



UNITÉ DE **SOUTIEN**
SSA | QUÉBEC

Ensemble pour un système de santé qui apprend

**Mise à l'échelle d'une innovation en santé,
considérations économiques**
Glossaire et Guide méthodologique

PARTENAIRES PRINCIPAUX

Instituts de recherche en santé du Canada
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Fonds de recherche du Québec – Santé
RUISSS Université McGill
RUISSS Université de Montréal
RUISSS Université de Sherbrooke
RUISSS Université Laval

Université Laval
Université McGill
Université de Montréal
Université de Sherbrooke

Stratégie de recherche axée sur le patient

SRAP

Le patient d'abord 



IRSC CIHR

Instituts de recherche en santé du Canada Canadian Institutes of Health Research



Responsable : Maude Laberge

Production et remerciements : Ce guide est issu de la collaboration et de l'implication des acteurs de la recherche et du partenariat-patient. L'Unité Soutien SSA Québec (<https://ssaquebec.ca/>) a financièrement appuyé ce projet. Une mention spéciale est dédiée à la Chaire de recherche du Canada sur la décision partagée et l'application des connaissances pour leurs connaissances et contribution financière et à Metogara Mohamed Traore pour sa relecture du guide.

Auteur(e)s et membres de l'équipe

Maude Laberge, PhD, économiste de la santé, Professeure agrégée, département de médecine sociale et préventive, Faculté de Médecine, Université Laval, chercheuse régulière à Vitam, centre de recherche en santé durable-Université Laval, et au Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, chercheuse boursière FRQS Junior 1

Adissa Bankole, MSc (c), auxiliaire de recherche

Blanchard Conombo, PhD (c), auxiliaire de recherche

France Légaré, MD, PhD, Chaire de recherche du Canada sur la décision partagée et la mobilisation des connaissances, Professeur titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Faculté de médecine, Université Laval

Annie Poirier, MSc, Professionnelle de recherche

SOMMAIRE

POURQUOI RÉALISER UNE ÉVALUATION ÉCONOMIQUE AVANT LA MISE À L'ÉCHELLE ?

Les résultats d'évaluation économique contribuant à mettre à l'échelle ou non des interventions en santé et services sociaux jugées efficaces permettent de générer des connaissances pour prendre des décisions éclairées. Pour un besoin autant en recherche qu'en établissements de soins de santé et services sociaux, voici les éléments méthodologiques à considérer.

7 GRANDES ÉTAPES

Identifier et définir l'intervention à mettre à l'échelle.	Description détaillée de l'intervention <ul style="list-style-type: none">• identifier les éléments clés de réussite de l'intervention initiale.• adapter l'intervention au contexte dans lequel elle sera mise à l'échelle.
Évaluer la capacité de mise à l'échelle.	Est-ce que l'efficacité de l'intervention est démontrée? <ul style="list-style-type: none">• évaluer la portée et l'adoption de l'intervention.• évaluer l'alignement stratégique.• évaluer l'accessibilité et la faisabilité.
Identifier et définir la stratégie de mise à l'échelle à mettre en œuvre.	Choisir la stratégie de mise à l'échelle et un comparateur <ul style="list-style-type: none">• Classifier les stratégies de mise à l'échelle (5 composantes d'évaluation).• Définir l'approche horizontale et / ou verticale.• Éviter les 6 catégories de pièges.
Estimer l'efficacité de la stratégie de mise à l'échelle.	Contexte stratégique du nouvel environnement <ul style="list-style-type: none">• s'aligner avec le contexte social, organisationnel et politique.• s'avérer supérieur à la pratique actuelle.• Piège: efficacité peut s'atténuer à mesure que l'intervention soit étendue.
Estimer les coûts de cette stratégie.	Identifier tous les éléments de coûts applicables <ul style="list-style-type: none">• Mesurer la quantité nécessaire pour chaque élément.• Déterminer le prix de chaque élément.
Sélectionner le type d'évaluation économique.	5 principaux types d'évaluation économique <ul style="list-style-type: none">• Définir la méthode pour l'analyse de référence.• Quantifier l'impact par les analyses de sensibilité.• Décrire de façon structurée et détaillée les étapes pour reproduire les calculs.
Réaliser l'évaluation économique.	Non inclus dans ce guide <ul style="list-style-type: none">• consulter des outils complémentaires : 12 capsules de formation en évaluation économique, cartographie des ressources économiques, CoPAQ, lignes directrices en matière de méthodologie.

Table des matières

Liste des abréviations	4
Pertinence et objectifs du guide	5
Public cible et engagement des parties prenantes	6
Contenu	7
Glossaire	8
Étapes de la réalisation de l'évaluation économique	14
Étape 1 : Identifier et définir l'intervention en santé et services sociaux jugée efficace et qui sera mise à l'échelle	14
Étape 2 : Évaluer la capacité de mise à l'échelle	15
Étape 3 : Identifier et définir la stratégie de mise à l'échelle à mettre en œuvre	15
Les composantes	15
L'approche	16
Les pièges	16
Comparateur	17
Étape 4 : Estimer l'efficacité de la stratégie de mise à l'échelle	17
Étape 5 : Estimer les coûts de la stratégie de mise à l'échelle	18
Étape 6 : Sélectionner le type d'évaluation économique	18
Méthode	19
Analyses	19
Résultats	20
Interprétation et conclusion	21
Facteurs limitants	21
Outils complémentaires	22
Références	24
Annexe 1 – Grille de données	28
Annexe 2 - Tableau des coûts	37

Liste des abréviations

ACB : analyse coût-bénéfices (avantages)

ACE : analyse coût-efficacité

ACMTS : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

ACU : analyse coût-utilité

AIB : analyse d'impact budgétaire

AMC : analyse de minimisation des coûts

AVAQ (QALY) : année de vie ajustée à la qualité (*Quality-adjusted Life Year*)

BN : Bénéfice net

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

EBI : Interventions basées sur les données probantes (*Evidence-based interventions*)

ECR : essais contrôlés randomisés

GMF : Groupe de médecine familiale

ICER : rapport coût-efficacité différentiel (*Incremental cost-effectiveness ratio*)

ISPOR: *Professional Society for Health Economics and Outcomes Research*

QoL : qualité de vie liée à la santé (*Quality of Life*)

SSA : Système de santé apprenant

SRAP : Stratégie de Recherche Axée sur le Patient

Pertinence et objectifs du guide

Les responsables des politiques de santé publique et des services sociaux ont besoin de s'appuyer sur des données probantes en ce qui concernent les implications financières des interventions. L'évaluation économique est une approche évaluative pour estimer l'efficacité d'interventions, et dans le cas présent, de stratégies de mise à l'échelle, c'est-à-dire de lier les coûts engendrés par des stratégies de mise à l'échelle aux bénéfices qu'elles engendrent. Il existe différentes stratégies pour faire la mise à l'échelle d'interventions ou de programmes en santé et services sociaux. Or, considérant les ressources limitées, il est crucial d'utiliser les stratégies qui représentent une utilisation judicieuse des ressources disponibles (Brundisini et al., 2021).

La mise à l'échelle a pour objectif d'accroître l'impact des interventions jugées efficaces, et plus spécifiquement, d'assurer que le plus d'individus possible puissent bénéficier des impacts favorables des interventions en santé et services sociaux jugées efficaces. Les stratégies de mise à l'échelle comprennent les efforts délibérés pour y arriver. En d'autres termes, les stratégies de mise à l'échelle constituent les moyens utilisés ou nécessaires pour déployer auprès d'une population élargie des interventions ayant fait leurs preuves à petite échelle (McLean, 2022). Il est alors primordial que les projets de mise à l'échelle, dans l'optique d'une gestion de changement adéquate, considèrent l'efficacité des stratégies, soit non seulement leur efficacité pour le déploiement des interventions, mais également les coûts qu'elles engendrent ou qu'elles réduisent, et ce afin d'assurer leur viabilité dans la pratique future.

Le présent guide permet d'identifier les éléments méthodologiques à considérer pour réaliser une évaluation économique des stratégies de mise à l'échelle, et ce, sans spécificité liée à la perspective, qu'elle soit celle de la société, du payeur public de soins de santé, ou de toute institution en santé et services sociaux. Un travail préalable qui a consisté en la réalisation d'une revue systématique de la littérature scientifique sur le sujet a servi de base au présent guide, et a permis d'identifier les concepts économiques clés couramment utilisés dans les théories, cadres et modèles de mise en œuvre et de mise à l'échelle (Vicki et al., 2020). Il est également inspiré des ouvrages de Drummond 2015 et Josselin 2017 et des lignes directrices en matière d'évaluation économique réalisés par la *Professional Society for Health Economics and Outcomes Research* (ISPOR) (ISPOR 2016) et de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) (ACTMS 2017.) Ces organisations ont des visions et des missions qui rejoignent celles de l'Unité de Soutien Système de Santé Apprenant (SSA) Québec. Pour rappel, la mission de l'unité SSA est : d'aider les établissements, les organisations, les décideurs et les ressources humaines en soins, en recherche et en services sociaux à gérer et valoriser les données, gérer le changement et travailler en partenariat dans l'objectif commun d'un système de santé québécois apprenant et du quintuple objectif. Le quintuple objectif des soins de santé ajoute l'équité au quadruple objectif existant : l'amélioration de l'expérience de soins pour les patients, l'amélioration de la santé des populations, la réduction des coûts des soins par habitant et l'amélioration de l'expérience des professionnels de la santé (Farrell et al., 2023; Nundy et al.,

2022). Or, les guides élaborés par les diverses organisations citées plus haut n'abordent pas les spécificités des évaluations économiques reliées à la mise à l'échelle des interventions.

Le présent guide contribue ainsi de manière originale à définir la nature et la sélection des données de coûts qui font partie intégrante du succès du déploiement à grande échelle des interventions basées sur les données probantes, ainsi que les limites de chaque approche économique visant à évaluer les stratégies identifiées. Ce guide offre l'opportunité d'améliorer la Stratégie de Recherche Axée sur le Patient (SRAP) : la qualité, la déclaration et la mobilisation des connaissances dans la pratique des méthodes d'évaluation économique reliées aux stratégies de mise à l'échelle. Il peut aussi permettre d'identifier des indicateurs pour la mesure de la performance et d'orienter les études et initiatives futures visant à définir des modèles d'estimation des coûts facilement utilisables dans la mise à l'échelle des interventions en santé et services sociaux. Ainsi, cet outil peut être utilisé autant en recherche qu'en établissements de soins de santé et services sociaux tels que des Centres hospitaliers universitaires (CHU), des Groupe de médecine familiale (GMF), ou des organismes communautaires.

