

L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ: COMMENT L'INTRODUIRE DANS LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DU QUÉBEC?

Olivier Sossa
Groupe de recherche SOLIDAGE
Hôpital général Juif–Sir Mortimer B. Davis
Université de Montréal

Pascale Lehoux
Département d'administration de la santé
Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS)
Université de Montréal
Montréal, Québec

Résumé: Cet article décrit le degré de mise en œuvre de l'évaluation des technologies de la santé (ETS) dans les établissements universitaires du Québec et examine la structure pour favoriser son implantation. Les données proviennent d'un questionnaire postal administré dans les établissements universitaires (taux de réponse 83/149 = 56%). Des entrevues complémentaires ($n = 4$) permettent de documenter le contexte plus large de la mise en œuvre de l'ETS. Les principaux obstacles identifiés sont la faible disponibilité des ressources matérielles, financières, et humaines. Les répondants favorisent une unité d'ETS qui relèverait de la direction générale ou de la direction des services professionnels, en lien étroit avec le centre de recherche. Les résultats illustrent trois défis principaux: la clarification des attentes des acteurs face à l'ETS, la recherche d'un plus grand consensus autour de l'ETS, et une large adhésion dans la structure choisie.

Abstract: This article describes the level of implementation of health technology assessment in Quebec university teaching health centres and examines structures that may facilitate its development. The data are from a mail survey sent to respondents in all university teaching health centres (response rate of 83/149 = 56%). Interviews with key actors ($n = 4$) were also conducted to document the broader context in which health technology assessment is implemented. The main obstacles identified are the lack of human, material, and financial resources. Respondents pre-

Correspondance à l'auteur: Olivier Sossa, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal, Québec H3C 3J7; <go.sossa@umontreal.ca>

fer structures where the health technology assessment unit is under either the CEO or the Chief of Medical Staff, both closely linked to the research centre. The results reveal three key challenges: the need to clarify expectations about the role of health technology assessment, the need to seek consensus around health technology assessment, and the need for broad commitment to the selected structure.

Dès 1992, la *Loi sur les services de santé et services sociaux* du Québec stipule que les établissements universitaires de santé devraient procéder à l'évaluation des technologies de la santé (ETS). Après les soins, l'enseignement, et la recherche, il s'agit de la quatrième mission des hôpitaux universitaires (Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires, 2002). Même si son niveau d'implantation demeure limité, la volonté de développer l'ETS en milieu hospitalier s'observe également dans d'autres provinces canadiennes et à travers le monde (Lehoux, 2002). Récemment, le rapport de la Commission Romanow (2002) recommandait d'accroître aussi bien la production que l'utilisation de l'ETS. En effet, l'ETS est un domaine de recherche qui vise à produire des informations valides et fiables pour orienter les décisions des différents acteurs du système de soins, notamment, les planificateurs, les gestionnaires, et les cliniciens. Puisque les hôpitaux universitaires sont des références du savoir et de l'excellence au sein du système de santé, ils peuvent, en intégrant et en harmonisant leur mission d'évaluation à celles de prestation de soins et services, de recherche, et d'enseignement, mieux remplir leur propre rôle auprès de la clientèle et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité du système général (Battista et al., 2003). Toutefois, l'ETS — tout comme l'évaluation en général — suppose un rapprochement des préoccupations d'acteurs poursuivant des finalités distinctes (Monnier, 1992). Or, planifier, gérer, et soigner ne relèvent pas d'une seule et même logique. Un tel rapprochement au sein des hôpitaux universitaires nécessite donc une nouvelle dynamique dans les rapports entre les gestionnaires, les cliniciens, et le personnel responsable du soutien technologique. Pour mieux comprendre comment l'ETS est susceptible de s'y développer, il convient préalablement de documenter la signification qu'accordent ces différents acteurs à l'ETS et comment ils envisagent sa pratique dans un contexte où se combinent déjà plusieurs logiques d'action.

Cet article présente les résultats d'une enquête auprès de gestionnaires, cliniciens, et ingénieurs biomédicaux portant sur la mise en œuvre de l'ETS dans les hôpitaux universitaires du Québec. Ces

hôpitaux sont constitués des centres hospitaliers universitaires (CHU), des centres affiliés universitaires (CAU), et des instituts universitaires (IU). L'étude a été conçue dans un contexte où cette pratique est en pleine émergence et nous avons conséquemment accordé une attention particulière aux barrières et aux facteurs favorables à sa mise en œuvre. Nous décrivons les caractéristiques de l'ETS et pourquoi son déploiement en milieu hospitalier s'inscrit dans le cadre d'un changement organisationnel majeur. Les données de l'étude proviennent d'une enquête postale et des entrevues complémentaires. Les résultats sont présentés en trois sections: (a) la perception que se font les trois groupes de répondants de l'ETS, (b) son degré de mise en œuvre, et (c) les caractéristiques de la structure organisationnelle d'une unité d'ETS en milieu hospitalier universitaire. La discussion souligne que des ressources humaines, matérielles, et financières devront être déployées. Les résultats suggèrent aussi une recherche de consensus sur la définition des axes prioritaires des travaux en ETS. Enfin, la conclusion insiste sur la nécessité de débattre et de clarifier les attentes des différents groupes concernés par l'ETS afin que cette quatrième mission universitaire se concrétise.

ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Dans le secteur de la santé, la définition des technologies est inclusive et comprend les instruments, les médicaments, les procédures médicales et chirurgicales, les dispositifs soutenant l'administration des soins (transport des organes pour les greffes, systèmes d'information, etc.), et les programmes qui visent l'amélioration de l'état de santé des populations en agissant sur les autres déterminants que sont l'environnement et les habitudes de vie (Jacob, 1995). Le fonctionnement d'un centre hospitalier, et en particulier celui d'un établissement universitaire, repose largement sur l'utilisation des technologies. Dans un contexte où le système de santé est soumis à une logique de contrôle budgétaire croissante et cherche en même temps à innover et à améliorer la qualité des soins, les informations issues de l'ETS pourraient y jouer un rôle important.

