, une prise de décision partagée et fondée sur les données probantes, une évaluation transparente des résultats, et l'utilisation de l'information et de la technologie pour un apprentissage continu. Dans un tel système, l'innovation, l'amélioration, la diffusion et la mise à grande échelle se feront plus facilement ».(29)

Cela semble d'autant plus pertinent que la plupart des réseaux de santé canadiens ont à la fois un système de santé et un système de recherche qui mettent de plus en plus les patients, et l'apprentissage et l'amélioration rapides au centre de leurs préoccupations. L'Institut des services et des politiques de la santé et l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada ont commandé la production d'une synthèse rapide pour servir de point de départ à leurs efforts visant à soutenir la création de systèmes de santé à apprentissage rapide dans tout le Canada.(13) La synthèse rapide devait lancer le débat sur la manière dont le cadre et les concepts peuvent être adaptés, pilotés et révisés de manière itérative au niveau des provinces et à la grandeur du pays. Les conclusions sont trop détaillées pour être rapportées ici, mais trois points essentiels

méritent d'être soulignés :

- la participation des patients (y compris par la PDP) est une caractéristique clé d'un système de santé à apprentissage rapide;(13)
- la liste des avantages du développement de systèmes de santé provinciaux et territoriaux à apprentissage rapide est remarquablement riche, tant pour la plupart des systèmes de santé dans leur ensemble que pour les personnes âgées en particulier, même dans beaucoup des petites provinces;(13) et
- les soins à domicile et en milieu communautaire ont fait ou feront l'objet d'efforts soutenus pour créer des systèmes de santé à apprentissage rapide dans certaines provinces.(13)

Dans le tableau 4, nous fournissons une description plus détaillée des quatre traits saillants des systèmes de santé à apprentissage rapide et des sept caractéristiques qui leur sont associées, ainsi que des exemples d'activités pour chaque caractéristique.

Tableau 4 : Les caractéristiques des systèmes de santé à apprentissage rapide (SSAR) (tableau reproduit avec l'autorisation de Lavis et al. 2018)(13)

Catégorie	Caractéristiques	Exemples
Axé sur le patient	Patients engagés : Les systèmes sont fondés sur les besoins, les points de vue et les aspirations des patients (à tous les niveaux) et ils sont axés sur l'amélioration de leurs expériences en matière de soins et de leur santé, à des coûts raisonnables par habitant tout en assurant une expérience positive pour les fournisseurs.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Établir et adapter régulièrement des objectifs liés aux patients en matière d'apprentissage rapide et d'amélioration (p. ex., améliorations d'un type particulier d'expérience du patient ou d'un résultat de santé particulier). 2) Faire participer les patients, les familles et les citoyens dans : <ol style="list-style-type: none"> a. la prise en charge de leur santé (p. ex., établissement d'objectifs ; autogestion et apprentissage à mieux vivre avec ses problèmes de santé ; accès aux renseignements personnels sur la santé, y compris les résultats d'examens médicaux) ; b. leurs propres soins (p. ex., prise de décision partagée, utilisation d'outils d'aide à la décision pour les patients) ; c. les organismes fournisseurs de soins (p. ex., sondages sur l'expérience des patients ; co-conception de programmes et de services ; participation à des conseils consultatifs et à des comités d'amélioration de la qualité) ; d. les organismes qui supervisent les professionnels et d'autres organismes du système (p. ex., organismes de réglementation professionnelle, organismes d'amélioration de la qualité, ombudsman et processus de plainte) ; e. l'élaboration de politiques (p. ex., les comités qui prennent les décisions sur les services et les médicaments couverts ; les conseils consultatifs gouvernementaux qui déterminent l'orientation du système (ou de certaines de ses composantes) ; partage de témoignages de patients au début des réunions importantes ; les panels de citoyens pour déterminer les valeurs partagées par le grand public) ;

		<p>f. la recherche (p. ex., participation des patients à titre de partenaires de recherche ; obtention des commentaires de patients sur les priorités de recherche).</p> <p>3) Renforcer la capacité de participation des patients et des citoyens sur l'ensemble des éléments ci-dessus.</p>
<p>Guidés par les données probantes</p>	<p>Cueillette numérique, croisement et diffusion en temps opportun des données pertinentes : Ces systèmes se caractérisent par la cueillette, le croisement et la diffusion (auprès de personnes à tous les niveaux) des données (réelles et non de conditions idéales) sur les expériences des patients (expérience longitudinale en matière de services et de transition) et sur la participation des soignants, ainsi que de données sur d'autres indicateurs du processus (p. ex., rencontres cliniques et coûts) et des résultats (p. ex., état de santé).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Infrastructure des données (p. ex., dossiers de santé électroniques interopérables, registres de vaccination ou registres relatifs à une maladie précise, politiques de confidentialité permettant le partage des données) ; 2) Capacité de recueillir les déclarations des patients sur leur expérience (à la fois en matière de services et de transition) et les données relatives aux rencontres cliniques, aux résultats et aux coûts ; 3) Capacité de recueillir des données longitudinales sur l'évolution dans le temps et dans les différents milieux ; 4) Capacité de croiser les données sur la santé, les soins de santé, les services sociaux et les déterminants sociaux de la santé ; 5) Capacité d'analyser les données (p. ex., personnel et ressources) ; 6) Capacité de diffuser des données « locales » (seules ou avec des comparateurs pertinents), dans un format convivial à la fois pour les patients et les professionnels, et de façon rapide, au point de service pour les professionnels et les milieux de soins (p. ex., vérification et rétroaction), et au moyen d'une plate-forme centralisée (pour soutenir la prise de décisions des patients ainsi que l'apprentissage et l'amélioration rapides des professionnels de la santé, des organismes et du système).
	<p>Production de données probantes issues de la recherche en temps opportun : Les systèmes produisent, synthétisent, conservent et diffusent (auprès de personnes à tous les niveaux) des recherches sur les problèmes, les possibilités d'amélioration et les considérations liées à la mise en œuvre.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Capacité répartie de production et de diffusion des recherches en temps opportun (y compris des évaluations) ; 2) Infrastructure répartie en matière d'éthique de la recherche pouvant soutenir des cycles d'évaluation rapides ; 3) Capacité de synthétiser en temps opportun les données probantes issues de la recherche ; 4) Guichets uniques d'évaluations locales et de synthèses dont la qualité a été préalablement évaluée ; 5) Capacité d'accéder aux données probantes issues de la recherche, de les adapter et de les mettre en pratique ; 6) Exigences et incitatifs visant à amener les groupes de recherche à collaborer entre eux, et avec les patients et les décideurs. <p>Notez qu'en ce qui concerne les peuples autochtones, cette ligne serait idéalement reconceptualisée afin d'inclure les connaissances traditionnelles.</p>