En résumé, toute initiative de mise à l'échelle d'une intervention en santé et services sociaux (devrait faire l'objet d'une évaluation économique. L'intégration d'un nouveau processus au sein d'un GMF, l'élargissement d'un programme de suivi post-chirurgie, de vaccination, de la téléconsultation ou d'un service jeunesse sont des exemples d'interventions en santé et services sociaux pouvant faire l'objet d'une mise à l'échelle. En effet, l'estimation des coûts et du rapport coût-efficacité différentiel (*Incremental Cost-Effectiveness Ratio* - ICER) peut varier selon le type d'intervention, la taille de la population ciblée, la prévalence et l'incidence de la maladie, l'efficacité de l'intervention elle-même, la géographie, l'équipement et les ressources humaines nécessaires. Les résultats d'évaluation économique permettent de générer des connaissances contribuant à mettre à l'échelle ou non des interventions en santé et services sociaux jugées efficaces.

Public cible et engagement des parties prenantes

Ce guide fournit des informations et suggère un processus (une façon de faire; les étapes) aux responsables des politiques publiques et toutes personnes qui souhaitent déployer des interventions en santé et services sociaux jugées efficaces à large échelle. Il permet aux gestionnaires, chercheurs, cliniciens et patients d'identifier les données à colliger afin de réaliser des évaluations économiques de la mise à l'échelle des interventions en santé.

En effet, l'engagement de toutes les parties prenantes dans la réalisation d'un projet permet d'y intégrer les différentes perspectives et ainsi accroître la validité des résultats mais aussi la mobilisation, l'adoption, et l'application. Par exemple, le déploiement de certaines initiatives peut nécessiter de considérer les coûts indirects pour les patients ou les coûts à allouer pour les ressources humaines. Lors de la mise à l'échelle des interventions, la plupart des organisations doivent s'adapter et gérer le changement organisationnel grâce à des processus tels que l'ajout

et la formation de ressources humaines (par exemple du personnel cadre, clinique ou technique) ou encore l'achat de matériel. Ainsi, les résultats de l'évaluation économique dans un projet pilote ne sont pas nécessairement transposables pour une mise à l'échelle. Par ailleurs, à la fois pour les coûts et pour les effets, la relation n'est pas nécessaire linéaire entre les estimations à petite échelle et les résultats à grande échelle. Il peut y avoir des éléments à considérer pour une mise à l'échelle qui n'avaient pas été considérés dans l'évaluation de l'intervention initiale. Ainsi, il est important de considérer comment effectuer une évaluation économique de stratégies de mise à l'échelle d'interventions en santé et services sociaux afin d'informer la prise de décision et de soutenir une utilisation efficiente des ressources.

Contenu

Ce guide d'utilisation des méthodes d'évaluation économique reliées aux stratégies de mise à l'échelle des interventions fondées sur des données probantes comprend d'abord un glossaire de la terminologie fréquemment utilisée dans la mise à l'échelle et les évaluations économiques. Les grandes étapes à suivre sont par la suite présentées et détaillées. Le processus pour réaliser une évaluation économique des stratégies de mise à l'échelle nécessite d'identifier lesdites stratégies, les définir, estimer leur efficacité ainsi que les coûts associés.

Il intègre une grille générique adaptable à tout type de projet en lien avec l'élargissement d'interventions en santé et services sociaux où les parties prenantes doivent considérer les aspects économiques et ce, en contexte québécois. Ainsi, il permet de développer une approche structurée inspirée de l'approche PICO (Schiavenato & Chu, 2021) pour l'évaluation économique des stratégies de mise à l'échelle selon les catégories suivantes :

- P: Caractéristiques de la population à l'étude ou d'intérêt
- I: Description de l'intervention et de la stratégie de mise à l'échelle¹
- C: Comparateur (si disponible, sinon, issu de la littérature scientifique)
- O: Résultat (*outcome*) soit le type d'évaluation économique ou issue économique rapportée¹

Le domaine de l'évaluation économique, d'autant plus en contexte de mise à l'échelle, comporte de nombreux défis, et la disponibilité des données est souvent un enjeu. Des facteurs limitants tels que la communauté et les ménages, la prestation des services de santé, la politique et la gestion stratégique du secteur de la santé, les politiques publiques intersectorielles (Mangham & Hanson, 2010) et les caractéristiques environnementales et contextuelles (Hanson et al., 2003) sont discutés dans une section à ce titre.

¹ À ne pas confondre avec l'intervention en santé et services sociaux jugée efficace et étant l'objet de la mise à l'échelle

Enfin, ce guide suppose que les utilisateurs ont une connaissance de base de l'évaluation économique. La dernière section donne un aperçu des formations développées par l'Unité de Soutien SSA et des manuels reliés au contenu du présent guide.

Glossaire

Actualisation² (Discounting) Opération qui consiste à déterminer la valeur actuelle d'un projet sur la base des dépenses et des recettes immédiates et futures, réelles ou estimées, qui sont anticipées. Le taux d'actualisation utilisé dans les calculs traduit la valeur du temps. De façon générale, si les bénéfices anticipés d'un projet sont éloignés dans le temps, un faible taux d'actualisation sera alors utilisé dans les calculs. Un taux d'actualisation élevé reflète une vision qui favorise les bénéfices anticipés à court terme.

Analyse coût-bénéfices²⁻⁴ (Avantages) (ACB) (Cost-benefit analysis - CBA) Forme d'évaluation économique dans laquelle on donne une valeur monétaire à tous les résultats dignes de mention, ce qui permet d'avoir la même unité de mesure pour les comparer aux coûts. Dans l'analyse coûts-avantages, l'ensemble des coûts et des avantages (effets bénéfiques) d'une intervention est comptabilisé en dollars courants de l'année de référence, au moment où les ressources financières sont dépensées (coûts) ou les avantages sont réalisés et sur l'ensemble de la durée de vie de l'infrastructure à mettre en place, qui constitue l'horizon d'analyse. Ces coûts et avantages sont ensuite actualisés pour tenir compte du coût des opportunités sacrifiées.

Analyse coût-efficacité⁵ (ACE) (Cost-effectiveness analysis - CEA) Forme d'évaluation économique dans laquelle l'efficacité est mesurée en quantité d'une même et seule unité naturelle commune aux options comparées. L'unité naturelle pourrait être une année de vie gagnée ou un cas d'une maladie prévenue, pour ne mentionner que deux exemples. Les comparaisons sont limitées aux services ou aux options de traitement qui produisent le même résultat. L'approche consiste à calculer le ratio entre le différentiel des coûts par le différentiel des effets pour estimer le coût incrémental d'une unité naturelle.

Analyse coût-utilité⁵ (ACU) (Cost-utility analysis - CUA) Forme d'évaluation économique dans laquelle les résultats en matière de santé sont exprimés en termes de coût supplémentaire par année de vie ajustée sur la qualité (AVAQ-QALY), c'est-à-dire que les mesures de l'utilisation des ressources sont évaluées en termes monétaires et les résultats sont évalués en termes de QALY pour permettre des comparaisons d'interventions au sein d'un système de santé donné. Ainsi, les interventions qui pourraient avoir des effets différents sur la qualité de vie reliée à la santé, et potentiellement aussi sur la durée de vie, peuvent être comparées entre elles.

Analyse de sensibilité probabiliste⁴ ('Probabilistic sensitivity analysis' – PSA) Analyse de sensibilité du degré d'incertitude dans le rapport du coût-efficacité différentiel (ICER) en raison des incertitudes autour des paramètres d'entrée d'un modèle de décision.

² Tiré du glossaire de Leblanc-Constant 2013
Version: 11-12-2023

Analyse de sensibilité⁴ (*Sensitivity analysis*) Analyse pour tester l'impact de l'incertitude autour des paramètres d'entrée, généralement d'un modèle de décision, sur le rapport coût-efficacité différentiel (ICER).

Analyse d'impact budgétaire⁴ (AIB) (*Budget impact analysis - BIA*) Estimation des conséquences financières totales de l'utilisation d'une nouvelle intervention. Une AIB aborde les changements attendus dans les dépenses d'un système de santé après l'adoption d'une nouvelle intervention. Une AIB peut également être utilisée pour le budget ou la planification des ressources. Une AIB peut être autonome ou faire partie d'une évaluation économique complète

Années de vie ajustées (pondérées) sur la qualité⁴ (*Quality adjusted life years – QALY*) Le nombre d'années de vie gagnées corrigées pour la qualité de vie.

Années de vie gagnées⁴ (*Life years gained*) Nombre supplémentaire d'années de vie d'une personne en conséquence d'un traitement reçu.

Compareur (contrôle)⁴ (*Comparator*) Intervention répondant aux normes ou situation actuelle (qui peut inclure l'absence d'intervention).

Contexte de l'intervention² (*Context of program*) Ensemble des phénomènes sociaux, économiques ou politiques qui influencent les résultats, l'efficacité et les coûts des interventions. Il peut s'agir, à titre d'exemple, de facteurs historiques, de situations conjoncturelles ou de circonstances exceptionnelles.

Courbe d'acceptabilité du rapport coût-efficacité⁴ (*Cost-effectiveness acceptability curve – CEAC*) Un graphique qui, pour une série de seuils, montre la probabilité que l'intervention soit rentable au seuil en question.

Coûts et bénéfices intersectoriels⁴ (*Intersectoral costs and benefits – ICB*) Coûts et bénéfices intersectoriels dans des secteurs autres que les soins de santé, notamment pertinents dans les interventions préventives.

Coûts directs³ (*direct costs*) : l'ensemble des ressources consommées et des dépenses directement attribuables au programme. Mise en place et fonctionnement (investissement en bâtiments et en équipements médicaux, honoraires, salaires, médicaments). On inclut dans les coûts directs les dépenses médicales et non médicales couvertes par le patient lui-même ou par les membres de sa famille qui l'accompagnent à l'hôpital ou qui, le cas échéant, le prennent en charge à domicile. Les frais de transport, de logement, de nourriture, équipement médical à domicile, paiement du ticket modérateur font partie de cette catégorie de coût.