L'ETS est une activité interdisciplinaire qui s'appuie sur plusieurs types de résultats scientifiques tels que ceux issus des essais cliniques (innocuité, efficacité), des analyses économiques (coûts-efficacité, coûts-avantages, QALYs), des analyses organisationnelles (accès, qualité), ou encore des études portant sur les enjeux sociaux, politiques, et éthiques (Moses, 1986). Selon Jacob (1995), évaluer

c'est appliquer une approche systématique pour fournir une information valide et fiable sur une intervention. Coates (1972), de son côté, insiste sur les enjeux à long terme:

Technology assessment is the systematic identification, analysis, and evaluation of the full range of social impacts, both beneficial and detrimental, which may result from the introduction of a new technology or changes in the application and utilization of existing technology. In technology assessment, great emphasis is placed on secondary and higher-order impacts (that is, on unplanned and on intentional consequences) which affect social, cultural, institutional, economic, and environmental systems and processes of society. Technology assessment is intended to illuminate societal options and thereby to provide a neutral and objective input into public decision-making. (p. 19)

Bien que la manière dont ces différents enjeux sont examinés par les chercheurs en ETS varie, une démarche relativement consensuelle a émergé au cours des 15 dernières années (Lehoux, Battista, & Lance, 2000). Le but poursuivi est d'intégrer dans une perspective de santé publique les intérêts parfois divergents de différents acteurs du système de soins (tiers-payant, gestionnaires, professionnels, patients, etc.). Puisque l'évaluation doit éclairer les décisions politiques, économiques, et cliniques en fournissant des analyses rigoureuses, il convient de développer une conception commune du rôle, du contenu, et des processus soutenant l'ETS. Selon Battista et al. (2003), l'évaluation des technologies de la santé suit une séquence logique d'interrogation qui va du plus étroit au plus large. Ces auteurs distinguent donc quatre niveaux que sont l'examen des questions de la sécurité intrinsèque et de la performance de la technologie à l'étude; les paramètres d'évaluation concernant la nature et la probabilité des avantages et des risques pour la santé liés à l'utilisation de la technologie; les coûts qui permettent d'apprécier l'efficacité; et enfin, l'examen des répercussions sur le système de santé.

L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET LE CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

L'introduction de la pratique de l'ETS dans les établissements universitaires de santé peut être vue comme un changement organisationnel. Dans une telle perspective, l'implantation de cette pratique

doit suivre une démarche du changement reposant sur une gestion délibérée et coordonnée des différentes étapes essentielles à la promotion, à la réalisation, et à l'utilisation de l'évaluation.

La préparation au changement est un effort conscient en vue de modifier une situation considérée comme insatisfaisante, au moyen d'une série d'actions systématiques dont le choix et l'orchestration découlent d'une analyse de la situation (Collerette, Delisle, & Peron, 1997). En clair, il ne suffit pas seulement de définir la contribution potentielle de l'ETS à l'amélioration de la performance des hôpitaux en établissant l'efficacité ou l'efficience des interventions, mais il faut aussi examiner les différents processus professionnels, sociaux et politiques qui structurent le travail au sein des centres hospitaliers. Initialement, la gestion du changement repose sur les dirigeants de l'organisation qui développent, au fil de leur expérience, une perception plus globale de l'organisation. Trois rôles centraux sont assignés aux dirigeants: définir et formuler la raison d'être de l'organisation, mettre en place un système de communication et de coopération et, enfin, canaliser les efforts des diverses équipes qui assureront la continuité et l'intégrité de l'organisation. Cette définition du rôle du gestionnaire devient plus complexe dans un centre hospitalier universitaire qui est une organisation professionnelle où chacun des acteurs (ou groupe d'acteurs) détient une expertise spécifique et une large autonomie.

Dans la littérature, diverses variables contribuent à expliquer le niveau d'implantation d'un changement. Selon les variables explicatives retenues, on dénombre cinq principaux modèles conceptuels pour l'analyse de l'implantation du changement (Scheirer, 1981). Le Tableau 1 présente les cinq modèles conceptuels ainsi que leurs principales variables. Ce tableau résume également les forces et faiblesses de chacun des modèles.

Le modèle politique proposé par Denis et Champagne (1990), qui intègre plusieurs des variables examinées, sert de modèle théorique pour notre étude. Le choix de ce modèle politique s'inspire de la particularité des centres hospitaliers universitaires: la recherche du maintien de l'autonomie des professionnels et le développement de leurs compétences et de leur prestige. À cela, il faut ajouter la multiplicité des forces en présence. Les établissements universitaires de santé sont des organisations professionnelles caractérisées par une bureaucratie bicéphale composée, d'une part, par des médecins qui sont autonomes dans la pratique de leurs activités et généralement réfractaires au contrôle externe et, d'autre part, par des gestionnaires

qui contrôlent les autres membres de l'organisation à travers des mécanismes hiérarchiques et de régulation formelle (Lozeau, 1996).

Le modèle politique tient compte du fait que, dans une organisation, les acteurs adoptent des stratégies différentes qu'ils définissent en fonction d'intérêts spécifiques. Ainsi, l'introduction d'une

Tableau 1
Les caractéristiques des modèles de changement organisationnel

Modèles de changement organisationnel	Caractéristiques
Le modèle rationnel	<p>Les variables explicatives sont celles qui peuvent mettre en cause la planification ou le contrôle du changement: le processus de changement (Kundel, 1975), le contrôle sur les responsables de l'implantation du changement (Harrison, 1985; Kirkpatrick, 1986), la cohérence entre les attentes des acteurs (Elmore, 1978), et la communication des stratégies de l'implantation (Harrison, 1985).</p> <p>La principale insuffisance de ce modèle réside dans le fait qu'il ne met pas en exergue toute la dynamique du changement (Jbara, 1996). Selon la description de ce modèle, le sommet de l'organisation conçoit une innovation, la planifie, et donne des directives pour son opérationnalisation.</p>
Le modèle du développement organisationnel	<p>Les variables explicatives dans ce modèle sont celles qui mettent en cause la capacité de développement des organisations: la présence dans l'organisation d'un style participatif de gestion (Fullan, 1972; Herman-Taylor, 1985), la décentralisation des processus de décisions (Berman, 1980), et la mise en place de mécanismes favorisant une bonne communication (Goodman & Kurke, 1982; Geis, 1985).</p> <p>L'adoption d'un tel modèle dans un processus de changement dépend de la capacité de l'organisation à générer un consensus autour des objectifs poursuivis par ce changement (Elmore, 1978).</p>
Le modèle psychologique	<p>Le modèle psychologique met l'accent sur les croyances, les comportements, les attitudes, et les intentions face au changement (Fishbein & Ajzen, 1975). Les variables explicatives du degré de l'implantation du changement sont celles qui compromettent la propension des individus à accepter l'implantation d'une innovation.</p>
Le modèle structurel	<p>Le modèle structurel met en exergue les caractéristiques structurelles à savoir, les attributs organisationnels du contexte organisationnel et du gestionnaire.</p>
Le modèle politique	<p>Le modèle politique tient compte du fait que, dans une organisation, les acteurs adoptent des stratégies différentes qu'ils définissent en fonction d'intérêts spécifiques. Ainsi, l'introduction d'une innovation peut susciter des résistances importantes si elle menace la position de certains acteurs dans l'organisation (Shortell, 1983). Inversement, elle sera un succès si elle reçoit le support des acteurs qui exercent des contrôles importants dans l'organisation (Denis, 1988).</p>