Appuyés par le système	<p>Aide à la décision appropriée : Les systèmes appuient la prise de décision éclairée à tous les niveaux, sur la base de données, des données probantes et de cadres décisionnels appropriés.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Outils d'aide à la décision à tous les niveaux (autogestion, rencontres cliniques, programmes, organismes, régies régionales de la santé et gouvernements), tels que : <ol style="list-style-type: none"> a. ressources pour les patients fondées sur les données probantes b. outils d'aide à la décision à l'intention des patients c. soutien à l'établissement d'objectifs pour les patients d. lignes directrices relatives à la pratique clinique e. systèmes d'aide à la décision clinique (y compris ceux intégrés aux dossiers de santé électroniques) f. normes en matière de qualité g. cheminement clinique h. évaluations des technologies de la santé i. descriptions du fonctionnement du système de santé
	<p>Dispositifs harmonisés en matière de gouvernance, de financement et de prestation de services : Les systèmes déterminent les responsables de la prise des différents types de décisions (p. ex., en matière de priorités communes d'apprentissage), l'affectation des ressources financières et la façon dont les systèmes sont organisés et harmonisés en vue de soutenir l'apprentissage et l'amélioration rapides à tous les niveaux.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Coordination centralisée des efforts afin de créer une stratégie d'apprentissage rapide pour les systèmes de santé, graduellement mettre en commun les acquis et combler les lacunes, et périodiquement mettre à jour l'état aussi bien des acquis que des lacunes ; 2) Mandats de préparation, de diffusion et de production de rapports sur les plans d'amélioration de la qualité ; 3) Mandats d'agrément ; 4) Modèles de financement et de rémunération qui peuvent encourager l'apprentissage et l'amélioration rapides (p. ex., axés sur les mesures de résultats déclarés par les patients, certains modèles de financements de soins regroupés) ; 5) Modèle d'approvisionnement fondé sur la valeur et axé sur l'innovation ; 6) Financement et soutien actif de la diffusion des pratiques efficaces aux différents sites ; 7) Normes à l'intention des groupes d'experts provinciaux favorisant la participation des patients et un spécialiste en méthodologie, ainsi que l'utilisation des données existantes et des données probantes pour orienter et justifier leurs recommandations ; 8) Mécanismes d'établissement commun de priorités en matière d'apprentissage rapide et d'amélioration ; 9) Mécanismes permettant de déterminer et de diffuser les éléments constitutifs d'un système de santé à apprentissage rapide qui pourront être émulés.
Favorisés par la culture et les compétences	<p>Culture d'apprentissage et d'amélioration rapides : Les systèmes sont gérés à tous les niveaux par des leaders ayant résolument adopté une</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mécanismes explicites d'élaboration d'une culture du travail d'équipe, de collaboration et d'adaptabilité dans toutes les activités, de création et de maintien des relations de confiance avec les partenaires qui sont

	culture de travail d'équipe, de collaboration et d'adaptabilité.	nécessaires au soutien de l'apprentissage et l'amélioration rapides, ainsi que les mécanismes permettant de reconnaître les « échecs », d'en tirer des leçons et de les surmonter.
	Compétences pour l'apprentissage et l'amélioration rapides : Les systèmes sont rapidement améliorés par des équipes de tous les niveaux possédant les compétences nécessaires pour définir les problèmes, élaborer des stratégies fondées sur des données et sur les données probantes (et apprendre sur les stratégies éprouvées d'autres programmes, organismes et régions comparables), mettre en œuvre ces stratégies, faire le suivi de leur mise en œuvre, évaluer leurs impacts, faire les modifications nécessaires au besoin, maintenir des stratégies éprouvées à l'échelle locale et soutenir leur diffusion à grande échelle.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Rapport public sur l'apprentissage et l'amélioration rapides; 2) Compétences réparties en vue de l'apprentissage et de l'amélioration rapides (p. ex., connaissances en matière de données et de recherche, co-design, mise à grande échelle, leadership); 3) Capacité interne à soutenir l'apprentissage et l'amélioration rapides; 4) Expertise centralisée en matière de soutien de l'apprentissage et de l'amélioration rapides; 5) Infrastructure d'apprentissage rapide (p. ex., apprentissage collaboratif).

Obstacles potentiels à la mise à grande échelle de la PDP dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire au Canada

Un certain nombre d'obstacles pourraient entraver la mise à grande échelle de la PDP dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire au Canada, et ces obstacles doivent être pris en compte dans toute décision concernant la possibilité et la manière de poursuivre une stratégie particulière en ce sens (tableau 5). Les embûches potentielles pourraient se situer au niveau des patients/personnes, des soignants, des organismes fournisseurs de soins ou des systèmes de la santé. Ces obstacles peuvent également affecter la capacité à répondre aux trois groupes de besoins décisionnels évoqués plus haut. L'obstacle le plus important réside peut-être dans le fait que les décideurs politiques au Canada ont un long passé d'échecs en ce qui concerne le développement à grande échelle des innovations en matière de santé. Le rapport de 2015 du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé du gouvernement fédéral a noté que la plupart des systèmes de santé n'ont pas la capacité de mettre à grande échelle et de diffuser l'innovation et que les obstacles courants comprennent :(56)

- le manque d'engagement significatif des patients ;
- des modèles de gestion des ressources humaines dépassés ;
- la fragmentation du système ;
- l'insuffisance des données sur la santé et des capacités de gestion de l'information ;
- le déploiement inefficace des technologies numériques ;
- les obstacles auxquels sont confrontés les entrepreneurs ;
- une culture d'aversion au risque ; et
- le manque d'attention accordée à la compréhension et à l'optimisation de l'innovation.

Tableau 5 : Obstacles potentiels à la mise à grande échelle de la PDP au Canada

	Groupe 1 — Besoins décisionnels auxquels les organismes fournisseurs peuvent contribuer à répondre	Groupe 2 — Besoins décisionnels auxquels les responsables des politiques en matière de santé peuvent contribuer à répondre	Groupe 3 — Besoins décisionnels auxquels les décideurs politiques dans d'autres secteurs peuvent contribuer à répondre
Patient/personne	• Les patients/personnes	• Les obstacles énumérés au	• Les obstacles énumérés

	<p>peuvent rencontrer de nombreux obstacles à la PDP, tels que leurs propres contraintes de temps et celles de leurs soignants, le fait que ces derniers peuvent penser que la PDP n'est pas nécessaire ou applicable (compte tenu des caractéristiques du patient ou de la situation clinique), que les patients ne s'attendent pas à participer à la prise de décision ou que leurs professionnels de la santé aient les compétences nécessaires pour les faire participer à la prise de décision).(38 ; 39)</p>	<p>premier point pour le groupe 1 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients/personnes peuvent être confrontés à des systèmes et des fonctions d'aide à la décision qui ne sont pas suffisamment orientés vers la satisfaction de leurs besoins décisionnels ;(13) • Les patients/personnes peuvent ne pas être engagés de manière significative dans la définition des priorités quant aux changements à opérer dans l'expérience de soins et les résultats de santé des patients comme eux et donc dans le contexte plus large de la PDP.(13) 	<p>au premier point pour le groupe 1 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients/personnes peuvent ne pas avoir accès à des systèmes d'aide à la décision (par exemple, des outils d'aide à la décision ou des guides personnels d'aide à la décision) dans d'autres secteurs de manière à répondre à l'ensemble de leurs besoins décisionnels ; • Les patients/personnes peuvent ne pas être engagés de manière significative dans les changements de système dans d'autres secteurs et par conséquent dans le contexte plus large de la PDP ; • Les patients/personnes peuvent ne pas être en mesure d'accéder à toutes les informations pertinentes faute d'intégration des données entre les divers secteurs en vue de l'amélioration du service public. Ce manque d'intégration peut s'expliquer par : 1) les inquiétudes chez les citoyens quant aux risques pour la vie privée ; 2) le fait qu'elle est réalisée de manière ponctuelle et non de manière générale ; et 3) le fait qu'elle est particulièrement complexe dans les domaines de compétence partagée entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.(31)
Soignants	<ul style="list-style-type: none"> • Les soignants peuvent se heurter à bon nombre des mêmes obstacles que ceux énumérés ci-dessus pour les patients ; • Les soignants peuvent hésiter à s'engager dans des initiatives de mise à 	<ul style="list-style-type: none"> • Les obstacles énumérés au premier et deuxième point pour le groupe 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les obstacles énumérés au premier et deuxième point pour le groupe 1 ; • Les soignants peuvent également hésiter à s'engager dans des initiatives de mise à grande échelle lorsque