Coûts indirects³ (*indirect costs*) : ils désignent la perte de production liée au temps de travail perdu par le patient ou son entourage à cause de la maladie ou de la participation à un programme médical (ex : temps pris sur le travail pour se faire vacciner), le coût d'opportunité du temps nécessaire aux patients pour se faire soigner, et les coûts sociaux.

Économie² (*Economy*) Montant épargné, permis par une gestion prudente et réservée des ressources. En mesure de la performance et en évaluation, l'économie est un critère de performance comme le sont aussi l'efficacité et l'efficience.

Effet² (*Outcome*) Conséquence attribuable à l'intervention. Ces conséquences peuvent être favorables ou défavorables, anticipées ou non. Dans l'administration publique québécoise : Le terme effet est utilisé pour désigner les changements suscités par les biens et services d'une intervention. Dans une chaîne logique de résultats, les effets de l'intervention peuvent être présentés selon une perspective temporelle : effet à court terme, à moyen terme et à long terme, ou selon une perspective séquentielle : effet direct, effet intermédiaire et effet ultime ou final. Dans une dynamique de gestion axée sur les résultats, le terme résultat est utilisé pour désigner les extrants des interventions, soit leurs résultats opérationnels, aussi bien que leurs effets visés, anticipés et favorables sur les clientèles ciblées. Remarque : Les effets visés, anticipés et favorables sont des synonymes de résultat de programme. Termes connexes : Bénéfice, impact, réalisation, résultat, retombée.

Efficacité² (*Effectiveness*) Degré d'atteinte des objectifs. Est qualifié d'efficacité d'intervention, le rapport entre les effets et les objectifs d'une intervention. L'efficacité opérationnelle désigne quant à elle le rapport entre les extrants et les objectifs opérationnels poursuivis au moment de la mise en œuvre d'une intervention.

Efficience² (*Efficiency*) Rapport entre les résultats et les ressources utilisées pour les atteindre. L'efficience sera qualifiée d'opérationnelle dans le cas où les biens et services produits sont considérés. L'efficience d'intervention exprimera le rapport entre les résultats, en matière d'effets sur la société, et les ressources qui ont été nécessaires pour les obtenir. L'efficience appréhendée de manière globale prend en compte les effets non ciblés, favorables comme défavorables, des interventions.

Étalonnage² (*Benchmarking*) L'action d'identifier, de comparer, de comprendre et d'adapter les pratiques en cours dans une organisation sur la base d'observations faites ailleurs. Dans le cas d'une organisation donnée, la comparaison de ses résultats à ceux des organisations démontrant les meilleures pratiques l'aide à s'évaluer en matière d'efficacité et d'efficience et à s'améliorer. Parmi les types d'étalonnage se trouvent l'étalonnage interne (au sein de l'organisation), l'étalonnage concurrentiel (avec des organisations concurrentes menant des activités comparables) et l'étalonnage générique (avec des organisations de secteurs d'activité différents, mais opérant des processus similaires). Termes connexes : Analyse comparative, balisage.

Évaluation d'impact² (*Impact evaluation*) Évaluation qui vise à mesurer les effets directement attribuables à une intervention sur le bien-être des individus ciblés, que ces effets soient intentionnels ou non. Une évaluation d'impact vise à répondre aux questions de causalité et, en conséquence, implique une analyse contrefactuelle, c'est-à-dire une analyse de ce qui est survenu en matière de changements comparativement à ce qui se serait passé sans intervention. L'attention portée à la question de l'attribution est une caractéristique des évaluations d'impact.

Évaluation de mise en oeuvre² (*Implementation evaluation*) Évaluation qui s'intéresse au fonctionnement d'une intervention. Elle vise à cerner les facteurs internes et externes influençant son déroulement et à déterminer si la mise en oeuvre de l'intervention se déroule conformément à ce qui avait été prévu au moment de sa conception. Remarque : Le terme *Implementation evaluation* est parfois, et de manière fautive, traduit par « évaluation d'implantation ». La traduction correcte du terme est « évaluation de mise en oeuvre ».

Évaluation économique² (*Economic evaluation*) Évaluation qui consiste à comparer les avantages et les coûts respectifs de différentes interventions afin de permettre une allocation optimale des ressources. L'objectif est de mesurer l'efficacité, de produire des renseignements en vue d'éclairer la prise de décision.

Gestion du changement³ (*Change management*) Approche systématique basée sur « un cadre habilitant pour gérer le côté humain du changement » qui implique un ensemble de processus, de pratiques et d'activités délibérées destiné à faciliter et guider une organisation à se déplacer de son état actuel à un état futur souhaité.

Groupe contrôle² (*Control group*) Groupe de personnes ou d'objets qui, lors d'une expérimentation, n'est pas soumis à l'intervention évaluée et qui, conséquemment, permet de mesurer les changements provoqués par celle-ci, par comparaison.

Horizon temporel⁴ (*Time horizon*) L'horizon temporel requis pour une évaluation économique devrait de préférence couvrir la durée de vie prévue de la population d'intérêt. Un horizon temporel différent peut être choisi et dans ce cas, l'horizon temporel doit permettre de se prononcer de manière valable et fiable sur les différences entre l'efficacité et les coûts, respectivement, des interventions comparées. L'horizon temporel peut dépendre de la durée attendue sur laquelle les interventions peuvent avoir un effet, ou dépendre de l'effet attendu, et il peut aussi être limité par la faisabilité de la collecte de données, etc.

Hypothèses⁴ (*Assumptions*) Points de départ de l'analyse.

Impact² (*Impact*) Somme des effets visés et des autres effets, favorables et défavorables, anticipés et non anticipés, qui découlent d'une intervention.

³ Adapté de Kho 2020

⁴ Tiré du glossaire de ISPOR 2016

Version: 11-12-2023

Incrémental⁴ (*Incremental*) La différence entre la nouvelle intervention et le traitement standard et/ou habituel. Le terme « différentiel » est également employé.

Méthode d'évaluation des contingences⁵ Méthode utilisée pour attribuer des valeurs monétaires aux avantages de programmes de promotion de la santé, de manière qu'une analyse coûts-avantages puisse avoir lieu. Les deux principales approches de l'évaluation des contingences sont appelées volonté de payer et expériences avec choix discrets. Dans le premier cas, on trouve les valeurs monétaires en demandant directement aux gens combien ils paieraient pour obtenir les avantages du programme (ou de l'intervention). Dans le deuxième cas, on présente aux gens une série de scénarios jumelés, chaque paire décrivant une configuration différente du service évalué, et on leur demande d'indiquer quel scénario ils préfèrent dans chaque paire. Si le coût du service est inclus parmi les attributs, on peut estimer statistiquement les valeurs relatives à la volonté de payer à partir des réponses.

Minimisation des coûts (*Cost minimization*) Si les alternatives envisagées n'ont pas de différence d'efficacité, une analyse de minimisation des coûts (AMC) peut être exécuté. Il n'est pas approprié de considérer l'AMC comme une forme réelle d'évaluation économique.

Mise à l'échelle (*scaling up*) Approche qui permet de concevoir, de gérer et d'évaluer les interventions pour qu'ils aient un impact. L'objectif est d'accroître les retombées pour le bien collectif.

Mise en oeuvre² (*Implementation*) Concrétisation des moyens retenus pour répondre aux intentions de l'intervention.

Modèle de gestion du changement⁶ (*Change management model*) Processus global structuré de changement allant du début du changement jusqu'à la réalisation des avantages. Les méthodologies de gestion du changement les plus couramment appliquées dans les systèmes de santé sont le modèle de Kotter et le modèle de Lewin. Lorsque les modèles de gestion du changement sont adoptés avec une flexibilité suffisante pour être pertinents dans le contexte dans lequel ils sont appliqués, ils peuvent être utilisés pour compléter et soutenir l'amélioration et les méthodologies de mise en œuvre et de mise à niveau.

Perspective⁴ Point de vue à partir duquel les coûts et les avantages sont considérés.

QALY³ (de l'anglais *quality-adjusted life year*, « année de vie pondérée par la qualité ») est un indicateur économique visant à estimer la valeur de la vie.

⁵ Tiré du Glossaire du Guide d'évaluation économique des programmes de la promotion de la Santé de l'organisation panaméricaine de la santé (OPS) 2007

⁶ Adapté de Harrisson 2021
Version: 11-12-2023

Rapport coût-efficacité différentiel⁴ (*Incremental cost-effectiveness ratio– ICER*) Rapport des coûts différentiels aux effets différentiels d'une intervention et de l'intervention standard.

Résultat⁴ (*outcome*) Dans la recherche sur l'efficacité, la valeur de l'intervention examinée par rapport aux soins habituels est déterminée à l'aide de mesures de résultats prédéfinies. Les mesures des résultats de santé reflètent la morbidité, la mortalité ou la qualité de vie par exemple. Les mesures des résultats rapportés par les patients (PROM) font référence aux résultats directement rapportés par les patients eux-mêmes, tels que les scores de douleur ou la qualité de vie. Le choix d'un résultat spécifique est déterminé par des facteurs tels que la population de patients éligibles, l'état de santé et l'objectif du traitement. Il est recommandé d'utiliser des mesures de résultats validées qui sont clairement liées à la condition et à l'objectif visé du traitement. Les mesures de résultats doivent être pertinentes pour l'intervention de soins de santé et il est donc important de les sélectionner avant le début de l'étude d'évaluation en consultation avec les groupes professionnels de soignants impliqués et avec les organisations de patients. Le QALY est la mesure de résultat standard dans les évaluations économiques des soins de santé.

Stratégie de mise à l'échelle⁷ (*Scaling up strategy*) Une stratégie de mise à l'échelle fait référence à tout processus visant à étendre la couverture d'une pratique fondée sur les données probantes (c'est-à-dire une pratique qui a été signalée comme concluante) à d'autres milieux.

Stratégie de mise à l'échelle verticale⁷ (*Vertical scaling up strategy*) Expansion d'une pratique basée sur les données probantes simultanément de l'ensemble d'une organisation ou d'un système (à la suite d'un changement de politique nationale, par exemple).

Stratégie de mise à l'échelle horizontale⁷ (*Horizontal scaling up strategy*) Expansion d'une pratique basée sur les données probantes dans un contexte équivalent de manière progressive.

Système de santé apprenant⁸ (*Learning health system*) Système de soins de santé et de services dans lequel des données et des connaissances sont intentionnellement produites et colligées et peuvent être facilement mises en pratique pour améliorer les résultats pour les patients et la performance du système de santé. La science, l'informatique, les incitations et la culture sont alignés pour l'amélioration continue et l'innovation et ce, en contexte interdisciplinaire en incluant les patients.