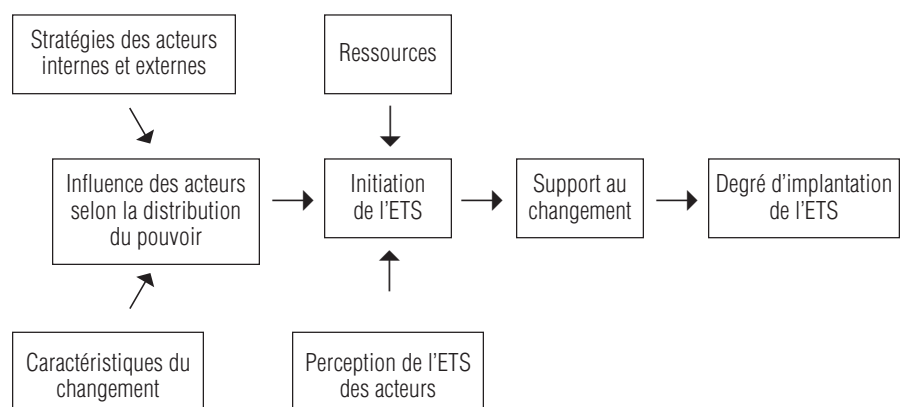
innovation peut susciter des résistances importantes si elle menace la position de certains acteurs dans l'organisation (Shortell, 1983). Inversement, elle sera un succès si elle reçoit le support des acteurs qui exercent des contrôles importants dans l'organisation (Denis, 1988). Toute organisation est un système d'acteurs, donc le produit irréductiblement contingent des interactions que ses membres entretiennent les uns avec les autres. Ceci a des conséquences profondes sur la manière dont on pourra concevoir le changement dans une organisation ou envisager une intervention visant à provoquer un tel changement (Friedberg, 1993).

Pour adapter ce modèle politique à notre étude, l'ajout de certaines variables s'avère utile (voir Figure 1). Notamment, la perception qu'ont les acteurs de l'ETS et la disponibilité des ressources humaines, financières, et matérielles.

De la lecture de ce modèle, quatre postulats ont été formulés afin de guider le recueil et l'analyse des données empiriques.

- P1: Plus les acteurs concernés par l'adoption de l'ETS dans les établissements universitaires percevront cette adoption comme cohérente avec leurs intérêts et leurs pratiques, plus grand sera le degré de mise en œuvre de l'ETS.
- P2: Une grande convergence dans les perceptions des gestionnaires, des médecins et des ingénieurs biomédicaux quant aux objectifs et à l'utilité de l'ETS devrait en faciliter l'adoption.

Figure 1
Modèle conceptuel



- P3: La disponibilité de ressources humaines, matérielles, et financières consacrées à l'ETS sera directement proportionnelle à la mise en œuvre d'unités d'ETS.
- P4: Plus les médecins des établissements universitaires de santé seront convaincus que l'ETS contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients, plus grande sera leur implication.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude combine des données qualitatives et quantitatives (Datta, 1997). L'objectif est d'identifier les perceptions et les facteurs organisationnels ayant influencé la faible mise en œuvre de l'ETS dans tous les établissements universitaires du Québec. Les données quantitatives proviennent d'un questionnaire auto-administré transmis par la poste aux gestionnaires ($n = 61$), aux médecins chefs de départements directement concernés par l'ETS ($n = 79$), et aux ingénieurs biomédicaux ($n = 9$) œuvrant au sein de l'ensemble des centres hospitaliers universitaires ($n = 5$), des centres affiliés universitaires ($n = 4$), et des instituts universitaires ($n = 1$) du Québec.

De par leur pratique professionnelle, certains médecins sont plus interpellés par l'évaluation des technologies. Ainsi, les départements retenus dans notre échantillonnage sont: anesthésie-réanimation, biologie médicale, chirurgie, médecine, médecine générale, cardiologie, obstétrique-gynécologie, sciences neurologiques, pharmacie, radiologie, traumatologie, anatomo-pathologie, et médecine nucléaire. Par contre, compte tenu de leur utilisation relativement faible des technologies, la psychiatrie, la pédiatrie, et la santé publique ont été exclues.

L'élaboration du questionnaire s'est appuyée sur la revue de la littérature et le modèle conceptuel discuté dans les pages précédentes. Un pré-test du questionnaire a été effectué auprès de deux membres de chacune des catégories de répondants. La version finale du questionnaire comportait trois sections: (a) connaissances générales et perceptions de l'évaluation des technologies (8 questions), (b) expérience des centres hospitaliers universitaires ayant déjà mis en place une structure d'évaluation des technologies de la santé (11 questions), et (c) préférences au sujet de la structure organisationnelle par laquelle ces établissements pourraient implanter l'ETS (6 questions).

Au total, 149 questionnaires ont été expédiés en décembre 2001. Le taux de réponse par catégorie de répondant est de 52% (32/61) pour

les gestionnaires, 53% (43/79) pour les cliniciens, et 89% (8/9) pour les ingénieurs biomédicaux. Le taux de réponse global est de 56% (83/149). Ce taux de réponse est satisfaisant compte tenu des catégories de répondants visées et de leur charge de travail.

Les données qualitatives proviennent d'entrevues réalisées auprès d'informateurs clés œuvrant dans des institutions concernées par l'ETS — le ministère de la Santé et des Services sociaux ($n = 1$) et l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé (AETMIS) ($n = 2$). L'AETMIS est une agence relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux dont la mission est de conseiller et d'appuyer, au moyen de l'évaluation, les décideurs du milieu de la santé en matière d'introduction, d'acquisition, et d'utilisation de technologies et de modes d'intervention. L'AETMIS n'est pas la seule agence canadienne à produire l'évaluation des technologies de la santé. Toutefois, elle reste la plus importante à l'échelle du Québec. Nous nous limiterons seulement à cette agence car le but de cette étude est de présenter le portrait du Québec en matière d'évaluation des technologies de la santé. Un acteur très impliqué au cours des 12 dernières années dans le développement de l'ETS au Québec a été interviewé aussi. Le but de ces entrevues était de mieux comprendre la genèse de cette quatrième mission confiée aux établissements universitaires et les enjeux qui accompagnent son déploiement. Les entrevues ont porté sur la pertinence de l'ETS, les ressources (humaines, matérielles, et financières) requises par son implantation en milieu hospitalier, et les facteurs influençant sa mise en œuvre.