	<p>grande échelle lorsque : 1) ils se sont déjà trouvés surchargés faute de dispositifs financiers permettant la PDP ; 2) cela les amène à aller au-delà de ce qu'ils perçoivent comme étant leur mandat de prestation de services ; et 3) leurs propres besoins décisionnels (et la manière dont ils s'entrecroisent avec les besoins décisionnels des patients) n'ont pas été pris en compte.</p>		<p>les défis liés à la coordination des prestataires de différents secteurs n'ont pas été relevés.</p>
<p>Organismes fournisseurs de soins de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les organismes fournisseurs peuvent hésiter à s'engager dans des initiatives de mise à grande échelle lorsque leurs propres besoins décisionnels (et la manière dont ils s'entrecroisent avec ceux des patients) n'ont pas été pris en compte ; • Les organismes fournisseurs peuvent ne pas avoir accès en temps opportun aux données sur les expériences de soins (croisées avec les données sur les services et les transitions, et aux données longitudinales) et les résultats de santé qui sont nécessaires pour soutenir la PDP(13) ; • Les petits organismes et/ou les organismes en régions éloignées peuvent ne pas avoir les compétences nécessaires (ou les partenaires ayant les compétences nécessaires) pour développer à grande échelle les initiatives de PDP (par exemple, analyser et partager les données locales pertinentes, mener des recherches pertinentes ou contextualiser les outils d'aide à la décision). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les obstacles énumérés au premier point pour le groupe 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les obstacles énumérés au premier point pour le groupe 1 ; • Les organismes fournisseurs peuvent également hésiter à s'engager dans des initiatives de mise à plus grande échelle lorsque les défis liés à la coordination des organismes fournisseurs de différents secteurs n'ont pas été relevés.
<p>Système</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les décideurs politiques n'ont pas encore créé une 	<ul style="list-style-type: none"> • Les obstacles énumérés au premier point pour le 	<ul style="list-style-type: none"> • Les obstacles énumérés aux points 1 à 4 pour le

	<p>culture de la PDP dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire.</p>	<p>groupe 1 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les décideurs politiques peuvent ne pas avoir accès en temps opportun aux données croisées qui sont nécessaires pour appuyer la PDP ;(13) • Les décideurs politiques peuvent hésiter à s'engager dans des initiatives de mise à grande échelle lorsque leurs propres besoins décisionnels (et la manière dont ils s'entrecroisent avec ceux des patients) n'ont pas été pris en compte ; • Les décideurs politiques peuvent ne pas avoir les compétences nécessaires (ou les partenaires ayant les compétences nécessaires) pour développer à grande échelle les initiatives de PDP (par exemple, science de l'application) ; • Les décideurs politiques au Canada ont un long passé d'échecs en ce qui concerne le développement à grande échelle des innovations en matière de santé — « un pays de projets pilotes perpétuels »(57) — et la PDP ne fait peut-être pas exception. 	<p>groupe 2 ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il peut être difficile pour les décideurs politiques des divers secteurs (et de tout le pays) d'adopter une vision, un modèle et des paramètres communs pour la PDP et de coordonner leurs efforts pour la développer à grande échelle.
--	---	--	---

Perspectives pour le développement à grande échelle de la PDP en matière de soins à domicile et en milieu communautaire au Canada

Il existe néanmoins un certain nombre de possibilités qui pourraient être exploitées (tableau 6) et qui doivent être prises en compte dans toute décision concernant l'opportunité et la manière de développer à grande échelle la PDP dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire. Parmi les plus importantes, on peut citer le fait que les soins à domicile et en milieu communautaire et la PDP sont au cœur de réformes et d'initiatives menées par plusieurs gouvernements au Canada. De nombreux acquis liés à la PDP et, plus largement, à la participation des patients et du public (p. ex., de l'expertise, des outils d'aide à la décision, des programmes de formation et des infrastructures) peuvent être mis à profit pour tirer parti de ces possibilités favorables.

Tableau 6 : Perspectives pour le développement à grande échelle de la PDP

	Groupe 1 — Besoins décisionnels auxquels les organismes fournisseurs peuvent contribuer à répondre	Groupe 2 — Besoins décisionnels auxquels les responsables des politiques en matière de santé peuvent contribuer à répondre	Groupe 3 — Besoins décisionnels auxquels les décideurs politiques dans d'autres secteurs peuvent contribuer à répondre
Générales	<ul style="list-style-type: none"> • Dans certaines provinces canadiennes, le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire a fait ou fera l'objet d'efforts soutenus pour créer des systèmes de santé à apprentissage rapide qui pourront appuyer la mise à grande échelle de la PDP.(13) • Sous l'égide de l'Association canadienne de soins et services à domicile, plus de 350 parties prenantes au Canada se sont mises d'accord sur un ensemble de « principes harmonisés », (58) qui mettent l'accent sur le fait d'associer les clients et les aidants aux soins et qui exigent que les options de soins leur soient présentées et que les conséquences potentielles des décisions soient discutées à la lumière de leurs priorités. Ils soulignent également qu'une aide à la décision efficace est nécessaire pour maximiser la valeur des options de soins et pour que ceux-ci soient conformes aux objectifs. Les principes harmonisés pourraient contribuer à l'élaboration d'une vision commune pour la mise à grande échelle de la PDP dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire. • Le nouveau gouvernement fédéral peut poursuivre ses priorités d'avant l'élection (par exemple, la participation des patients et du public, les soins à domicile et en milieu communautaire, la stratégie de recherche axée sur le patient des Instituts de recherche en santé du Canada, y compris les réseaux nationaux et les unités de soutien provinciales de la SRAP), de manière à créer un climat favorable à la mise à grande échelle de la PDP. • Les efforts de développement à grande échelle pourraient s'appuyer sur certains modèles qui élargissent la PDP au-delà de l'interaction patient-soignant. Un exemple éloquent en est le modèle interprofessionnel de prise de décision partagée (IP-PDP),(19) qui aborde trois niveaux du système de soins de santé : le niveau individuel, le niveau organisationnel et celui du contexte politique et social plus large. Comme indiqué plus haut, le modèle décrit un processus(c'est-à-dire l'élaboration de décisions, la discussion sur les options, les valeurs et la faisabilité, et l'obtention d'un consensus) où la décision est prise de manière concertée par les principaux acteurs du processus de prise de décision partagée(c'est-à-dire les patients, leur famille et les équipes de soins) et compte tenu des influences environnementales plus larges(c'est-à-dire les politiques, les organismes fournisseurs de soins de santé et les gouvernements ou les autorités sanitaires). (26) Cependant, le modèle IP-PDP n'a pas encore été mis en œuvre de façon à déterminer comment les organismes fournisseurs et les décideurs politiques pourraient aider à répondre aux besoins décisionnels des personnes âgées. 		
Concernant un groupe particulier	<ul style="list-style-type: none"> • Certains organismes fournisseurs planifient la mise à grande échelle de la PDP(p. ex., le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale à Québec) ; • Certains organismes fournisseurs participent aux projets de mise en œuvre collaboratifs SPRINT de l'Association canadienne de soins et services à domicile, qui : 1) sont conçus pour permettre aux fournisseurs de services à domicile et en milieu communautaire de mettre en œuvre des 	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs organismes de santé pancanadiens, financés par le gouvernement fédéral, développent des compétences et utilisent une série d'autres approches pour soutenir le développement à grande échelle et la diffusion dans des domaines choisis. Par exemple, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients soutiennent respectivement la diffusion des innovations dans le domaine des soins de santé et l'amélioration de la sécurité des patients (et la première a soutenu des collaborations d'apprentissage dans un certain nombre de domaines).(13) • Certains systèmes de santé au Canada ont créé des réseaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Les approches pangouvernementales sont de plus en plus utilisées pour franchir les limites des divers portefeuilles afin d'atteindre un objectif commun et une réponse gouvernementale intégrée aux questions sanitaires et sociales urgentes. Elles seraient, par conséquent, utiles donc faciliter l'engagement des décideurs politiques de tous les secteurs. • Il existe une