Univarié⁴ (*Univariate*) Lorsqu'un seul paramètre d'entrée dans le modèle de décision est modifié.

⁷ Tiré de Charif 2018

⁸ Adapté de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) et Menear 2019

⁸ Tiré de Zomahoun 2019

⁹ Adapté de Scalability guide 2014

¹⁰ Tiré de Guidelines for the economics evaluation of health technologies 2017

Version: 11-12-2023

Utilité⁴ (*Utility*) Le terme « utilité » est souvent utilisé pour désigner la qualité de vie pondérée dans l'analyse AVAQ (QALY).

Valeur de l'information⁴ (*Value of information*) Valeur de l'information complémentaire pour réduire l'incertitude autour d'une décision. Il y a toujours un certain niveau d'incertitude lors de l'estimation de l'efficacité qui peut provenir de multiples facteurs du côté de l'estimation des coûts ou des effets. La valeur de l'information fait référence à ce que des décideurs sont prêts à payer pour réduire cette incertitude.

Étapes de la réalisation de l'évaluation économique

Cette section expose les étapes à réaliser et les grandes lignes des données à recueillir et le lecteur est invité à consulter le glossaire pour approfondir ce en quoi elles consistent. Une description détaillée des caractéristiques de la population concernée est d'abord indiquée. Par la suite, les acteurs impliqués (intervenants en santé ou autres), doivent être bien décrits puisque leurs caractéristiques pourront influencer les coûts en raison d'activités de formation à réaliser par exemple. L'intervention elle-même doit être mise en lumière, afin de mieux cibler les éléments qui engendrent des coûts. La stratégie de mise à l'échelle envisagée engendre des activités, des ressources, potentiellement du matériel et donc des coûts distincts. Il importe alors de bien la définir. Finalement, en fonction des besoins, des objectifs de l'évaluation et de la disponibilité des données, un type d'évaluation économique sera privilégié pour permettre la prise de décision. Dans le but de réaliser des évaluations économiques des stratégies de la mise à l'échelle des interventions en santé, diverses étapes doivent se succéder. Le lecteur est invité à consulter la grille de l'annexe 1 afin d'obtenir les détails des éléments en cause à chacune des étapes.

Étape 1 : Identifier et définir l'intervention en santé et services sociaux jugée efficace qui sera mise à l'échelle.

Étape 2 : Évaluer la capacité de mise à l'échelle.

Étape 3 : Identifier et définir la stratégie de mise à l'échelle à mettre en œuvre.

Étape 4 : Estimer l'efficacité de la stratégie de mise à l'échelle.

Étape 5 : Estimer les coûts de cette stratégie.

Étape 6 : Sélectionner le type d'évaluation économique

Étape 7 : Réaliser l'évaluation économique (non inclus dans ce guide)

Étape 1 : Identifier et définir l'intervention en santé et services sociaux jugée efficace et qui sera mise à l'échelle

Il s'agit d'une description détaillée de ce qui sera mise à l'échelle. La description doit être tirée des informations (qui peuvent provenir d'une ou plusieurs études) disponibles sur les caractéristiques et les éléments clés de réussite de l'intervention initiale. Il est nécessaire d'adapter l'intervention originale au contexte dans lequel elle sera mise à l'échelle (*Increasing the Scale of Population Health Interventions*, 2014).

Version: 11-12-2023

Appuyé par l'Unité de soutien SSA Québec



Étape 2 : Évaluer la capacité de mise à l'échelle

L'évaluation de la capacité de la mise à l'échelle doit déterminer si l'efficacité de l'intervention a été démontrée. Il est important que les interventions atteignent une proportion de personnes éligibles pour les recevoir lorsqu'elles sont mises à l'échelle. En somme, il faut :

- Évaluer l'efficacité de l'intervention à mettre à l'échelle (les preuves d'efficacité peuvent provenir d'études de divers designs méthodologiques selon la nature de l'intervention et le contexte d'évaluation de l'efficacité, tels que des essais contrôlés randomisés (ECR), ou des études quasi-expérimentales);
- Évaluer la portée et l'adoption de l'intervention à mettre à l'échelle. La portée fait référence au niveau de participation individuelle d'une population cible visée par une intervention, tandis que l'adoption représente la proportion de cadres, de pratiques ou d'organisations cibles intermédiaires qui adoptent une intervention avant de passer à la mise à l'échelle;
- Évaluer l'alignement sur le contexte stratégique; il est important que les interventions soient alignées sur les priorités politiques et que le contexte soit comparable à celui du nouvel environnement;
- Évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de la mise à l'échelle (il s'agit de déterminer s'il est concevable que l'intervention puisse être mise à l'échelle compte tenu du coût, la main-d'œuvre, les infrastructures et l'acceptabilité des parties prenantes).

Étape 3 : Identifier et définir la stratégie de mise à l'échelle à mettre en œuvre

Une stratégie de mise à l'échelle des soins de santé comprend « des efforts délibérés pour accroître l'impact des interventions de santé testées avec succès afin de bénéficier à davantage de personnes et de favoriser l'élaboration de politiques et de programmes sur une base durable». En d'autres termes, les stratégies de mise à l'échelle sont des lignes de conduite systématiques qui visent à déployer des interventions de santé réussies localement aux niveaux régional, national ou international pour atteindre des populations et des environnements plus larges au fil du temps.

Les composantes

Cinq composantes sont identifiées pour classer les stratégies de mise à l'échelle (Ben Charif et al., 2017) :

- 1 : Composante liées aux infrastructures de santé (par exemple, l'équipement médical ou l'évolution des liens au sein d'un système);
- 2 : Composantes liées aux politiques et à la réglementation (par exemple, la révision politique pour autoriser le déploiement à grande échelle de la prise en charge d'une maladie au niveau communautaire);
- 3 : Composantes liées au financement (par exemple, évolution des mécanismes de paiement);

Version: 11-12-2023

Appuyé par l'Unité de soutien SSA Québec



4 : Composantes liées aux ressources humaines (par exemple, formation et déploiement de prestataires de soins de santé, changer les rôles des administrateurs);

5 : Composantes liées aux patients (par exemple, impliquer les patients/le public dans le recrutement ou la promotion).

L'approche

Une approche horizontale implique l'introduction d'une intervention dans différents sites ou groupes similaires de manière progressive. Une approche verticale implique l'introduction d'une intervention simultanément dans l'ensemble d'un système et entraîne un changement institutionnel par le biais d'une politique, d'une réglementation, d'un financement ou d'un changement des systèmes de santé. Ces approches ne sont pas mutuellement exclusives et une combinaison d'approches peut être utilisée.

Les pièges

Certains pièges sont à éviter lors de la mise à l'échelle des EBI. Une typologie a été définie avec six catégories de pièges (Zomahoun et al., 2019) soient :

1. Pièges liés à l'estimation du rapport coût-efficacité. Il est presque impossible d'obtenir une estimation précise de ce rapport, cela étant, les prévisions d'économies d'échelles sont peu fiables, or l'attente d'économie d'échelle est l'une des incitations à promouvoir la mise à l'échelle des EBI. Cependant en raison de l'hétérogénéité des pratiques dans le domaine de la santé, les économies d'échelles ne peuvent être tenues pour acquises. Par exemple, l'augmentation du volume d'un service peut augmenter les coûts des autres services (Freeman et al., 2021). Les modèles mathématiques d'estimation du rapport coût-efficacité sont utilisés pour remédier à cette hétérogénéité, rapport, basé sur des modèles mathématiques, contient des incertitudes et dépend de nombreuses hypothèses qui ne sont pas toujours fondées sur des preuves.
2. Pièges liés aux inégalités en matière de santé. Tous les individus ne pourront pas bénéficier de la mise à l'échelle. En effet, une EBI qui n'est délivrée qu'à une petite population constitue une inégalité en matière de santé, car d'autres sont privées de ces avantages. Les considérations d'équité doivent être prises en compte dans les stratégies de mise à l'échelle ainsi que les paramètres d'équité en santé. Les mesures d'équité ont été utilisées lors de l'évaluation d'un modèle de mise à l'échelle pour intégrer le traitement du VIH-SIDA dans les services des soins primaires dans une étude. La mise à l'échelle a permis l'utilisation efficace du temps de travail du personnel, de l'espace de la clinique et une prestation équitable des soins administrés aux patients atteints du VIH-SIDA (Topp et al., 2013).
3. Pièges liés à l'amplification des effets nocifs lors de la mise à l'échelle. C'est-à-dire que la mise à l'échelle des EBI risque d'amplifier non seulement leurs bénéfices mais également leurs effets nocifs. Dans le contexte de la prévention du VIH-SIDA par exemple, une étude portant sur l'intensification de la circoncision masculine a rapporté des saignements sévères, un retard de cicatrisation et une septicémie des plaies comme effets indésirables les plus fréquents. Les risques de la circoncision sont donc amplifiés lors de la mise à l'échelle (Kilima et al., 2012).

Version: 11-12-2023

Appuyé par l'Unité de soutien SSA Québec



4. Pièges liés à l'éthique, c'est-à-dire que lors de la mise à l'échelle, les principes éthiques, notamment le consentement éclairé, doivent être considérés. Par exemple, en 2004, l'OMS et le Programme des Nations Unis pour le VIH-SIDA ont recommandé le respect des conditions éthiques suivantes pour le dépistage du VIH-SIDA :
 - résultats confidentiels;
 - intervention d'un conseil approprié;
 - le consentement à se faire tester doit être donné de manière éclairé, spécifique et volontaire par la personne à tester (*Scaling up HIV testing.pdf*, s. d.)
5. Pièges liés à l'approche descendante; lorsque la mise à l'échelle est une décision du sommet de la hiérarchie, les interventions à l'échelle de la population peuvent ne pas refléter les besoins spécifiques, les préférences ou les valeurs de la population. L'EBI initiale peut être déformée à cause des barrières géographiques et/ou culturelles entre les décideurs politiques, les autorités sanitaires et ceux qui la mettent en œuvre. L'alignement des EBI sur les priorités et les contextes des utilisateurs finaux, c'est-à-dire l'approche ascendante est essentielle au succès de la mise à l'échelle. L'exemple d'un climat politique favorable à ce type d'approche est celui de l'extension du système d'assurance maladie communautaire Jyorei du Japon au XIXe siècle (Ogawa, 2003). En somme, les deux approches semblent toutes deux nécessaires pour optimiser le succès de la mise à l'échelle des EBI (Meslin, 2010). De ce fait, les responsables chargés de la mise à l'échelle des EBI doivent collaborer étroitement avec les autres acteurs du système.
6. Pièges liés au contexte de mise à l'échelle. Il peut ne pas être possible d'adapter les EBI à toutes les situations. Les facteurs contextuels affectant la mise à l'échelle peuvent être sociaux, physiques, politiques et économiques et peuvent se situer au niveau micro, méso ou macro) (Gupta et al., 2016). Pour une mise à l'échelle efficace, ces facteurs doivent être considérés. Par exemple :
 - des ressources financières additionnelles peuvent ne pas suffire pour changer les anciennes habitudes cliniques et croyances des prestataires des soins ni leurs motivations personnelles à adopter de nouveaux comportements;
 - des ressources humaines non qualifiées peuvent limiter la mise à l'échelle des EBI.