RÉSULTATS

Dans un premier temps, nous présentons la perception qu'ont les répondants de l'ETS, de ses objectifs, et de sa pertinence en milieu universitaire de la santé. Deuxièmement, nous décrivons le portrait actuel de la mise en œuvre de l'ETS et les contraintes liées à son implantation. Enfin, nous présentons les facteurs qui faciliteraient son adoption et les structures organisationnelles soutenues par les répondants.

Perceptions de l'ETS

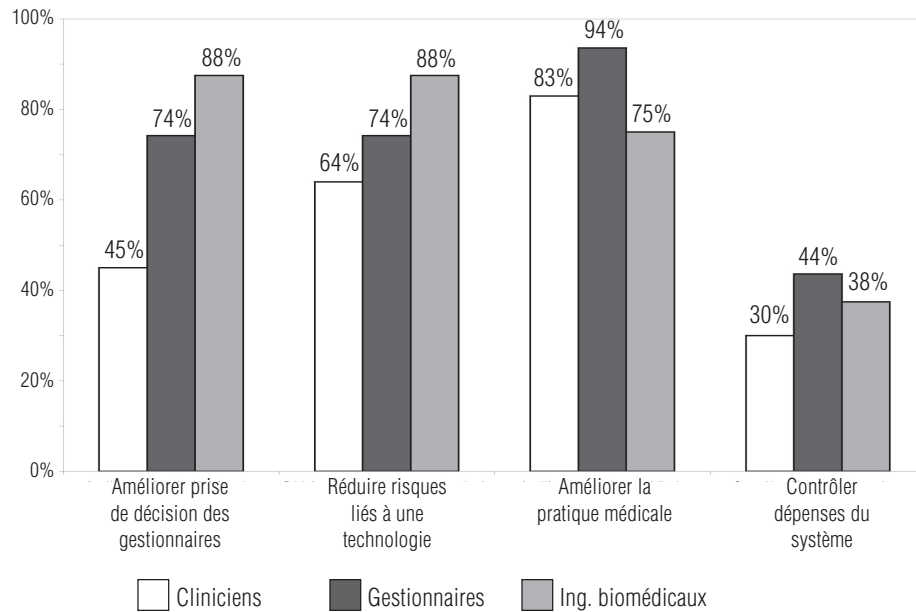
Une forte majorité, soit 72% (59/82) des répondants, affirme connaître l'ETS. Les principales sources d'information sont: les publications scientifiques (43%; 36/83), les échanges entre collègues (37%; 31/83), et les rapports des agences d'évaluation (35%; 29/83). Ensuite viennent

les colloques (21%; 18/83), et les cours/séminaires (17%; 14/83). Les sites Web (8%; 7/83) et les médias (6%; 5/83) sont moins mentionnés.

La perception de l'ETS varie selon les catégories de répondants et dépend essentiellement de leur connaissance en la matière. La Figure 2 présente l'importance de l'ETS. Cette figure démontre que les gestionnaires, les cliniciens, et les ingénieurs biomédicaux ont des points de vue parfois divergents sur la contribution de l'évaluation des technologies en milieu hospitalier. Les gestionnaires, les cliniciens, et les ingénieurs biomédicaux estiment que l'évaluation des technologies devrait être orientée vers l'amélioration de la pratique médicale. La contribution de l'ETS dans l'amélioration de la prise de décisions et la réduction des risques liés à l'utilisation d'une technologie ne semblent pas faire l'unanimité au sein des répondants.

En clair, les opinions que les cliniciens et les gestionnaires ont sur la contribution de l'évaluation des technologies convergent largement vers l'objectif de l'amélioration de la pratique médicale. Les ingénieurs biomédicaux estiment que les travaux en évaluation des technologies devraient contribuer d'abord à améliorer les processus de prise de décision et réduire les risques liés à une technologie.

Figure 2
Importance de l'évaluation des technologies de la santé en milieu hospitalier

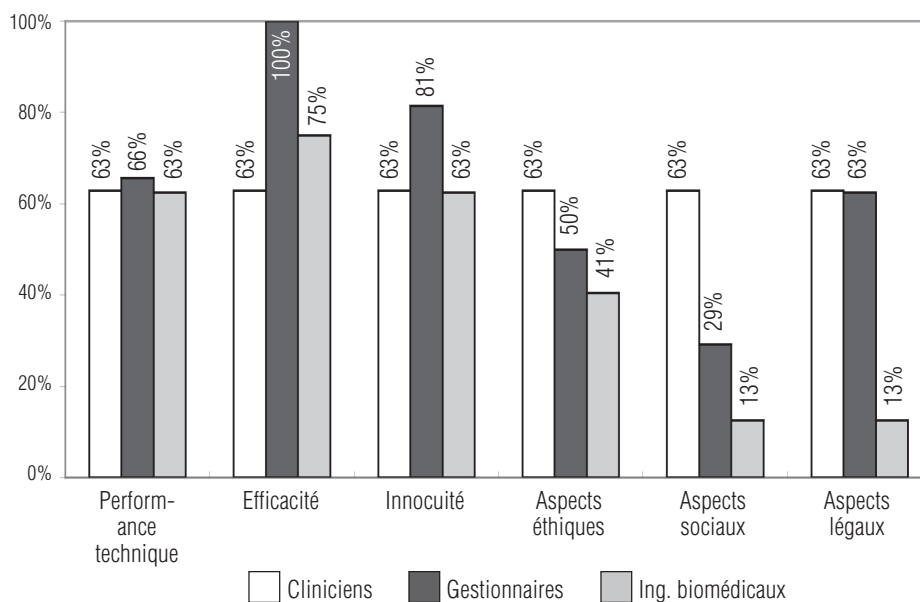


En ce qui concerne la pertinence de la pratique de l'évaluation des technologies de la santé, près de 16% (13/82) de nos répondants ne savent pas que l'évaluation des technologies est l'une des missions des établissements universitaires de la santé du Québec. Toutefois, 96% (78/81) des répondants pensent qu'il est important que ces établissements fassent de l'ETS. Les raisons fréquemment avancées sont (il s'agissait d'une question ouverte):

- Afin d'établir les bonnes pratiques, de corriger les gestes du passé et d'orienter au mieux l'implantation des technologies;
- Pour savoir quoi faire devant l'explosion technologique;
- Pour développer des connaissances, améliorer les standards de pratique et valider des technologies en mesure d'améliorer la qualité des soins et services; et
- Pour obtenir une opinion scientifique non biaisée sur les technologies.