	<p>pratiques exemplaires et de tester des approches novatrices ; et 2) soutiennent 11 équipes dans tout le Canada pour adapter et mettre en œuvre des pratiques exemplaires en matière de communication interdisciplinaire, de planification de soins collaboratifs et de PDP dans le cadre d'un modèle de soins palliatifs intégrés.(59)</p>	<p>cliniques à l'échelle du système pour soutenir la mise à grande échelle et la diffusion de l'innovation(13 ; 60), comme les 16 réseaux cliniques stratégiques de l'Alberta qui ont pour mandat d'étendre les pratiques cliniques efficaces au niveau provincial, et les réseaux cliniques stratégiques en cours de développement au Nouveau-Brunswick.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De nombreux organismes développent les compétences nécessaires à l'apprentissage et à l'amélioration rapides (par exemple, la Rapid-Improvement Support and Exchange (support et échange d'amélioration rapide) de l'Ontario, le réseau Academic Health Sciences Network en Colombie-Britannique, le groupe de travail sur les systèmes de santé apprenants de l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada). • Les organismes comme l'Institut canadien d'information sur la santé peuvent jouer un rôle essentiel en rendant disponibles en temps opportun les données nécessaires pour suivre l'avancement de la mise à grande échelle de la PDP (par exemple, des informations normalisées sur la santé et les fonctions par le biais d'interRAI - Home Care). • Le Canada dispose d'acquis remarquables en matière de PDP (et plus généralement de participation des patients et du public), tant dans les systèmes de soins que dans les systèmes de recherche : <ul style="list-style-type: none"> ○ l'expertise, les outils et les programmes de formation en matière de participation des patients (y compris la PDP) pourraient être mis à profit et reliés (par exemple, la chaire de recherche du Canada sur la prise de décision partagée et l'application des connaissances ; le groupe de recherche sur les aides à la décision des patients à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa ; et le programme « Boîte à décision » de l'Université Laval) ; ○ les organismes qui fournissent des aides à la décision axées sur le 	<p>demande croissante pour l'élaboration de politiques qui répondent aux besoins multiformes et généraux des personnes âgées, ce qui nécessite des approches globales (y compris l'intégration des données entre les secteurs en vue de l'amélioration des services publics).(31)</p>
--	---	---	---

		<p>patient (p. ex., Seniors BC), des ressources de navigation dans le système (p. ex., Office of the Seniors Advocate) et des outils d'aide à la planification des soins (p. ex., Advanced Care Planning Initiative) qui sont pertinents pour les personnes âgées ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ les organisations de patients qui préconisent une plus grande participation des patients à tous les niveaux des systèmes de santé (p. ex., le réseau des conseillers des patients, Patients Canada, Patients for Patient Safety Canada et Imagine Citizens).(13) 	
--	--	--	--

Exemple de cas : Réformes actuelles du système de soins de santé en Ontario

Le gouvernement de l'Ontario a mis en place les équipes Santé Ontario (Ontario Health Teams - OHT), qui deviendront cliniquement et fiscalement responsables d'offrir un continuum complet et coordonné de soins à une population géographique déterminée. Les équipes Santé Ontario devront d'une part apprendre et s'améliorer rapidement en matière de :

- 1) conception de chacun des huit éléments constitutifs de l'équipe Santé, dont quatre sont particulièrement pertinents ici :
 - le partenariat avec les patients et l'engagement communautaire, qui comprend la mise en œuvre de la Déclaration des valeurs des patients pour l'Ontario,
 - l'amélioration des soins et de l'expérience des patients, qui comprend le soutien à la littératie en matière de santé, la PDP et la mesure de l'expérience et des résultats rapportés par les patients,
 - la santé numérique, qui comprend un portail pour les patients, des outils de santé numériques et des consultations électroniques, et
 - la mesure des performances, l'amélioration de la qualité et l'apprentissage continu ;
 - et d'autre part
- 2) exploiter ces éléments de base pour atteindre des objectifs spécifiques liés à l'expérience de soins et aux résultats sanitaires pour leurs populations prioritaires de la première année (p. ex., les personnes âgées fragiles) et, à terme, pour l'ensemble de la population qui leur est attribuée.(61)

L'attention accordée explicitement à la PDP et aux nombreux types de soutien nécessaires à sa mise à grande échelle constitue une occasion unique de la développer dans cette province. En outre, Rapid-Improvement Support and Exchange (www.OHTrise.org) et d'autres ressources du Programme central de mesures de soutien de l'équipe Santé Ontario seront utiles pour soutenir le développement à grande échelle.

RÉFÉRENCES

1. Canadian Nurses Association. Canadians' opinions on home healthcare and nurses. Ottawa: Canadian Nurses Association; 2016.
2. Turcotte M. Canadians with unmet home care needs. Ottawa: Statistics Canada; 2014.
3. Government of Canada. Budget 2017 - Building a strong middle class: Chapter 3 – A strong Canada at home and in the world. Government of Canada; 2017. <https://www.budget.gc.ca/2017/docs/plan/chap-03-en.html> (accessed 16 October 2019).
4. Government of Canada. A common statement of principles on shared health priorities. Ottawa: Canada: Government of Canada; 2017.
5. Government of Ontario. Ontario expanding home and community care services. Government of Ontario; 2019. <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2019/09/ontario-expanding-home-and-community-care-services.html> (accessed 28 November 2019).
6. Government of Quebec. Vos priorités, votre budget: discours sur le budget 2019-2020. Quebec, Canada: Government of Quebec; 2019 (28 November 2019).
7. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? *Social Science & Medicine* 1997;44(5): 681-692.
8. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Affairs* 2013;32(2): 207-2014.
9. Hamann J, Langer B, Winkler V, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006;114(4): 265-273.
10. Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of SDM and patient outcomes. *Medical Decision Making* 2014;35(1): 114-131.
11. Veroff D, Marr A, Wennberg D, . Enhanced support for SDM reduced costs of care for patients with preference-sensitive conditions. *Health Affairs* 2013;32(2): 285-293.
12. Haesebaert J, Adekpedjou R, Croteau J, Robitaille H, Légaré F. Shared decision-making experienced by Canadians facing health care decisions: A Web-based survey. *CMAJ Open* 2019;7(2): E210-e216.
13. Lavis J, Gauvin F, Mattison C, et al. Rapid synthesis: Creating rapid-learning health systems in Canada. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum; 2018.
14. O'Connor AM, Hoefel L, Lewis KB, Stacey D. Appendix A. Ottawa Decision Support Framework decisional needs coding manual: Conceptual/operational definitions. Ottawa, Canada: Ottawa Hospital Research Unit; 2019.
15. O'Connor AM. Ottawa Decision Support Framework to address decision conflict. Ottawa, Canada: Ottawa Hospital Research Institute; 2006. <https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/ODSF.pdf> (accessed 10 November 2019).
16. Government of Canada. Home and community health care. Ottawa, Canada: Government of Canada; 2016. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/home-community-care.html> (accessed 21 October 2019).
17. Lavis J, Hammill A. Care by sector. In Lavis J (editor). Ontario's health system: Key insights for engaged citizens, professionals and policymakers. Hamilton, Canada: McMaster Health Forum; 2016. p. 209-69.
18. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *British Medical Journal* 2017; 359: j4891.