Comparateur

Il est important d'identifier l'alternative à la stratégie de mise à l'échelle. Le comparateur peut être la pratique actuelle, c'est-à-dire de ne pas mettre en œuvre de stratégie de mise à l'échelle, ou bien une ou plusieurs autre(s) stratégie(s) de mise à l'échelle de la même intervention ou d'une intervention similaire. Les alternatives choisies doivent être justifiées et leurs efficacités doivent être appuyées par les données probantes issues de la littérature, autant que possible.

Étape 4 : Estimer l'efficacité de la stratégie de mise à l'échelle

L'intervention jugée efficace est alignée sur le contexte stratégique du nouvel environnement ou de la nouvelle situation c'est-à-dire : le contexte social, organisationnel et politique. Sur cette base, on définit les stratégies de mise à l'échelle et on choisit la plus efficace c'est-à-dire celle

supérieure à la pratique actuelle et qui tient compte des facteurs contextuels tels que : les coûts, les revenus, les valeurs culturelles, les compétences, l'alphabétisation, l'accès aux médias et aux services et l'expérience de la main-d'œuvre. Les preuves d'efficacité proviennent pour la plupart des : études d'observations dossiers médicaux, données administratives, bases de données cliniques, opinions d'expert, littératures publiées.

Il convient de noter que l'efficacité des stratégies de mise à l'échelle peut s'atténuer à mesure qu'elle soit étendue. Par conséquent, des tailles d'effet relativement importantes doivent être démontrées au stade de l'efficacité de l'intervention, si un niveau d'effet acceptable doit être maintenu lorsque les interventions sont mises à l'échelle.

Étape 5 : Estimer les coûts de la stratégie de mise à l'échelle

À retenir, pour calculer les coûts, on doit :

- a) faire une liste de tous les éléments de coûts applicables (ressources humaines (nombre d'équivalent temps plein des diverses catégories d'emploi applicables et salaires), équipements, infrastructures, etc.);
- b) mesurer la quantité nécessaire pour chaque élément;
- c) déterminer le prix (coût unitaire) à chacun des éléments. À noter que le coût unitaire peut varier selon le type de ressource et peut correspondre à une heure de travail d'un type de professionnel de la santé ou au prix d'un bien matériel comme une seringue. Ce coût unitaire peut également varier selon la quantité. Ce peut être notamment le cas lorsque des rabais sont appliqués pour l'achat de plus grands volumes pour un produit.

Étape 6 : Sélectionner le type d'évaluation économique

Voici les principaux types d'évaluations économiques¹⁰ :

- 1) L'analyse coût-utilité (ACU) (méthode de référence): analyse l'effet des interventions selon une mesure globale de la quantité et de la qualité de vie (Wagstaff,1991). Les résultats sont exprimés en années de vie ajustées en fonction de la qualité (AVAQ ou QALY pour *quality-adjusted life year* en anglais). On évalue si une intervention demeure sous un seuil d'efficience donné (par exemple, 50 000\$/AVAQ incrémental) pour prendre une décision.
- 2) L'analyse coût-efficacité (ACE) : Elle classe les options visant le même objectif, selon un ratio de coûts pour obtenir un gain X où X est en unités naturelles (par ex., années de vie gagnées; vies épargnées; incident clinique évité, résultat clinique obtenu, etc.). Il faut noter que l'ACU est un type spécifique d'ACE (où l'unité est le QALY) et que les ACU sont parfois nommées des ACE dans la littérature.
- 3) L'analyse de minimisation des coûts (AMC) : méthode d'évaluation économique la plus ancienne et la plus simple car elle n'exige aucun calcul des bénéfices. Elle classe selon leurs coûts, les options ayant, croit-on, les mêmes effets directs et indirects. L'option la moins

coûteuse est considérée comme la plus efficiente. Elle ne devrait être réalisée que lorsqu'il n'y a pas de différence dans les effets des interventions et elle est considérée comme une évaluation économique incomplète.

- 4) L'analyse coûts-bénéfices (ACB) encore appelée la monétisation des bénéfices : méthode qui représente tous les coûts et bénéfices en dollars, en se basant sur les préférences révélées ou la volonté à payer, afin de mettre un prix sur des bénéfices n'ayant pas tous de valeur marchande bien déterminée. Les recommandations concernant la politique se résument à souligner quelle intervention à l'étude génère le ratio bénéfices/coûts le plus élevé.
- 5) L'analyse coût-conséquences (ACC) : approche qui combine plusieurs méthodes (ACB, ACE, ACU) dans une seule évaluation d'efficacité sans utiliser d'unité de mesure commune. Les coûts et les résultats des interventions comparées sont présentés de façon séparée, sans regrouper les données.

Méthode

L'analyse de référence retient l'analyse coût-utilité et l'analyse coût-efficacité comme méthodes d'évaluation. Le choix de la méthode à privilégier dépend de la nature des conséquences attendues des interventions étudiées sur la santé.¹⁰

Analyses

Une exploration systématique des sources d'incertitude associées aux choix structurant de l'évaluation, aux choix de modélisation et aux estimations des paramètres du modèle, est présentée selon une méthodologie adaptée.

Les analyses de sensibilité quantifient l'impact des décisions prises pour établir le modèle principal sur les résultats. Ces décisions peuvent être sur un choix structurant différent de l'analyse de référence comme la perspective, l'horizon temporel, la population d'étude, les comparateurs, le taux d'actualisation. Des analyses de sensibilités peuvent également évaluer l'impact des choix méthodologiques et des hypothèses de modélisation comme la structure du modèle, les sources de données, les méthodes de calcul ou les hypothèses pour estimer la valeur des paramètres non directement observés.

L'incertitude associée aux estimations des paramètres du modèle est systématiquement explorée en mobilisant deux approches complémentaires : une analyse de sensibilité probabiliste, fondée sur une simulation de Monte Carlo de deuxième ordre, et des analyses de sensibilité déterministes identifiant les paramètres (ou les combinaisons de paramètres) qui influencent le plus les résultats de l'évaluation. Toutes les analyses de sensibilité présentées font l'objet d'une justification de la crédibilité des options testées, d'une interprétation de leurs résultats et de leurs apports à la compréhension de l'évaluation. Lorsqu'un scénario fondamentalement différent de celui retenu en analyse de référence est proposé, la présentation de ses résultats comprend l'exploration complète de l'incertitude au moyen d'analyses de sensibilité déterministes et probabilistes.

Dans l'analyse déterministe, les paramètres du modèle sont représentés par la valeur attendue des éléments de données individuels (estimation ponctuelle). En revanche, dans l'analyse probabiliste, les paramètres du modèle sont représentés par leur distribution de probabilité.

Résultats

Considérant que les résultats sont déterminés non seulement par l'analyse des données colligées mais également d'un ensemble de choix méthodologiques (ainsi que de certaines contraintes méthodologiques), il est important que ceux-ci soient clairs et explicites dans la présentation des résultats. Plus spécifiquement, pour les paramètres de l'étude :

- Énumérer les sources d'information sur les paramètres et justifier leur choix;
- Présenter les distributions de probabilités des paramètres et énumérer toutes les hypothèses.

Dans les résultats, il faut faire une description détaillée de toutes les étapes de façon à permettre la reproduction des calculs. À cette fin, il vaut mieux présenter les résultats de manière désagrégée, en décrivant ses éléments séparément. Au besoin, il est suggéré de présenter séparément les résultats de l'analyse des divers horizons temporels et des types d'évaluation économique réalisés.

Dans la section méthodologique, on aura défini le taux d'actualisation. Pour les résultats, indiquer les totaux non actualisés (bruts et nets) avant l'agrégation et l'actualisation permettrait de voir l'effet du taux d'actualisation choisi sur les résultats. Si des analyses de sensibilités ont été effectuées avec différents taux, il faut bien identifier les taux dans les résultats.

Pour chacune des alternatives de stratégies de mise à l'échelle, incluant l'absence de mise à l'échelle, énumérer :

- les types de coûts considérés;
- les résultats;
- le niveau de couverture;
- l'horizon temporel;
- la perspective choisie.

En plus de ces informations descriptives, il faut présenter les résultats analytiques, c'est-à-dire les estimations du numérateur (coût moyen de chaque stratégie de mise à l'échelle) et du dénominateur (résultat moyen de chaque stratégie), ainsi que du rapport coût-efficacité différentiel (*Incremental cost-effectiveness ratio* -ICER). Pour le dénominateur, si l'évaluation économique est une ACU, il est préconisé de présenter également les résultats en unités naturelles avant que celles-ci aient été converties en d'autres unités telles que des QALYs.

Les résultats de toutes les stratégies de mise à l'échelle analysées devraient être clairement présentées et interprétées par rapport à ceux de la stratégie de référence. Si des analyses de sensibilités ont été effectuées, les résultats de celles-ci devraient également être présentés en

expliquant les paramètres qui ont variés. Si l'on a examiné d'autres études économiques, comparer les méthodes et les résultats de ces études à ceux de la présente étude.