La Figure 3 montre la position des répondants par rapport à certains aspects de l'évaluation des technologies de la santé. Nous remarquons de façon générale que, quel que soit le groupe professionnel,

Figure 3
Importance perçue des différentes composantes de l'ETS



les aspects privilégiés sont l'efficacité clinique, l'innocuité, et la performance technique liées à une technologie donnée. Les aspects éthiques, sociaux, et légaux restent principalement une préoccupation des cliniciens.

Du point de vue des répondants, les travaux en évaluation des technologies devraient principalement viser les cliniciens (95% soit 79/83), les patients (84% soit 70/83), et les gestionnaires (65% soit 54/82).

Degré de mise en oeuvre de l'évaluation des technologies de la santé

Jusqu'à 51% (42/82) des répondants connaissent l'AETMIS. Parmi ceux-ci, 76% (32/42) consultent ses rapports (réponse dichotomique). L'impact de ces rapports sur les décisions et les pratiques en milieu hospitalier reste faible. Pour la majorité des cliniciens (69%; 22/32) et 44% des gestionnaires (14/32), les travaux en évaluation des technologies n'ont aucun impact sur les décisions et les pratiques en milieu hospitalier universitaire.

Une faible proportion (44%; 36/82) des répondants indiquent que leur établissement produit des travaux qui s'apparentent à l'évaluation des technologies de la santé. Dans ces établissements, les gestionnaires s'informent régulièrement des travaux en ETS, ils consultent le plus ces travaux et sont donc les plus susceptibles de mettre en application les recommandations qui en découlent. Notons que plus de 30% des médecins indiquent ne «jamais» consulter les travaux ni appliquer les recommandations.

Quel que soit le groupe professionnel, tous les répondants estiment que ces évaluations ont contribué à l'amélioration de plusieurs aspects de la gestion et des pratiques. En plus de cet apport, les gestionnaires attestent que ces travaux permettent une amélioration de la performance technique des appareils (78%; 7/9), une amélioration de la pratique des ingénieurs biomédicaux (78%; 7/9), et une incitation à l'adoption des innovations (80%; 8/10).

Certaines contraintes à l'implantation des unités d'évaluation dans les établissements de santé ont été identifiées. La Tableau 2 résume quelques-unes de celles-ci. Cette figure montre, de façon globale, que les principaux facteurs contraignant quant à l'évaluation des technologies sont le manque de ressources financières (76% soit 63/83), le manque de ressources humaines (54% soit 45/83), et la faible priorité accordée à l'évaluation des technologies (38% soit 32/83).

Tableau 2
Contraintes à l'implantation d'unités d'ETS

	Aucunement (%)	Dans une faible mesure (%)	Dans une certaine mesure (%)	Dans une large mesure (%)
Manque de ressources \$	2,6	3,8	17,9	75,9
Manque de res. humaines	7,8	14,3	23,4	54,2
Faible priorité de l'ETS	9,0	17,9	38,5	34,6
Autonomie des cliniciens	32,5	33,8	26,0	7,8
Autonomie des gestionnaires	39,5	28,9	19,7	11,8
Crainte des ingénieurs biomédicaux	45,9	31,1	17,6	5,5

Facteurs facilitants et structure organisationnelle pour soutenir le déploiement de l'ETS

Certains facteurs pourraient faciliter l'implantation de l'ETS en milieu universitaire (il s'agissait d'une question ouverte).

- Une structure commune, clairement identifiée, coordonnée par l'ensemble des établissements universitaires menant les mêmes études avec les mêmes critères d'évaluation;
- L'obtention de contrat avec les industries et autres développeurs de technologies;
- La clarification de la mission des unités d'évaluation;
- La collaboration de personnes ressources;
- La communication et la promotion des résultats;
- Le travail en équipe (cliniciens et chercheurs);
- Les évaluations faites avec les gens du milieu et non pas par des théoriciens qui n'ont aucune expérience pratique dans le domaine;
- L'appui et le soutien constants des conseils d'administration dans la démarche de l'implantation des unités d'ETS;
- Davantage d'implication des établissements universitaires dans ces processus par l'AETMIS, renforcement du programme de communication, et encouragement de cette orientation par le MSSS;
- L'élaboration des projets orientés en fonction des priorités organisationnelles; et
- L'encouragement de la formation d'une équipe pluridisciplinaire.

La structure par laquelle les CHU, CAU, et IU doivent produire des évaluations ne fait pas l'unanimité. La Figure 4 présente, du point

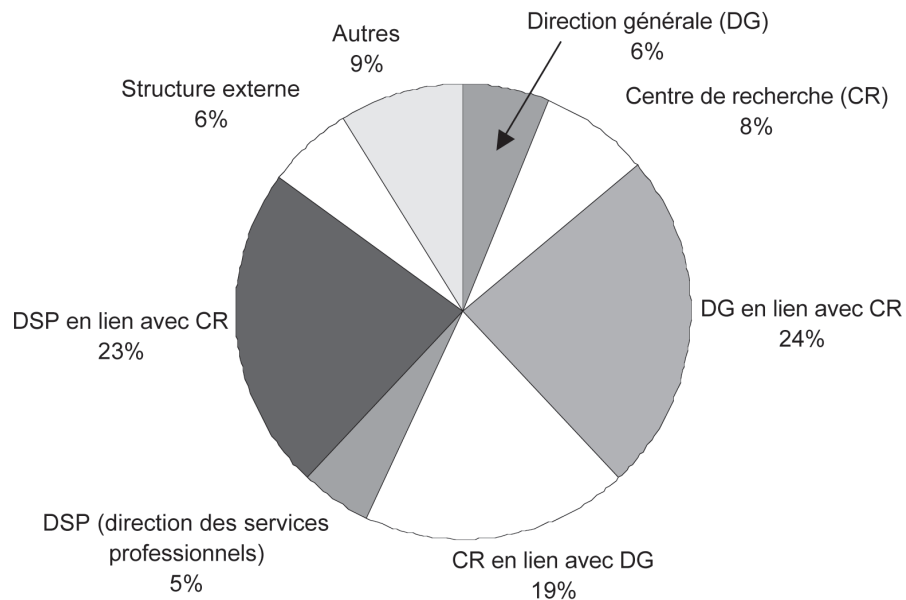
de vue des répondants, la structure idéale pour consolider l'évaluation des technologies en milieu hospitalier universitaire.

Les structures favorables à l'implantation de l'évaluation des technologies sont: celle relevant de la direction générale mais en lien avec le centre de recherche (24% soit 19/79), celle relevant du DSP et en liaison avec le centre de recherche (23% soit 18/79), puis celle relevant du centre de recherche et en lien avec la direction générale (19% soit 15/79).