19. Légaré F, Stacey D, Pouliot S, et al. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: A stepwise approach towards a new model. *Journal of Interprofessional Care* 2011; 25(1): 18-25.
20. Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: Examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Affairs* 2013; 32(2): 276-84.
21. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018; 7: CD006732.
22. Stacey D, Légaré F, Lewis K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017 (4): CD001431.
23. Légaré F, Brière N, Stacey D, et al. Improving decision making on location of care with the frail elderly and their caregivers: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2015; 16.
24. Légaré F, Brière N, Stacey D, et al. Implementing shared decision-making in interprofessional home care teams: Protocol for a stepped wedge cluster randomised trial. *BMJ Open* 2016; 6(11): e014023.
25. Murray MA, Stacey D, Wilson KG, AM. OC. Skills training to support patients considering place of end-of-life care: A randomized control trial. *Journal of Palliative Care* 2010; 26(2): 112-121.
26. Adekpedjou R, Stacey D, Brière N, et al. Improving the decision-making process with caregivers of elderly people about housing options: A cluster randomised trial. *Canadian Geriatrics Journal* 2017; 20(3).
27. Garvelink MM, Jones CA, Archambault PM, et al. Deciding how to stay independent at home in later years: Development and acceptability testing of an informative web-based module. *Journal of Medical Internet Research - Human Factors* 2017; 4(4): e32.
28. Moulton B, Collins P, Burns-Cox N, Coulter A. From informed consent to informed request: Do we need a new gold standard? *Journal of the Royal Society of Medicine* 2013; 106(10): 391-394.
29. Greenhalgh T, Papoutsi C. Spreading and scaling up innovation and improvement. *British Medical Journal* 2019; 365: l2068.
30. Milat AJ, Bauman A, S. R. Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science* 2015;10.
31. Moat K, Wicks M, Wilson M. Citizen brief: Integrating data across sectors for public service improvement in Ontario. Hamilton: Canada: McMaster Health Forum; 2016.
32. AGE-WELL. 7 in 10 Canadians over the age of 65 feel confident about technology use and 86% are online daily. AGE-WELL; 2019. <https://agewell-nce.ca/archives/8713> (accessed 10 November 2019).
33. O'Connor AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations* 2003; 6(2): 97-109.
34. Poirier A, Voyer P, Légaré F, et al. Caring for seniors living with dementia means caring for their caregivers too. *Canadian Journal of Public Health* 2018; 108(5-6): e639-e642.
35. Roy N, Dubé R, Despres C, Freitas A, Légaré F. Choosing between staying at home or moving: A systematic review of factors influencing housing decisions among frail older adults. *PLoS One* 2018; 13(1): e0189266.
36. Health Quality Ontario. Quality Standards - Transitions from hospital to home: Care for people of all ages. Toronto, Canada: Health Quality Ontario; 2019.
37. Kiran T, Wells D, Okrainec K, et al. Patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home: results from province-wide group concept mapping. *Under review* 2019.
38. Légaré F, Ratté S, Gravel K, ID. G. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counselling* 2008; 73(3): 526-535.

39. Légaré F, Ratté S, Stacey D, et al. Interventions for improving the adoption of SDM by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 12(5): CD006732.
40. Ward K, Reuben D. Comprehensive geriatric assessment. 2019. <https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment#H118> (accessed 8 November 2019).
41. Canadian Institute for Health Information. Home care. Ottawa: Canada: Canadian Institute for Health Information; 2019. <https://www.cihi.ca/en/home-care> (accessed 28 November 2019).
42. Quality Improvement & Innovation Partnership. Needs assessment: Resource guide for Family Health Teams. Hamilton, Canada: Evaluation, Needs Assessment and Performance Measures Working Group; 2009.
43. Bujold M, Pluye P, Legare F, et al. Decisional needs assessment of patients with complex care needs in primary care: A participatory systematic mixed studies review protocol. *BMJ Open* 2017; 7(11): e016400.
44. Woo K, Dowding D. Factors affecting the acceptance of telehealth services by heart failure patients: An integrative review. *Telemedicine Journal and e-Health* 2018; 24(4): 292-300.
45. Jong M, Mendez I, Jong R. Enhancing access to care in northern rural communities via telehealth. *International Journal of Circumpolar Health* 2019; 78(2): 1554174.
46. Government of Canada. Official Language Health Program. Ottawa: Canada: Government of Canada; 2019. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-canada-official-languages-health-contribution-program.html> (accessed 29 November 2019).
47. 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 Suppl 1: S8.
48. Johns B, Torres TT. Costs of scaling up health interventions: A systematic review. *Health Policy and Planning* 2005; 20(1): 1-13.
49. Gupta A, Thorpe C, Bhattacharyya O, Zwarenstein M. Promoting development and uptake of health innovations: The Nose to Tail Tool. *F1000Research* 2016; 5: 361.
50. Ben Charif A, Zomahoun HTV, LeBlanc A, et al. Effective strategies for scaling up evidence-based practices in primary care: A systematic review. *Implementation Science* 2017; 12(1).
51. Miake-Lye I, Mak SS, Lambert-Kerzner AC, et al. Scaling beyond early adopters: A systematic review and key informant perspectives. Washington, DC: United States: Department of Veterans Affairs; 2019 Jan.
52. Best A, Saul J, Carroll S, et al. Knowledge and action for system transformation (KAST): A systematic realist review and evidence synthesis of the role of government policy in coordinating large system transformation Vancouver, Canada: Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation; 2010.
53. Wolfenden L, Albers B, Shlonsky A. Strategies for scaling up the implementation of interventions in social welfare: Protocol for a systematic review. *Campbell Systematic Reviews* 2018.
54. Yoong S, Clinton-McHarg T, Wolfenden L. Systematic reviews examining implementation of research into practice and impact on population health are needed. *Journal of Clinical Epidemiology* 2015; 68(7): 788-791.
55. Blumenthal-Barby J, Opel DJ, Dickert NW, et al. Potential unintended consequences Of recent shared decision making policy initiatives. *Health Affairs* 2019; 38(11): 1876-1881.
56. Advisory Panel on Healthcare Innovation. Unleashing innovation: Excellent healthcare for Canada: Report of the Advisory Panel on Healthcare Innovation. Ottawa: Canada: Government of Canada; 2015.
57. Bégin M, Eggertson L, Macdonald N. A country of perpetual pilot projects. *Canadian Medical Association Journal* 2009; 180(12): 1185, e88-9.

58. Canadian Home Care Association. Harmonized principles for home care. Mississauga: Canadian Home Care Association; 2016.
59. Canadian Home Care Association. SPRINT Implementation Collaboratives. Mississauga: Canada: Canadian Home Care Association; 2018 (accessed 29 November 2019).
60. Manns B, Wasylak T. Clinical networks: Enablers of health system change. *Canadian Medical Association Journal* 2019 (47): E1299-E1305.
61. Lavis J. RISE brief 1: OHT building blocks. Hamilton, Ontario: McMaster Health Forum; 2019.

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.