Interprétation et conclusion

Il est important de présenter une évaluation économique de façon structurée, claire et détaillée. Pour chaque stratégie de mise à l'échelle, les valeurs non actualisées de chaque grande composante de coût et de résultat de santé doivent être présentées. Les coûts totaux et les résultats de santé obtenus sur le critère principal sont ensuite calculés et actualisés. Les résultats quantitatifs sont présentés et interprétés en cohérence avec l'objectif de l'évaluation économique. L'évaluation de l'efficacité impose que les interventions qui composent la frontière d'efficacité soient identifiées et que les résultats soient présentés selon la métrique du rapport coût-efficacité différentiel (ICER en anglais) ou selon la métrique du bénéfice net (BN). Toute l'information économique pertinente pour éclairer la décision est extraite de l'évaluation. Une discussion claire et argumentée permet d'estimer la robustesse de la conclusion de l'évaluation et de définir les conditions sous lesquelles elle serait modifiée. Cette discussion repose sur une analyse critique des méthodes et des données utilisées, ainsi que sur les analyses de sensibilité réalisées. Le degré de confiance associé aux résultats est explicité.

Note :

‡Déterminer un horizon temporel suffisamment long pour détecter toutes les différences pertinentes entre les interventions quant à leurs coûts et à leurs résultats (effets sur la santé) futurs. L'horizon temporel devrait être déterminé en fonction de la maladie et de l'effet probable de l'intervention. (ACTMS 2017)

Facteurs limitants

Les décideurs s'intéressent de plus en plus à la mise à l'échelle des interventions fondées sur des données probantes (EBI) à des populations plus importantes et des stratégies pour mettre en œuvre les mises à l'échelle. Mais la mise à l'échelle ne produit pas toujours les résultats escomptés à cause d'un certain nombre de facteurs que l'on pourrait qualifier de facteurs limitants (Fagan et al., 2019). Entre autres, nous pouvons citer :

- Peu d'études scientifiques sur la mise à l'échelle des interventions de recherche en santé jugées efficaces;
- Absence de stratégies de mise à l'échelle ou stratégies de mise à l'échelle non clairement définies;
- Rareté voire inexistence des comparateurs ;
- Incertitudes de la modélisation;
- Influence de l'environnement sur la transposition à plus grande échelle;
- Types de coûts à considérer;
- Nature des situations;
- Manque de ressources humaines qualifiées;
- Manque de volonté politique et de ressources financières.

Version: 11-12-2023

Appuyé par l'Unité de soutien SSA Québec



Les travaux conceptuels sur les contraintes liées à l'extension de la couverture des interventions sanitaires classent les obstacles en cinq catégories (Hanson et al., 2003):

1. la communauté et les ménages;
2. la prestation des services des systèmes de santé;
3. la politique et la gestion stratégique du secteur de la santé;
4. les politiques publiques transversales; et
5. les caractéristiques environnementales et contextuelles.

En matière de santé, il y a une très grande hétérogénéité des pratiques, une complexité des choix à effectuer et les enjeux économiques, sociaux et éthiques sont très importants et inciteraient à une utilisation intensive de l'évaluation économique dans le soutien à la décision de politiques publiques.

Les stratégies de mise à l'échelle des EBI doivent tenir compte d'un large éventail de facteurs et trouver l'équilibre entre ce qui est souhaitable et ce qui est faisable. La mise à l'échelle est un processus d'apprentissage, et modifier les stratégies de mise à l'échelle au fur et à mesure de l'apprentissage peut être constructif et nécessaire. Malgré l'imprévisibilité des processus de mise à l'échelle, une bonne évaluation économique des stratégies de mise à l'échelle peut guider le processus de mise à l'échelle dans la bonne direction et rendre son succès plus probable.

Outils complémentaires

Ce guide est en continuité avec les formations et outils qui ont été réalisés par l'équipe de conseil et expertise en économie de santé de l'Unité de Soutien SSA-Québec.

Capsules de formation en évaluation économique

Une série de quatre capsules aborde les grands thèmes reliés à l'économie de la santé et l'évaluation économique en santé. Ces capsules sont plus spécifiquement dédiées au grand public:

- Introduction à l'économie de la santé
- Les types de coûts
- Qualité de vie
- L'allocation des ressources

Accédez à la série de capsules ici :

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLnCTnKQHkNKxmiyNbBbR5gROVleK2Kdjz>

Une série de 12 capsules aborde des notions avancées en économie de la santé et en évaluation économique en santé et sont plus spécifiquement dédiées aux chercheuses et chercheurs, au personnel clinicien et aux gestionnaires de la santé et des services sociaux:

- Introduction à l'économie de la santé
- Les types de coûts
- Les évaluations économiques
- Les types d'évaluations
- Qualité de vie et utilité
- Les perspectives des évaluations économiques
- Sources de données en évaluation économique au Québec
- Enjeux éthiques des évaluations économiques
- L'actualisation des coûts et des bénéfices
- Le résultat des analyses économiques : le ratio coût-efficacité incrémentiel
- L'interprétation du ratio coût-efficacité incrémentiel
- Les méthodes directes d'estimation de l'utilité
- Les méthodes indirectes d'estimation de l'utilité

Accédez à la série de capsules ici :

<https://www.youtube.com/playlist?list=PLnCTnKQHkNKztfI7SUHybO4ohNJ5QJq7>

Cartographie des ressources en économie et évaluation économique en santé

https://ssoquebec.ca/wp-content/uploads/2019/02/Cartographie-des-ressources_07_nov.pdf

CoPAQ

Les coûts liés à l'état de santé des patientes et patients représentent les montants nets restant à la charge de ces personnes, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas remboursés par les assureurs. Ces coûts doivent découler directement de l'utilisation des soins et services de santé nécessaires au traitement ou doivent être liés aux répercussions de l'état de santé des patientes et patients sur leur quotidien pendant la période visée. En plus de distinguer ces coûts directs et indirects, CoPaQ fait également la différence entre les coûts pour les patientes et patients et leurs proches. Ce document a pour objet de fournir des instructions sur la façon d'estimer ces coûts en les regroupant selon leur nature.

Accédez ici : <https://ssoquebec.ca/nouvelles/co-paq/>

Lignes directrices

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Lignes directrices en matière de méthodologie. Lignes directrices de l'évaluation économique des technologies de la santé au Canada. 2017. 4^{ème} Édition. Disponible à : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/186_economicguidelines_f.pdf

Version: 11-12-2023

Appuyé par l'Unité de soutien SSA Québec



Professional Society for Health Economics and Outcomes Research (ISPOR). Guideline for economic evaluations in healthcare. 2016. Disponible à : https://tools.ispor.org/PEguidelines/source/Netherlands_Guideline_for_economic_evaluations_in_healthcare.pdf

Manuels

Briggs A, Claxton K, Sculpher M. Decision modelling for health economic evaluation. Oxford: Oxford University Press; 2006.

Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes. (fourth edition) Oxford University Press. 2015

Drummond MF, McGuire A. Economic Evaluation in Health Care; merging theory with practice. Oxford University Press, 2001.

Glick H, Doshi J, Sonnad S, Polsky D. Economic evaluation in clinical trials. Oxford: Oxford University Press; 2007

Gold MR, Siegel JE, Russell LB, et al. Cost-effectiveness in health and medicine. 1996. Oxford University Press.

Hunink MGM, Weinstein MC, Wittenberg E et al. Decision making in health and medicine. Integrating evidence and values. Cambridge Medicine, 2014.

Josselin, J. M., & Le Maux, B. (2017). Statistical tools for program evaluation: Methods and applications to economic policy, public health, and education. Springer

Milat AJ, Newson R, and King L. Increasing the scale of population health interventions: A guide. Evidence and Evaluation Guidance Series, Population and Public Health Division. Sydney: NSW Ministry of Health, 2014.

Références

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)(2017). Lignes directrices en matière de méthodologie. Lignes directrices de l'évaluation économique des technologies de la santé au Canada. 4^{ème} Édition. Disponible à : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/guidelines_for_the_economic_evaluation_of_health_technologies_canada_4th_ed_f.pdf

Ben Charif, A., Zomahoun, H. T. V., LeBlanc, A., Langlois, L., Wolfenden, L., Yoong, S. L., Williams, C. M., Lépine, R., & Légaré, F. (2017). Effective strategies for scaling up evidence-based practices in primary care : A systematic review. *Implementation Science*, 12(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0672-y>

Brundisini, F., Zomahoun, H. T. V., Légaré, F., Rhéault, N., Bernard-Uwizeye, C., Massougbdji, J., Gogovor, A., Tchoubi, S., Assan, O., & Laberge, M. (2021). Economic evaluations of scaling up strategies of evidence-based health interventions : A systematic review protocol. *BMJ Open*, 11(9), e050838. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050838>

Fagan, A. A., Bumbarger, B. K., Barth, R. P., Bradshaw, C. P., Cooper, B. R., Supplee, L. H., & Walker, D. K. (2019). Scaling up Evidence-Based Interventions in US Public Systems to Prevent Behavioral Health Problems: Challenges and Opportunities. *Prevention Science, 20*(8), 1147-1168. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-01048-8>

Farrell, T. W., Greer, A. G., Bennie, S., Hageman, H., & Pfeifle, A. (2023). Academic Health Centers and the Quintuple Aim of Health Care. *Academic Medicine, 98*(5), 563-568. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005031>

Freeman, M., Savva, N., & Scholtes, S. (2021). Economies of Scale and Scope in Hospitals: An Empirical Study of Volume Spillovers. *Management Science, 67*(2), 673-697. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2019.3572>

Gupta, A., Thorpe, C., Bhattacharyya, O., & Zwarenstein, M. (2016). Promoting development and uptake of health innovations: The Nose to Tail Tool. *F1000Research, 5*, 361. <https://doi.org/10.12688/f1000research.8145.1>

Hanson, K., Ranson, M. K., Oliveira-Cruz, V., & Mills, A. (2003). Expanding access to priority health interventions: A framework for understanding the constraints to scaling-up. *Journal of International Development, 15*(1), 1-14. <https://doi.org/10.1002/jid.963>

Harrison, R., Fischer, S., Walpola, R. L., Chauhan, A., Babalola, T., Mears, S., & Le-Dao, H. (2021). Where do models for change management, improvement and implementation meet? A systematic review of the applications of change management models in healthcare. *Journal of healthcare leadership, 13*, 85

Kilima, S. P., Shayo, E. H., Msovela, J., Senkoro, K. P., Mayala, B. K., Mboera, L. E. G., & Massaga, J. J. (2012). The potential of involving traditional practitioners in the scaling up of male circumcision in the context of HIV prevention in Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research, 14*(1). <https://doi.org/10.4314/thrb.v14i1.9>

Kho, J., Gillespie, N., & Martin-Khan, M. (2020). A systematic scoping review of change management practices used for telemedicine service implementations. *BMC health services research, 20*(1), 1-16.