Les entrevues complémentaires ont exploré: la pertinence de l'évaluation des technologies de la santé, les ressources nécessaires pour faire l'évaluation des technologies, et enfin, la mise en œuvre limitée de l'évaluation des technologies dans les hôpitaux universitaires du Québec. Trois observations ressortent de l'analyse des entrevues.

1. Les nouvelles technologies créent de fortes pressions sur le système de santé. Il faut donc faire des choix. L'évaluation, en se basant sur des données probantes, vient donc fournir aux décideurs des informations valides pour prendre des décisions adéquates. Toutefois, le rôle des CHU dans ce domaine reste à préciser.

Figure 4
Structures pour l'ETS



2. La disponibilité des ressources pour l'évaluation des technologies de la santé reste problématique. Même si ces établissements disposent de plusieurs expertises, il reste à savoir si ces expertises sont pertinentes pour les travaux en ETS et si elles sont mobilisables. Par ailleurs, les établissements sont sous-financés pour faire face à cette nouvelle mission.
3. La réussite de l'évaluation des technologies de la santé est conditionnelle à un soutien politique de haut niveau et à l'appui des conseils d'administration et des directeurs généraux des établissements.

DISCUSSION

Dans un contexte où les contraintes budgétaires et le développement de nouvelles technologies se trouvent réunis, les planificateurs, gestionnaires, et cliniciens deviennent de plus en plus sensibles à l'ETS. Toutefois, les résultats de cette étude indiquent que plusieurs obstacles freinent la réalisation de cette quatrième mission au sein des établissements universitaires de santé au Québec. Celle-ci est encore très faiblement développée. De plus les résultats montrent une convergence dans les perceptions des répondants sur certaines caractéristiques de l'ETS et la manière dont le changement peut s'opérer. Ceci représente une opportunité à saisir pour ceux qui désirent initier l'ETS en milieu hospitalier.

La convergence des points de vue sur les caractéristiques de l'ETS

Nous avons inscrit l'introduction de l'ETS dans les établissements universitaires dans le cadre d'un changement organisationnel. Selon Fullan, Miles, et Taylor (1980), une vision systémique du changement est un facteur facilitant la diffusion d'une innovation. Ici, le terme systémique fait référence aux établissements universitaires en tant que sous-système d'un système plus englobant (industrie, régie régionale, communauté, contexte socioculturel et politique, etc.). Ces systèmes et sous-systèmes sont interdépendants. Il est donc utile d'envisager une variété d'interventions et une approche globale coordonnée lorsqu'on souhaite implanter une innovation dans un milieu. Afin de définir les stratégies d'implantation d'un changement organisationnel, la recherche de consensus auprès de l'ensemble des groupes concernés forge généralement l'une des principales préoccupations (Rondeau & Lemelin, 1988). Ces consensus peuvent toucher différents aspects et porter sur le besoin même d'opérer le changement, ses objectifs à court et long termes, le besoin d'une aide externe ou non, le calendrier, et ainsi de suite.

L'ETS est une activité dont l'étendue est vaste. Selon les résultats de l'étude, les répondants s'entendent sur la contribution de l'ETS dans l'amélioration de la pratique médicale. Le rôle de l'ETS dans l'amélioration de la prise de décision des gestionnaires et la réduction des risques liés à l'utilisation d'une technologie n'est pas partagé par toutes les catégories de répondants. De plus, les répondants semblent perplexes quant à la contribution des travaux en ETS dans le contrôle des dépenses du système de santé. Dans ce cas, l'implantation de l'ETS devrait d'abord miser sur les aspects autour desquels un consensus semble se dégager. Par la suite, la réussite et l'atteinte des objectifs de l'ETS dépendra de l'intégration des autres aspects qui sont jugés moins importants pour les répondants mais qui, selon la littérature, sont nécessaires pour assurer une utilisation appropriée des ressources dans le domaine de la santé (Banta & Luce, 1993; Lehoux, 1997).

Consensus autour de la structure pour implanter l'ETS dans les établissements universitaires

Pour initier l'ETS en milieu hospitalier, nous avons présumé qu'il fallait définir une structure qui puisse déterminer la façon dont les différentes activités y seraient effectuées et coordonnées. Cette structure précise aussi l'ensemble des procédures qui guident les activités et les relations avec les autres entités de l'hôpital. Au plan stratégique, la présence d'un agent de changement formellement désigné est un facteur favorable à l'implantation du changement. Cet agent doit être choisi pour agir avant tout comme un facilitateur du processus et non uniquement comme un expert en ETS. La planification et l'implantation d'un tel projet nécessitent un modèle collaboratif et un leadership partagé. Opter pour une décentralisation des fonctions et des responsabilités permettrait de conserver une grande flexibilité dans la gestion de l'implantation. Cependant, le rôle de chaque acteur doit être clairement défini et une stratégie de communication bien établie.

Selon nos résultats, on note un consensus autour de la structure qui devrait être adoptée pour l'implantation des unités d'ETS: le centre de recherche devrait y être associé. Selon Battista et al. (2003), l'une des solutions organisationnelles consisterait à créer une unité responsable de l'ETS au sein du centre de recherche. Cette option présente des avantages et des inconvénients qui sont résumés dans le Tableau 3. La structure organisationnelle soutenue par ces auteurs est une direction d'évaluation distincte, relevant de la direction

Tableau 3
Avantages et écueils associés à différentes structures (Adapté de Battista et al., 2003)

Structures	Avantages	Écueils
Direction distincte relevant de la direction générale	Près des leviers de décision Ceci assure une meilleure visibilité et une autonomie de l'ETS vis-à-vis des autres missions. Cette autonomie confère la légitimité nécessaire pour établir des liens avec les autres directions.	Manque de coordination avec le centre de recherche Cette situation peut entraîner une duplication des responsabilités. La création d'une nouvelle direction pourrait rendre la structure des hôpitaux universitaires plus complexe.
Unité au sein du centre de recherche	Ressources techniques et informationnelles déjà disponibles Expertise de recherche déjà présente	Risque de se fondre dans le centre de recherche et donc de désorientation
Unité relevant de la direction des soins professionnels (DSP)	Plus proche de la clinique Mobilisation plus facile des cliniciens	Manque de coordination avec le centre de recherche Manque de visibilité par rapport aux trois missions (enseignement, recherche, et soins)
DSP et centre de recherche	Rapprochement clinique et recherche	Manque de visibilité par rapport aux autres missions
Centre de recherche en lien avec la direction générale	Bonne coordination avec le centre de recherche Ressources humaines, techniques, et informationnelles déjà disponibles	Risque de se fondre dans le centre de recherche
Direction générale en lien avec le centre de recherche	Près des leviers de décisions Bonne coordination avec le centre de recherche Ressources humaines, techniques, et informationnelles	Difficulté dans la définition de la responsabilité de chacune des parties dont relève l'unité
Structure externe	Bonne coordination des évaluations dans les établissements d'un territoire donné	Manque de visibilité à l'intérieur des centres hospitaliers

générale et siégeant au comité de la direction de l'hôpital. Les atouts et faiblesses d'une telle structure sont présentés dans le Tableau 3.