Toutes les informations fournies dans le tableau en annexe ont été prises en compte par les auteurs de la synthèse des données probantes dans l'élaboration du tableau 4 qui se trouve dans le corps du document

Annexe 1 : Revues systématiques portant sur les stratégies de mise à grande échelle

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 la mise à grande échelle d'interventions de PDP
<p>Identifier des stratégies efficaces pour mettre à grande échelle les pratiques fondées sur les données probantes dans les soins primaires (50)</p>	<p>La revue recense 14 études afin d'identifier et d'examiner des stratégies efficaces pour étendre les pratiques fondées sur les données probantes dans les soins primaires.</p> <p>La plupart des études incluses ont été menées dans des pays à revenu intermédiaire (n=6), suivies de celles sur les pays à faible revenu (n=5) et enfin de celles sur les pays à revenu élevé (n=3). La plupart des pratiques fondées sur les données probantes sont axées sur la prévention ou le traitement des maladies infectieuses, telles que le VIH, la tuberculose et le paludisme (n=8). Les autres pratiques sont axées sur la garde d'enfants (n=4), la dépression (n=1) et le vieillissement optimal des personnes âgées (n=1). La plupart des études utilisaient le concept avant-après sans groupe témoin (n=8), suivies des essais contrôlés non randomisés (n=4), des essais contrôlés randomisés (n=1) et des essais contrôlés avant et après (n=1).</p> <p>Les composantes des stratégies d'intensification mentionnées dans les études sont, par ordre de fréquence, celles relatives aux ressources humaines, celles relatives aux infrastructures de soins de santé, celles relatives aux changements de politique et de réglementation et celles relatives au financement. Huit études mentionnent plusieurs composantes d'une stratégie de mise à grande échelle à multiples facettes, tandis que cinq études ne mentionnent qu'une seule composante. Six études font état d'une mise à grande échelle progressive de pratiques fondées sur les données probantes dans différents contextes, et huit études n'ont pas précisé si la mise à grande échelle était horizontale ou verticale.</p> <p>Cinq études présentent les résultats du processus de mise à grande échelle. Trois études portent sur la couverture des unités ciblées, une étude sur les coûts et deux études s'intéressent à d'autres mesures du processus.</p> <p>Une étude rapporte quantitativement une couverture réussie. Neuf études font état d'une couverture réussie sur le plan qualitatif, deux études indiquent que la mise à grande échelle n'avait pas réussi et deux autres ne sont pas claires. En ce qui concerne les principaux résultats des études, six font état d'un impact favorable et trois d'un impact nul sur le plan quantitatif. Quatre études font état d'un impact favorable sur le plan qualitatif, et une étude ne fournit pas suffisamment d'informations sur l'impact.</p> <p>Cette revue est limitée par le petit nombre d'études incluses, ainsi que par le fait que la majorité de ces études ont été entreprises dans des pays à faible et moyen revenu qui</p>	2018	4/9 (Cote AMSTAR établie par McMaster Health Forum)	Pas détaillée	0	14/14

McMaster Health Forum

	<p>s'interrogeaient sur l'efficacité des pratiques fondées sur les données probantes comme moyen pour lutter contre les maladies infectieuses. Les résultats ne sont donc pas généralisables à de larges populations. Il convient également de noter les incohérences importantes en ce qui concerne les rapports sur le développement à grande échelle et les composantes nécessaires de telles interventions. Les preuves mesurables produites par la revue sont également limitées.</p> <p>En conclusion, cette revue a permis d'identifier des stratégies de mise à grande échelle de pratiques fondées sur les données probantes dans les établissements de soins primaires. Toutefois, il n'est pas certain que ces stratégies soient efficaces en raison du caractère incomplet des rapports sur les résultats. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour parvenir à un consensus sur la mesure de la mise à grande échelle afin de pouvoir évaluer le développement des pratiques fondées sur les données probantes dans les soins primaires.</p>					
<p>Examiner les stratégies disponibles pour mettre à grande échelle et diffuser les pratiques cliniques et administratives dans les systèmes de santé (51)</p>	<p>Cette revue porte sur 52 études afin d'examiner les stratégies disponibles pour mettre à grande échelle et diffuser les pratiques cliniques et administratives dans les systèmes de santé.</p> <p>Les études incluses examinent les stratégies de diffusion pour les sites qui sont difficiles à mobiliser (n=7) et décrivent ces sites, mais elles ne se penchent pas sur des stratégies spécifiques (n=11) ni sur les stratégies de diffusion en termes plus généraux (n=37).</p> <p>Trois macro-modèles sont relevés dans les études recensées pour décrire l'organisation des efforts de diffusion. Le premier modèle comprend des interventions de mise à grande échelle dans un système de soins (n=29), le deuxième implique des collaborations ou des échanges visant à soutenir la diffusion d'initiatives multiples dans un domaine spécifique (n=14), et le troisième introduit des efforts de diffusion spécifiques à une initiative (n=9).</p> <p>Les conditions préalables à prendre en compte dans le développement à grande échelle sont définies afin de s'assurer que les responsables recueillent des informations sur les personnes qui interviendront sur chaque site, et que les objectifs des parties prenantes soient alignés pour tous les aspects et toutes les phases de la mise à grande échelle.</p> <p>Lorsque l'on travaille avec des sites qui sont difficiles à mobiliser, il est important de tenir compte du fait que ces sites ont souvent des ressources limitées et des priorités concurrentes qui ne concordent pas avec les priorités de l'initiative de mise à grande échelle. En raison des besoins variables de ces sites, il est important d'utiliser une approche flexible et adaptée à chaque site.</p> <p>Les données limitées présentées dans cette revue ont empêché l'utilisation de tests statistiques pour déterminer le biais dans les publications. Cependant, le biais est vraisemblable, car il est peu probable que les efforts infructueux de mise à grande échelle soient documentés.</p>	<p>2018</p>	<p>4/9 (Cote AMSTAR établie par McMaster Health Forum)</p>	<p>Pas détaillée</p>	<p>0</p>	<p>52/52</p>

Mettre à grande échelle la prise de décision partagée en soins à domicile et en milieu communautaire au Canada

	<p>En résumé, cette revue recommande que les initiatives futures de mise à grande échelle ou de diffusion comprennent les éléments suivants : i) prendre le temps de comprendre les facteurs saillants avant de mobiliser les sites et déterminer s'il y a des réseaux existants qui pourraient être mis à profit ; ii) dans le cadre d'une mise à grande échelle ou d'une diffusion, prendre en compte les différents modèles d'infrastructure qui pourraient être utilisés et les impacts qu'ils pourraient avoir ; et iii) définir les défis potentiels ou les caractéristiques des sites qui pourraient rendre leur mobilisation difficile, et adapter les efforts en conséquence.</p>					
<p>Définir les différentes façons d'aborder les interventions de mise à grande échelle (29)</p>	<p>Cet examen rapide inclut 11 articles pour définir les différentes façons d'aborder les interventions de mise à grande échelle et il présente trois approches différentes pour diffuser et développer à grande échelle l'innovation et l'amélioration.</p> <p>La première approche est celle de la science de l'application. Cette approche se concentre sur les interventions pratiques fondées sur les données probantes et elle propose des démarches concrètes et planifiées pour la mise en œuvre et l'étude des interventions de diffusion et de mise à grande échelle. La science de l'application évalue l'amélioration quantitativement à l'aide de mesures et qualitativement à l'aide d'une exploration systématique des processus et des mécanismes. En fin de compte, le succès est mesuré par la reproduction d'un modèle de service ou d'une approche particulière dans divers contextes.</p> <p>La deuxième approche est celle de la science de la complexité. Elle cible les propriétés évolutives et émergentes des systèmes. Cette approche met l'accent sur le besoin de changement adaptatif du système à des niveaux d'interaction. Dans le cadre de cette approche, la méthode préconisée pour parvenir à une diffusion ou une mise à grande échelle comprend la compréhension du contexte historique, sociopolitique et organisationnel du cas d'espèce, et une démarche créative pour atteindre les objectifs. Cette approche mesure l'amélioration à l'aide d'une étude de cas et le succès en analysant l'adaptation ou l'abandon de l'intervention.</p> <p>La troisième approche est celle des sciences sociales. Cette approche est axée sur l'étude sociale des individus, des groupes et des organisations, notamment les schémas de comportement et d'interaction sociale, les croyances et les valeurs, ainsi que les habitudes. Elle suppose l'élaboration et l'application de théories sur la manière dont les actions des individus sont influencées par divers facteurs. Cette approche mesure l'amélioration en utilisant la méthode de l'entretien, et le succès de l'intervention par l'explication éclairée et justifiée du comportement humain.</p> <p>En résumé, les approches présentées peuvent éclairer la conception et la mise en œuvre d'interventions de diffusion et de mise à grande échelle.</p>	<p>Pas indiquée</p>	<p>6/10 (Cote AMSTAR établie par McMaster Health Forum)</p>	<p>Pas détaillée</p>	<p>0</p>	<p>11/11</p>
<p>Examiner le rôle du gouvernement dans la coordination des transformations</p>	<p>Cette revue systématique réaliste et synthèse des preuves puise aussi bien dans la littérature que dans les pratiques actuelles relatives aux grandes transformations de systèmes en général. Les auteurs constatent un manque de littérature sur la transformation des grands systèmes au niveau macro, mais ils ont pu dégager cinq</p>	<p>Pas indiquée</p>	<p>3/9 (Cote AMSTAR établie par McMaster)</p>	<p>Pas détaillée</p>	<p>Pas détaillée</p>	<p>Pas détaillée</p>