Mangham, L. J., & Hanson, K. (2010). Scaling up in international health: What are the key issues? *Health Policy and Planning, 25*(2), 85-96. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp066>

McLean, R. (2022). *Innover pour le bien commun : La mise à l'échelle de l'impact*. Presses de l'Université de Montréal ; Centre de recherches pour le développement international.

Meslin, E. M. (2010). The Value of Using Top-Down and Bottom-Up Approaches for Building Trust and Transparency in Biobanking. *Public Health Genomics*, 13(4), 207-214. <https://doi.org/10.1159/000279622>

Milat AJ, Newson R, and King L. Increasing the scale of population health interventions: A guide. Evidence and Evaluation Guidance Series, Population and Public Health Division. Sydney: NSW Ministry of Health, 2014.

Nundy, S., Cooper, L. A., & Mate, K. S. (2022). The Quintuple Aim for Health Care Improvement : A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*, 327(6), 521. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>

Ogawa, S. (2003). Scaling up community health insurance : Japan's experience with the 19th century Jyorei scheme. *Health Policy and Planning*, 18(3), 270-278. <https://doi.org/10.1093/heapol/czg033>

Organisation panaméricaine de la santé (OPS) (2007). Guide d'évaluation économique des programmes de la promotion de la Santé de l'organisation panaméricaine de la santé. Washington (D.C).

Professional Society for Health Economics and Outcomes Research (ISPOR) (2016). Guideline for economic evaluations in healthcare. Disponible à : https://tools.ispor.org/PEguidelines/source/Netherlands_Guideline_for_economic_evaluations_in_healthcare.pdf

Schiavenato, M., & Chu, F. (2021). PICO : What it is and what it is not. *Nurse Education in Practice*, 56, 103194. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103194>

Topp, S. M., Chipukuma, J. M., Chiko, M. M., Matongo, E., Bolton-Moore, C., & Reid, S. E. (2013). Integrating HIV treatment with primary care outpatient services : Opportunities and challenges from a scaled-up model in Zambia. *Health Policy and Planning*, 28(4), 347-357. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs065>

Vicki, B., Huong, T., Miranda, B., Rachel, L., & Marj, M. (2020). A narrative review of economic constructs in commonly used implementation and scale-up theories, frameworks and models. *Health Research Policy and Systems*, 18(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00633-6>

Version: 11-12-2023

Appuyé par l'Unité de soutien SSA Québec



Zomahoun, H. T. V., Ben Charif, A., Freitas, A., Garvelink, M. M., Menear, M., Dugas, M., Adekpedjou, R., & Légaré, F. (2019). The pitfalls of scaling up evidence-based interventions in health. *Global Health Action*, 12(1), 1670449. <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1670449>

Annexe 1 – Grille de données

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION	
Population utilisée pour les données sur les effets/coûts	
Population utilisée pour les données sur les effets/coûts - Autre	D'autres acteurs peuvent également entrer en ligne de compte selon la nature de l'intervention
Taille de la population, #	Nombre de personnes concernées par la mise à l'échelle
Population sexe/genre	Ajouter comme indiqué ou estimé.
Autre : Sexe/genre de la population	Description des autres catégories de sexe si disponible
Âge de la population	Personnes âgées uniquement (> 65 ans) Adultes (>18 ans) Adolescents (13-17 ans) Enfants (2-12 ans) Nouveau-nés et nourrissons (<1 an)
Origine ethnique	L'ethnicité comme facteur démographique
Domaine d'intervention	Indiquez le(s) domaine(s) ciblé(s) par l'intervention (par exemple, hypertension, oncologie, programme de vaccination, services préventifs, etc.)
Caractéristiques des prestataires ou autre ressources humaines impliquées	
Rôle	Par exemple, médecins, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, dentistes, psychologues, informaticiens, préposés aux bénéficiaires, travailleurs communautaires, adjoints administratifs, etc.
Niveau de formation	Selon la nature de l'intervention à mettre à l'échelle, le niveau de formation est pertinent à considérer si de la formation ou une mise à niveau est requise selon les Ordres professionnels ou autre.
INTERVENTION	
Milieu / Domaine	Milieu de soins de santé (c.-à-d. santé publique, clinique de soins primaires, hôpital, etc.) Identifier et décrire (ex : milieu rural) le ou les lieu(x) ou région(s) où a lieu l'intervention

Intervention	L'intervention à mettre à l'échelle peut être un programme, un soin ou service, une trajectoire, etc.
Stratégie de mise à l'échelle (intervention) <ul style="list-style-type: none"> - Infrastructures de santé - politiques et réglementation - financement - ressources humaines - patients 	<ul style="list-style-type: none"> - par exemple l'équipement médical ou l'évolution des liens au sein d'un système); - par exemple la révision politique pour autoriser le déploiement à grande échelle de la prise en charge d'une maladie au niveau communautaire; - par exemple, l'évolution des mécanismes de paiement; - par exemple, formation et déploiement des prestataires des soins de santé; - par exemple, impliquer les patients/le public.
Type de stratégie de mise à l'échelle	Verticale ou horizontale
Niveau ou portée de la stratégie de mise à l'échelle	Cet élément indique l'ampleur de la portée de la stratégie de mise à l'échelle, c'est-à-dire nationale, infranationale (état/province/municipalité), plusieurs pays, plusieurs infranationales au sein d'un même pays
COMPARATEUR	
Comparateur	Lier le choix des comparateurs à la population de l'étude, ainsi qu'à la pratique ou au contexte.
Coûts	Déterminer les coûts associés à l'alternative selon les éléments de la section <i>Coûts</i> .
DEVIS	
Type d'évaluation économique	<i>*À sélectionner en fonction du besoin décisionnel, de la nature de l'intervention et de la disponibilité des données</i>
Analyse coût-efficacité	
Analyse coût-utilité	
Analyse coûts-avantages (bénéfices)	
Minimisation des coûts	
Comparaison des coûts/analyse des coûts	Approche qui décrit, mesure et évalue l'utilisation des ressources (coûts) associée aux interventions alternatives.
Descriptions des résultats des coûts	Approche qui décrit, mesure et évalue l'utilisation des ressources (coûts) et les conséquences

	(résultats) associées à une seule intervention, sans comparaison entre les alternatives.
Description des coûts	Approche qui décrit, mesure et évalue l'utilisation des ressources (coûts) associée à une intervention unique, sans comparaison entre alternatives. (Voir annexe 2 pour un exemple de liste des coûts)
Analyse des impacts budgétaires	
Basé sur l'essai	L'utilisation d'études cliniques (telles que des essais randomisés) comme véhicules d'évaluation économique.
Basé sur un modèle	Évaluation économique à l'aide de modèles d'analyse décisionnelle, où les données provenant d'un certain nombre de sources différentes sont rassemblées.
Type d'évaluation économique - Autre	Si autre, veuillez préciser.
Si l'étude est basée sur un modèle, quel est le type de modèle :	Markov Arbre de décision Simulation d'événements discrets Modèle de microsimulation Autre
MÉTHODES	
Perspective de l'analyse	Société Système de santé Fournisseur de soins Assureur Hôpital Patient Autre (décrire)
Perspective – Justification	Une justification claire doit être donnée pour la (les) forme(s) d'évaluation choisie(s) par rapport à la (aux) question(s) traitée(s).
Horizon temporel [¥] (années et mois) – Avantages (bénéfices)	Indiquez l'horizon temporel des bénéfices escomptés.
Horizon temporel (années & mois) - Coûts	Indiquer l'horizon temporel des coûts estimés.
Coûts	
Coûts des divers éléments des stratégies de mise à l'échelle des interventions de santé fondées sur des données probantes	Fournissez des détails sur les coûts déclarés (coûts des médicaments, transport, personnel, etc.) et les différencier de ceux de l'intervention

Méthodes d'identification de l'utilisation des ressources – intervention fondée sur des données probantes	Décrire les méthodes utilisées pour identifier l'utilisation des ressources (par exemple, questionnaire, sondage, coûts laitiers, consultation d'experts et méthodes de consensus formel).
Hypothèses de la mesure des ressources – intervention fondée sur des preuves	Décrivez toutes les hypothèses structurelles ou autres qui sous-tendent le modèle d'analyse décisionnelle.
Augmenter les coûts de la stratégie	Fournissez des détails sur les coûts déclarés (coûts des médicaments, transport, etc.)
Méthodes d'identification de l'utilisation des ressources – Stratégie de mise à l'échelle	Fournissez des détails sur les méthodes utilisées pour identifier l'utilisation des ressources pour les stratégies de mise à l'échelle (par exemple, questionnaire, enquête, journal des coûts, consultation d'experts et méthodes de consensus formel).
Hypothèses de mesure des ressources – stratégie de passage à l'échelle	Décrivez toutes les hypothèses structurelles ou autres qui sous-tendent le modèle d'analyse décisionnelle.
Mesure des coûts	
Méthodes utilisées pour calculer les coûts unitaires	Décrire les méthodes utilisées pour identifier les coûts unitaires pertinents (directives, propres calculs du prix de revient et littérature). Inscrire manquant le cas échéant. Privilégier le coût réel pour l'estimation des coûts
Méthodes d'estimation des coûts	Méthodes utilisées pour estimer les coûts. Micro-coûts Coût brut Hybride Autre (décrire)
Valoriser les coûts	
Spécifier les méthodes d'évaluation des effets (par exemple, mesure indirecte ou directe).	Devis utilisé dans l'analyse.
Décrire en détail les méthodes utilisées pour la synthèse des données d'efficacité clinique	Année de tarification
Méthodes utilisées pour la synthèse des données d'efficacité clinique	
Résultats cliniques - avantages pour la santé en unités naturelles	Précisez le nombre et le type d'unités naturelles telles que, par exemple, les années de vie gagnées,

	les jours d'invalidité épargnés, les points de réduction de la tension artérielle, etc. (Le cas échéant)
Résultats cliniques - avantages pour la santé en valeurs monétaires	Spécifiez le nombre de valeurs monétaires. (Le cas échéant)
Valeurs d'utilité pour la santé - avantages pour la santé dans les valeurs d'utilité	Ajoutez des valeurs et des mesures d'utilité, telles que les AVAQ (QALY). (Le cas échéant)
Résultats au niveau du patient (en unités naturelles)	Ajoutez la manière et la mesure présentées dans l'étude. (Le cas échéant)
Résultats au niveau du système (en unités naturelles)	Ajoutez la manière et la mesure présentées dans l'étude. (Le cas échéant)
Résultats de l'efficacité des interventions de santé – Sources de données	
Source des données sur l'efficacité des interventions de santé fondées sur des données probantes	Essais Études d'observation Littérature publiée (p. ex. revues systématiques) Données administratives Bases de données cliniques Dossiers médicaux Opinion d'expert Observations Autre
Gamme d'années d'études primaires	Gamme d'années
Résultats de l'efficacité des interventions de santé - Mesure	
Méthodes de mesure des effets	Spécifiez la source des estimations d'efficacité (par exemple, le CAP déclaré, le CAP révélé et l'analyse conjointe).
Méthodes d'évaluation des effets	Spécifier les méthodes d'évaluation des effets (par exemple, mesure indirecte ou directe).
Méthodes utilisées pour la synthèse des données d'efficacité clinique - étude expérimentale unique ou non expérimentale	Décrire en détail les méthodes utilisées pour la synthèse des données d'efficacité clinique
Méthodes utilisées pour la synthèse des données d'efficacité clinique - Évaluation économique basée sur la synthèse	Décrire en détail les méthodes utilisées pour la synthèse des données d'efficacité clinique