Ces unités doivent avoir une structure flexible étant donné qu'elles effectuent des transactions avec leur environnement. Ce processus d'apprentissage commence par une prise de conscience des acteurs de l'organisation qui est modulée par des facteurs environnementaux. Dans le cas des technologies de la santé, le développement de l'industrie et de la recherche et développement a engendré une forte pression sur les systèmes de santé. Les nouvelles réformes, pour être pertinentes, doivent être fondées sur des informations valides et orientées vers une gestion plus efficace et plus efficiente des ressources. Cette nécessité donne à l'ETS une place prépondérante dans l'orientation des réformes. Cependant, les résultats de cette étude indiquent que les travaux en ETS restent encore sous-utilisés. C'est pourquoi les hôpitaux qui implanteront des unités d'ETS devront constituer une banque d'informations sur les études réalisées au sein de leur établissement et rendre ses informations accessibles à un public élargi. Il faudra enfin développer des façons de faire susceptibles de favoriser la collaboration entre établissements.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette enquête a été menée auprès de toute la population des CHU et des CAU et permet de dresser un véritable portrait de la mise en œuvre de l'ETS dans ces établissements. Des 149 personnes admissibles, 83 personnes ont participé au sondage, produisant ainsi un taux de réponse global de 56%. Par ailleurs, si on tient compte, d'une part, du fait que la mission d'évaluation des technologies dans les hôpitaux universitaires du Québec est relativement récente et, d'autre part, de la charge de travail et les horaires des répondants, nous estimons ce taux de réponse satisfaisant. Ce taux de réponse suggère une motivation relativement grande de la part des répondants ayant participé à cette étude. Ils estimaient peut-être que leur contribution allait mener, en bout de ligne, à des améliorations dont pourrait bénéficier la mise en œuvre de l'ETS. Ceci nous permet de dire qu'une forte proportion des répondants a un intérêt spécifique en ce qui concerne la pratique de l'ETS.

Cette étude, fondée en grande partie sur une enquête postale, comporte certaines limites qu'il importe de souligner. Même si la structure et les items du questionnaire ont été guidés par la littérature sur l'ETS et notre modèle conceptuel, cet instrument ne permet pas

de refléter les subtilités qui accompagnent la représentation que se font les répondants de l'ETS ni de rendre compte des raisons pour lesquelles ils soutiennent ou non une certaine structure organisationnelle. C'est pourquoi nous avons mené des entrevues complémentaires qui nous ont permis de mieux mettre en contexte les analyses issues du questionnaire.

Cette enquête esquisse un portrait transversal d'un phénomène qui en est encore à ses débuts, mais qui suscite un intérêt marqué. Dans les années qui viennent, il serait intéressant d'examiner de plus près, à l'aide d'une étude de cas longitudinale, les processus qui façonnent l'implantation d'unités d'ETS en milieu hospitalier et leurs résultats. À ce stade cependant, encore trop peu d'unités sont opérationnellement capables de réaliser une telle étude.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Cette enquête a permis, dans un contexte émergent où plusieurs acteurs tentent d'accroître le développement et l'utilisation de l'ETS (Romanow, 2002), de dresser un premier portrait des écueils et des opportunités associés à son déploiement au sein des établissements universitaires au Québec. Ce type d'étude n'avait jamais été menée, et la littérature sur le sujet demeure restreinte (Battista et al., 2003). Nos résultats indiquent que le manque de ressources humaines, matérielles, et financières ainsi que les représentations parfois divergentes que se font les gestionnaires, cliniciens, et ingénieurs biomédicaux des enjeux professionnels et organisationnels sous-jacents à la rationalisation de l'utilisation des technologies sont autant d'obstacles dans la mise en œuvre de cette quatrième mission.

Plus précisément, trois défis principaux se dégagent de cette étude. Le premier concerne la nécessité de clarifier les attentes par rapport à la mission de l'ETS qui a été confiée aux établissements universitaires. Les objectifs poursuivis par les agences établies à travers le monde sont relativement clairs et visent des publics définis. L'évaluation s'appuie sur des données secondaires et doit, la plupart du temps, adopter la perspective du système de soins. L'implantation de l'ETS au niveau des établissements hospitaliers nécessite de préciser comment sera intégrée la recherche primaire et quelle perspective sera adoptée. Pour y parvenir, il importe de créer des espaces d'échanges et de discussions qui permettront graduellement aux gestionnaires, cliniciens, et personnel technique de développer une meilleure compréhension de la pertinence de l'ETS, de son contenu, et de son utilité pour les pratiques cliniques et de gestion.

Le deuxième défi renvoie aux processus qui devraient conduire à une plus grande adhésion des acteurs concernés par l'ETS, aussi bien ceux provenant des milieux universitaires que de l'ensemble du système de soins. Il faudra créer des liens souples qui permettront de faire circuler l'information adéquatement et de manière continue entre les établissements universitaires et les autres établissements du réseau (Battista et al., 2003). D'un côté, il faudra réduire au maximum la duplication des efforts qui seront mobilisés pour «faire» des évaluations et, de l'autre, il faudra accroître la capacité d'utiliser ces évaluations. Plus concrètement, pour les hôpitaux universitaires, cela signifie de définir la composition et le rôle des comités ou équipes qui sélectionneront les sujets d'évaluation, qui effectueront la cueillette et l'analyse des données, qui participeront à la formulation des recommandations, qui faciliteront la diffusion des résultats et, notamment, qui intégreront l'ETS dans leurs décisions et pratiques.