McMaster Health Forum

<p>d'envergure du système de santé transformations (52)</p>	<p>thèmes fondés sur les preuves qui ont été validés et modifiés au cours de deux cycles d'examen du mérite avec la participation d'experts internationaux.</p> <p>L'étude montre que la transformation des systèmes de santé à grande échelle nécessite à la fois un leadership dévoué au changement qui adopte une approche descendante, un leadership partagé et l'engagement du personnel à tous les niveaux du système. Les recommandations d'action dans ce domaine comprennent la facilitation de la communication et de la visibilité des efforts de transformation en travaillant avec ceux qui ont une expérience de leadership dans ce domaine, en instaurant un organe de coordination central pour l'initiative qui soit indépendant de pressions et de changements politiques, et en articulant clairement les objectifs de la transformation.</p> <p>La revue constate que la mesure et le compte rendu des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs à court et à long terme sont essentiels pour parvenir à des transformations efficaces et durables des grands systèmes. Les recommandations d'action dans ce domaine comprennent la mise à disposition de ressources, y compris de systèmes informatiques, pour la collecte et le compte rendu des mesures, pour la mise en place d'une surveillance indépendante de l'élaboration, du compte rendu et de l'interprétation des mesures, et l'offre de récompenses et de sanctions équitablement réparties pour les mesures.</p> <p>La revue montre que la prise en compte et la reconnaissance du contexte historique permettront d'éviter les pièges inutiles et d'accroître l'adhésion et le soutien des parties prenantes. Les recommandations d'action dans ce domaine comprennent l'évaluation minutieuse de l'état de préparation de l'organisation pour la transformation, ainsi que le stockage et la communication d'informations sur les efforts de changement passés, en particulier ceux qui ont échoué.</p> <p>La revue montre que la transformation des systèmes de santé à grande échelle repose sur la mobilisation des médecins dans le processus de changement. Les recommandations d'action dans ce domaine comprennent la collaboration avec les établissements d'enseignement et les organismes de réglementation pour modifier les programmes de formation initiale et continue afin de fournir des compétences et des rôles qui sont en accord avec les efforts de transformation, la mobilisation des médecins et des autres professionnels de la santé dans l'élaboration des politiques, et la mise à disposition de financement, de réglementations et d'incitations pour l'engagement des médecins.</p> <p>La revue révèle que la transformation d'un système à grande échelle visant à accroître l'attention portée au patient nécessite l'engagement significatif des patients et leur famille dans le processus.</p> <p>Les recommandations d'action dans ce domaine comprennent la mise en place de mécanismes de gouvernance et de conseil indépendants pour les établissements et les organismes de soins de santé aux niveaux provincial, régional et local, la garantie que les bons acteurs sont impliqués dans le processus de changement grâce à un financement et une rémunération adéquats, et la collecte d'informations sur les souhaits des patients par</p>		<p>Health Forum)</p>			
---	--	--	----------------------	--	--	--

	le biais d'enquêtes solides ou d'autres méthodes de collecte de données, tout en veillant à ce que l'engagement des patients ne se réduise pas à de simples enquêtes de satisfaction.					
Synthétiser la recherche sur les cadres de mise à grande échelle des interventions de santé publique et identifier les facteurs favorables et les obstacles à la mise à grande échelle (30)	<p>Cette revue narrative recense 24 études explorant les cadres existants de mise à grande échelle des interventions en matière de politiques et de pratiques de santé publique, ainsi que les facilitateurs et les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre de ces cadres.</p> <p>Huit des 24 études incluses décrivent des cadres de mise à grande échelle. Bien que sept d'entre eux visent la mise à grande échelle dans les pays à faible et moyen revenu, la revue conclut que ces cadres sont tout aussi applicables dans les pays à revenu élevé dans la mesure où les objectifs de promotion de la santé de la population sont comparables. Les caractéristiques suivantes sont communes à tous les cadres : 1) l'utilisation de données de recherche pour déterminer les facteurs susceptibles d'influencer les stratégies de mise à grande échelle ; 2) la détermination des caractéristiques spécifiques de l'intervention qui sont développées à grande échelle (c'est-à-dire l'efficacité, l'acceptabilité, la portée) ; 3) la détermination et le soutien offert aux principaux responsables de la mise en œuvre du changement ; 4) la définition d'une approche appropriée pour la mise en œuvre de l'intervention ; 5) l'adaptation de l'approche de mise à grande échelle aux caractéristiques de la collectivité ciblée ; 6) la prise en compte des facteurs sociopolitiques ; et 7) l'évaluation et le suivi des approches de mise à grande échelle.</p> <p>Parmi les principaux facteurs dégagés comme étant des facilitateurs de mise à grande échelle d'interventions de santé publique, on peut citer 1) l'élaboration d'une stratégie de suivi et d'évaluation ; 2) la modélisation des coûts et des facteurs économiques associés aux différentes approches d'intervention ; 3) la participation d'un groupe diversifié de responsables de la mise en œuvre de l'intervention et de membres de la collectivité ciblée ; 4) la conception d'une stratégie de mise à grande échelle adaptée au contexte ; 5) la recherche et l'utilisation actives de données de recherche ; 6) la présence d'infrastructures pour soutenir la mise en œuvre ; 7) un leadership, une promotion et une volonté politique forte ; et 8) la conception d'une stratégie globale de mise à grande échelle.</p> <p>Les obstacles qui ressortent de la revue concordent avec les facilitateurs et comprennent principalement 1) l'incapacité à élaborer des approches adaptées aux contextes des collectivités concernées ; 2) les coûts et les facteurs économiques ; 3) les ressources humaines limitées ; 4) la résistance à l'adoption de nouvelles interventions en raison de capacités organisationnelles et de ressources communautaires limitées ; le roulement et le recrutement du personnel ; et 5) la faible volonté politique.</p> <p>Les conclusions de cette revue suggèrent en outre que la mise en œuvre d'une stratégie réussie ne dépend pas du nombre de ses composantes ni des niveaux de système qu'elle vise. Pour que le développement à grande échelle des interventions soit efficace, les composantes individuelles de stratégies complexes doivent être compréhensibles et doivent pouvoir être adoptées par les responsables de la mise en œuvre et les</p>	2013	4/9 (Cote AMSTAR établie par McMaster Health Forum)	1/24	0	0

McMaster Health Forum

	collectivités. Les limites de cette étude comprennent le biais de publication/sélection et l'exclusion des écrits dans lesquels ne figurent pas les termes « mise à grande échelle » ou « évolutivité ».					
Identifier les facteurs qui influencent les prévisions de coûts pour la mise à grande échelle des interventions (48)	<p>Cette revue recense 37 études explorant les facteurs qui influencent le coût de la mise à grande échelle des interventions en matière de services de santé, plus particulièrement les coûts en milieu rural et urbain. Elle traite également des coûts associés aux différentes formes d'interventions et aux différents degrés de couverture.</p> <p>Les facteurs suivants s'en dégagent pour l'estimation des coûts : 1) coût du transport, de la supervision et de la formation des professionnels ; 2) disponibilité des ressources et solidité des infrastructures existantes ; 3) disponibilité de professionnels de la santé formés et qualifiés ; et 4) coût moyen du traitement par patient ainsi que les coûts marginaux de la mise à grande échelle. Les stratégies de gestion telles qu'une bonne communication à divers niveaux, une assurance qualité continue et le renforcement des capacités administratives sont également notées comme facteurs essentiels. Dans les contextes où la structure administrative et les réseaux nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention font défaut, la mise en place d'une infrastructure appropriée peut entraîner des dépenses supplémentaires. Ainsi, l'exploitation d'interventions existantes sous-utilisées, l'achat en gros de fournitures d'intervention et l'adoption d'une approche progressive pour atteindre les objectifs de mise à grande échelle peuvent être utiles pour maximiser l'efficacité et réduire les coûts élevés.</p> <p>Les conclusions de cette étude suggèrent que le coût de la mise à grande échelle des interventions est considérablement plus élevé dans les régions rurales et éloignées en raison des barrières géographiques, des limites des infrastructures, du manque de personnel, des coûts marginaux plus élevés et du coût moyen plus élevé du traitement par patient. La mise en œuvre d'autres stratégies comme les services mobiles ou les campagnes de sensibilisation, peut offrir une voie plus durable pour la mise à grande échelle sur le plan économique tout en augmentant la demande de services dans les collectivités rurales et éloignées.</p> <p>Les auteurs de l'étude n'ont pas été en mesure de calculer des prévisions de coûts concrets en raison de la variabilité des contextes d'intervention et de l'étendue de la couverture. Ils notent cependant les similitudes suivantes entre les études quant aux lignes directrices pour déterminer les prévisions de coûts totaux : 1) estimation des coûts moyens pour les zones urbaines et rurales ; 2) détermination de l'étendue de la couverture et des coûts fixes pour l'ensemble des caractéristiques du programme ; 3) évaluation de la disponibilité des ressources humaines et de la capacité de l'infrastructure ; et 4) calcul des coûts de gestion associés à la mise à grande échelle de l'intervention.</p> <p>Les limites de cette étude tiennent aux données inadéquates liées aux coûts de mise à grande échelle des interventions en matière de services de santé.</p>	2002	5/10 (Cote AMSTAR établie par McMaster Health Forum)	1/10	0	0

Mettre à grande échelle la prise de décision partagée en soins à domicile et en milieu communautaire au Canada

<p>Définir les étapes de la mise en œuvre de l'intervention et un outil d'aide aux initiatives de développement à grande échelle (49)</p>	<p>Cette revue porte sur 69 études décrivant les étapes communes de l'innovation afin d'élaborer un outil global destiné à aider les parties prenantes à définir les obstacles et les solutions lors de la mise à grande échelle des interventions en matière de santé à une ou plusieurs composantes. Les objectifs de l'outil consistent également à guider les équipes d'innovation à déterminer à quelle étape du processus se situe leur intervention, les préoccupations des parties prenantes à des étapes particulières et à faire face aux obstacles contextuels.</p> <p>On définit les étapes suivantes dans l'élaboration d'une intervention : 1) définition du problème ; 2) élaboration de l'intervention ; 3) conception et pilotage d'un test ; 4) test pilote ; 5) évaluation du test pilote ; 6) décision de mettre en œuvre la conception ; 7) planification de la stratégie de mise en œuvre ; 8) phase de mise en œuvre ; 9) évaluation de la mise en œuvre ; 10) test dans différents contextes pour garantir des résultats positifs cohérents ; 11) décision d'étendre et de prolonger l'intervention ; 12) planification de la stratégie de mise à grande échelle ; 13) phase de mise à grande échelle ; 14) évaluation de la mise à grande échelle ; 15) suivi de la mise à grande échelle ; et 16) institutionnalisation du changement.</p> <p>Les facteurs qui influencent la mise à grande échelle d'une intervention sont les suivants : 1) les caractéristiques de l'intervention ; 2) l'intérêt des parties prenantes, à savoir les chercheurs, les utilisateurs finaux et les décideurs ; 3) le cadre social et physique dans lequel l'intervention sera développée à grande échelle ; 4) l'unité du système de santé visée par l'intervention ; et 5) le paysage politique et économique.</p> <p>Les auteurs de cette étude soulignent l'importance de la collaboration entre les utilisateurs finaux, les décideurs et les chercheurs, ainsi que de l'utilisation d'une approche participative dans la conception et la mise en œuvre des interventions. Les limites de cette étude comprennent le manque de preuves empiriques et l'utilisation d'une stratégie de recherche étroite centrée sur le terme « mise à grande échelle ».</p>	<p>Pas indiquée</p>	<p>2/9 (Cote AMSTAR établie par McMaster Health Forum)</p>	<p>2/9</p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>Évaluer l'efficacité de diverses approches de la mise à grande échelle des interventions en matière de services sociaux (53)</p>	<p>Ce protocole vise à évaluer l'efficacité de diverses approches de la mise à grande échelle des interventions d'aide sociale. La principale mesure de résultat évaluée par ce protocole est le degré auquel une intervention a été mise en œuvre conformément au plan. Les résultats secondaires comprennent l'évaluation du processus d'adoption, l'intégration des interventions proposées dans les systèmes ou les pratiques existants, la durabilité, l'efficacité, l'acceptabilité, dans quelle mesure l'intervention résout le problème, la faisabilité de la mise en œuvre et les coûts associés.</p> <p>Les auteurs de ce protocole notent plusieurs difficultés tenant à l'adoption irrégulière et non uniforme d'interventions en matière de services sociaux dans les divers lieux géographiques, notamment une formation insuffisante, un soutien limité et les attitudes dépassées à l'égard de l'utilisation des résultats de la recherche dans la pratique.</p> <p>Les études examinées dans ce protocole ont permis de dégager les stratégies suivantes de mise à grande échelle : 1) collaboration dans les divers domaines de la recherche et de la pratique ; 2) participation des parties prenantes aux processus décisionnels ; 3)</p>	<p>N/A</p>	<p>Non disponible pour ce type de document</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>	<p>S.O.</p>

McMaster Health Forum

	allocation de ressources ; 4) renforcement des capacités ; 5) restructuration des systèmes existants ; 6) évaluation de la qualité ; 7) collaboration entre organismes clés ; et 8) adaptation de l'intervention pour tenir compte des facteurs contextuels. La réalisation d'une évaluation continue des interventions mises en œuvre est encore plus importante pour déceler et surmonter les obstacles à la mise à grande échelle.					
--	---	--	--	--	--	--



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