Mise à l'échelle des résultats d'efficacité de la stratégie	
Mise à l'échelle des résultats des stratégies	Mise à l'échelle des résultats de la mise en œuvre des stratégies. Liste des résultats potentiels d'efficacité de la stratégie de mise à l'échelle : acceptabilité, adoption, pertinence, faisabilité, fidélité, pénétration, durabilité, portée (Liste non exhaustive, doit être ouvert à d'autres types de résultats présents dans les études incluses)
Résultats d'efficacité de la stratégie de mise à l'échelle - Sources de données	
Source des données sur l'efficacité de la stratégie de mise à l'échelle	Essais Études d'observation Littérature publiée (p. ex. revues systématiques) Données administratives Bases de données cliniques Dossiers médicaux Opinion d'expert Observations Autre
Résultats d'efficacité de la stratégie de mise à l'échelle - Mesure	
Méthodes de mesure des effets	Spécifiez la source des estimations d'efficacité (qu'elles proviennent d'une seule étude ou d'une synthèse)
Méthodes utilisées pour la synthèse des données d'efficacité	Spécifier les méthodes de synthèse des estimations d'efficacité
ANALYSES	
Analyse statistique utilisée	Décrivez toutes les méthodes d'analyse à l'appui de l'évaluation. Cela pourrait inclure des méthodes pour traiter les données faussées, manquantes ou censurées ; méthodes d'extrapolation; les méthodes de mutualisation des données ; approches pour valider ou apporter des ajustements (tels que des corrections de demi-cycle) à un modèle ; et les méthodes de gestion de l'hétérogénéité et de l'incertitude des populations.
Méthodes de modélisation	VEUILLEZ NOTER : Cette section s'applique uniquement aux études de modélisation

Source des données incorporées dans le modèle	Données collectées en parallèle d'un essai Enquête auprès de la population Étude de cohorte Avant et après l'étude Opinion d'expert Autre
Si de l'essai - identification de l'étude originale	Étude de rapport à partir de laquelle les participants sont tirés.
Si de l'essai - caractéristiques des participants à l'essai	Indiquez le nombre, le sexe et l'âge moyen des participants inclus dans l'essai.
Source des données incorporées dans le modèle - Hypothèses faites :	Les auteurs ont-ils formulé des hypothèses sur les sources de données ? Oui/Non
Source des données intégrées au modèle - Hypothèses faites : Si la réponse est "Oui"	S'il s'agit d'hypothèses, veuillez préciser.
Raisons du modèle spécifique utilisé	Indiquez les raisons si elles sont décrites.
Hypothèses statistiques	Veuillez préciser les hypothèses statistiques utilisées dans le modèle.
Tests statistiques utilisés	Veuillez préciser quels tests statistiques ont été utilisés dans le modèle.
RESULTATS	
Les résultats ont-ils été signalés en tant que coûts supplémentaires ?	Les coûts différentiels font référence aux coûts supplémentaires associés à une intervention par rapport à un comparateur spécifié.
Les résultats ont-ils été signalés comme une efficacité supplémentaire ?	Notez que les résultats de ces comparaisons peuvent être exprimés soit en termes de coût supplémentaire par unité d'effet, soit en termes d'effets par unité de coût (années de vie gagnées par dollar dépensé).
Coûts nets déclarés	Déclarer les coûts nets
Avantages nets (résultats) rapportés	Déclarer les avantages nets
Rapport coût-bénéfice	Déclarer le rapport coût-bénéfice
Rapports coût-efficacité différentiels (ICER, ICUR) rapportés	Déclarer le ICER et le ICUR
Intervalles de confiance (par exemple, IC à 95 %) des rapports coût-efficacité différentiels (ICER, ICUR) rapportés	Rapporter les intervalles de confiance
Catégorie ou type de coûts inclus dans l'analyse des coûts et coûts par catégorie/type	Description du coût du type ou de la catégorie de coût ; veuillez préciser (le cas échéant) si les études incluent à la fois (ou uniquement) les coûts directs et directs de l'intervention.

Résultats des études de description des coûts	Description des coûts par unité d'analyse
Résultats des descriptions des coûts-résultats	Description des coûts et des résultats d'une intervention (pas d'alternative)
Analyses d'incertitude	
Des analyses d'incertitude ont-elles été faites?	L'analyse de sensibilité est une exploration de l'impact sur les résultats de la modification de la valeur d'un (ou plusieurs) paramètre(s) tout en gardant les valeurs de tous les autres paramètres inchangés.
Analyses d'incertitude (p. ex. analyses de sensibilité) - Type	Décrire le type d'analyses d'incertitude (par exemple, comparaison statistique, bootstrap, analyse de sensibilité [unidirectionnelle, multidirectionnelle], analyse de seuil, analyse des extrêmes et analyse des meilleurs/pires cas) et analyse de sensibilité probabiliste.
Paramètres d'intervention examinés dans l'analyse d'incertitude	Énumérer les paramètres d'intervention examinés dans l'analyse d'incertitude
Résultat(s) des analyses des analyses de sensibilité [Évaluation économique basée sur une étude unique]	Décrire les effets de l'incertitude d'échantillonnage pour les paramètres de coût différentiel estimé et d'efficacité différentielle, ainsi que l'impact des hypothèses méthodologiques (telles que le taux d'actualisation, la perspective de l'étude). (Le cas échéant)
Résultat(s) des analyses des analyses de sensibilité [Évaluation économique basée sur un modèle]	Décrire les effets sur les résultats de l'incertitude pour tous les paramètres d'entrée, et l'incertitude liée à la structure du modèle et aux hypothèses. (Le cas échéant)
Paramètres d'intervention examinés dans l'analyse d'incertitude	Énumérer les paramètres d'intervention examinés dans l'analyse d'incertitude
Résultat(s) des analyses des analyses de sensibilité [Évaluation économique basée sur une étude unique]	Décrire les effets de l'incertitude d'échantillonnage pour les paramètres de coût différentiel estimé et d'efficacité différentielle, ainsi que l'impact des hypothèses méthodologiques (telles que le taux d'actualisation, la perspective de l'étude). (Le cas échéant)
Résultat(s) des analyses des analyses de sensibilité [Évaluation économique basée sur un modèle]	Décrire les effets sur les résultats de l'incertitude pour tous les paramètres d'entrée, et l'incertitude liée à la structure du modèle et aux hypothèses. (Le cas échéant)

Calibration	
Une description des données sur lesquelles le modèle a été calibré a-t-elle été fournie ?	OUI/NON
Des détails sur les données auxquelles le modèle était adapté ont-ils été fournis ?	OUI/NON
Le modèle a-t-il été calibré à l'équilibre ou aux tendances	OUI/NON
Quelle était l'approche de calibrage du modèle	Ajustement des cibles, minimisation des moindres carrés, bayésien, etc.
Sur quoi le modèle a-t-il été calibré	Dressez la liste des types de données (prévalence de la maladie dans chaque groupe, etc.)
Quels paramètres ont été calibrés ?	Lister les paramètres qui ont été calibrés
Actualisation	
Taux d'actualisation	L'actualisation a-t-elle été effectuée ?
Taux d'actualisation pour les coûts	Quel était le taux d'actualisation des coûts ?
Taux d'actualisation pour les effets	Quel était le taux d'actualisation pour le(s) effet(s) ? (c'est-à-dire le taux utilisé pour tenir compte des différents moments des coûts et des effets)
Taux d'inflation	Un ajustement pour l'inflation a-t-il été effectué si les coûts unitaires provenaient d'années différentes ?
Année de collecte des données	Précisez le moment de collecte de données.
Limites de la méthodologie utilisée pour l'actualisation	Reportez les limitations de la méthodologie utilisée pour l'actualisation.
INTERPRÉTATIONS ET CONCLUSION	
Considération des limites de l'étude	Soulevez les éléments qui n'ont pas été considérés ou les données qui ne sont pas disponibles pouvant influencer les résultats.
Résultats comparés à ceux d'autres évaluations économiques	Si disponible
Conclusion	Reportez les principaux résultats et leurs implications
Recommandations	Formulez des recommandations en lien avec les résultats de l'étude.

Extrait et adapté de Brundisini et al.2021

Annexe 2 - Tableau des coûts

Tableau des coûts potentiels

Frais médicaux directs

- Frais de traitement
- Coûts du vaccin
- Coûts des médicaments
- Frais de diagnostic
- Frais de chirurgie
- Coûts des tests de laboratoire
- Gaspillage de vaccins
- Logistique des vaccins
- Livraison de vaccins (y compris campagne)
- Gestion du gaspillage
- Autres frais médicaux
- Frais généraux

Frais non médicaux directs

- Voyage, repas et hôtel
- Équipement et installations
- Frais de personnel
- Perte de temps
- Frais de personnel

Coûts d'investissement (équipement, bâtiments, terrain)

Coûts de maintenance

Coûts des services publics

Frais de personnel de soutien

Frais de gestion et de supervision

Frais de rénovation

Coûts du temps

Coûts d'opportunité

Coûts de productivité

Frais de sensibilisation (réunions, affiches, annonce)