Le troisième défi concerne la structure organisationnelle qui permettra de développer et de valoriser cette mission. Si les répondants semblent favoriser une unité qui serait d'abord en lien avec le centre de recherche, il n'en demeure pas moins que les ressources et les moyens qui seront mis à la disposition de l'unité reste à définir. Selon nous, il importe de garantir la présence d'expertises diversifiées et, surtout, capables de réfléchir et de travailler de concert. Des compétences de base en évaluation, épidémiologie, statistiques, génie, analyses économiques, et sciences sociales sont requises. Les compétences conceptuelles et méthodologiques spécifiques à l'ETS (revue systématique, méta-analyse, processus d'innovation, aide à la décision, régulation des systèmes de soins) se font encore rares, mais quelques programmes de formation spécialisées existent et contribueront à former la relève (Douw et al., 2002). Enfin, il est clair que des ressources financières seront requises, tel que suggéré par la récente Commission Romanow (2002).

Dans cet esprit, l'ETS pourrait devenir un thème fédérateur au sein des établissements universitaires en recentrant l'attention des professionnels et gestionnaires sur l'utilisation appropriée des technologies dans le cadre d'une organisation performante des soins de santé. Leur rôle auprès des autres établissements du système de soins devrait également être valorisé. Il s'agit d'agir en quelque sorte en tant qu'éclaireur, dans un contexte où l'innovation technologique suscite des changements cliniques et sociaux de plus en plus profonds. C'est pourquoi, à travers cet article, nous avons tenté de pro-

poser un cadre d'analyse initial qui puisse baliser le chemin parcouru jusqu'à maintenant et stimuler la réflexion sur l'avenir de cette mission.

RÉFÉRENCES

- Banta, H.D., & Luce, B.R. (1993). *Health care technology and its assessment: An international perspective*. New York: Oxford University Press.
- Battista, R.N., Déry, V., Jacob, R., Jacob, R., Lance, J.-M., Lavoie, R., Lehoux, P., & Moutquin, J.-M. (2003). *L'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé dans les hôpitaux universitaires*. Montréal: AETMIS.
- Berman, P. (1980). Thinking about programmed and adaptive implementation: Matching strategies to situations. Dans H.M. Ingram & D.E. Mann (Éds.), *Why policies succeed or fail* (pp. 205–237). Beverly Hills, CA: Sage.
- Coates, V.T. (1972, juillet). *Technology and public policy: The process of technology assessment in the federal government*. Final report, prepared for the National Science Foundation. Washington, DC: George Washington University.
- Collerette, P., Delisle, G., & Perron, R. (1997). *Le changement organisationnel: Théorie et pratique*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Comité sur la vision du réseau d'hôpitaux universitaires. (2002, juin). *Vers un réseau universitaire intégré en soins*. Rapport. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Datta, L.-E. (1997). Multimethod evaluations: Using case studies together with other methods. Dans E. Chelimsky & W. Shadish (Éds.), *Evaluation for the 21st century: A handbook* (pp. 344–359). Beverly Hills, CA: Sage.
- Denis, J.L. (1988). *Un modèle politique d'analyse du changement dans les organisations, le cas de l'implantation de la vacation en centre d'hébergement au Québec*. Thèse de Ph.D, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

- Denis, J.L., & Champagne, F. (1990). Analyse de l'implantation: Modèles et méthodes. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 5(2), 47–67.
- Douw, K., Vondeling, H., Bakketeig, L.S., Gabbay, J., Hansen, N.W., & Kristensen, F.B. (2002). HTA education and training in Europe. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(4), 808–819.
- Elmore, R.F. (1978). Organizational models of social program implementation. *Public Policy*, 26(2), 185–228.
- Fishbein, M., & Ajzen, A. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Friedberg, H. (1993). *Le pouvoir et la règle: Dynamiques de l'action organisée*. Paris: Editions du Seuil.
- Fullan, M. (1972). Overview of the innovative process and the user. *Interchange*, (2–3), 1–46.
- Fullan, M., Miles, M.B., & Taylor, G. (1980). Organization development in schools: The state of the art. *Review of Educational Change*, 50, 121–183.
- Geis, G.T. (1985). Risk taking, innovation and organizational environment. Dans R.L. Kuhn (Éd.), *Frontiers in creative and innovative management* (pp. 157–161). Cambridge: Ballinger.
- Goodman, P.S., & Kurke, L. (1982). Studies of change in organizations: A status report. Dans P.S. Goodman et al. (Éds.), *Change in organizations* (pp. 1–46). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gouvernement du Québec. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2, art. 88, 89, et 90.
- Harrison, S. (1985). Perspectives on implementation. Dans A.F. Long & S. Harrison (Éds.), *Health services performance* (pp. 105–125). London: Croom Helm.
- Herman-Taylor, R.J. (1985). Finding new ways of overcoming resistance to change. Dans J.M. Pennings et al. (Éds.), *Organizational strategy and change* (pp. 383–411). San Francisco: Jossey-Bass.

- Jacob, R. (1995). *Évaluation de l'influence et de l'impact des rapports du conseil d'évaluation des technologies de la santé. Direction de la recherche et de l'évaluation*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux.
- Jbara, N. (1996). *Analyse de l'implantation du service des soins infirmiers dans un hôpital universitaire au Maroc*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal
- Kirkpatrick, D.K. (1986). *How to manage change effectively*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kundel, J.H. (1975). *Behavior, social problem of change: A social learning approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lehoux, P. (1997). Conceptions de l'évaluation des technologies de la santé. *Revue politique et management public*, 15(1), 1–41.
- Lehoux, P., Battista, R.N., & Lance, J.-M. (2000). Monitoring health technology assessment agencies. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 15(2), 1–33.
- Lehoux, P. (2002). Could new regulatory mechanisms be designed after a critical assessment of the value of health innovations? Discussion paper n° 37. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada, chaired by R. Romanow.
- Lozeau, D. (1996). L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité: Résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec. *Ruptures*, 3(2), 187–208.
- Monnier, E. (1992). *L'évaluation de l'action des pouvoirs publics* (2^e éd.). Paris: Economica.
- Moses, L.E. (1986). Data acquisition for assessment of medical technology: Methods other than technical trials. *Int. J. Technol. Assess. Health Care*, 2(1), 27–38.
- Romanow, R. (2002, novembre). *Building on values: The future of health care in Canada. Final report*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Rondeau, A., & Lemelin, M. (1988). *Comprendre les nouvelles stratégies de gestion des ressources humaines*. Montréal: École des hautes études commerciales.

- Scheirer, M.A. (1981). *Program implementation: The organizational context*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Shortell, S.M. (1983). Suggestions for improving the study of health program implementation. *Health Services Research*, 19, 118–125.

Olivier Sossa est titulaire d'une maîtrise en Administration de la santé (Université de Montréal). Actuellement, il poursuit ses études de Ph.D en santé publique, option organisation des soins de santé.

Pascale Lehoux est professeure agrégée au Département d'Administration de la santé et chercheure régulière au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal.