

Revue rapide de la littérature

Comment mesurer les impacts de l'utilisation des données rapportées par les patientes et patients?

Juin 2026



ÉQUIPE DE RECHERCHE
SUR LES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES OPTIMALES
EN SOINS PRIMAIRES



UNITÉ DE SOUTIEN
SSA | QUÉBEC
Ensemble pour un système de santé qui apprend

Ce document a été réalisé par l'Équipe de recherche sur les pratiques professionnelles optimales en soins primaires, dirigée par la professeure Marie-Eve Poitras de l'Université de Sherbrooke. Cette revue rapide, incluant la rédaction de ce rapport n'aurait pu être possible sans le soutien financier de l'Unité de soutien SSA.

Auteurs :

- Marie-Eve Poitras, inf., PhD, professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke
- Vanessa T.-Vaillancourt, M.Sc, coordonnatrice de recherche
- Noémie Gaudreault, M.Sc, professionnelle de recherche
- Anne-Sophie Langlois, T.S., MA, professionnelle de recherche
- Isaac Oloufèmi Chabi, M.Sc., professionnel de recherche

© 2026 Marie-Eve Poitras. Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, sous réserve de la mention de la source conformément aux mentions ci-dessous. Pour toute autre utilisation, une autorisation doit être obtenue auprès de Marie-Eve Poitras (marie-eve.poitras@usherbrooke.ca).

Pour citer ce document :

Poitras, ME., T.-Vaillancourt, V., Gaudreault, N., Langlois, AS., Oloufèmi Chabi, I. (2026). Comment mesurer les impacts de l'utilisation des données rapportées par les patientes et patients? Revue rapide de la littérature. Unité de Soutien SSA Québec.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN 978-2-9822803-6-6 (PDF)

Principaux constats

La littérature évalue surtout l'utilisation clinique immédiate des PROMs et PREMs, dans des contextes spécialisés, avec des indicateurs disponibles dans les dossiers médicaux électroniques, plutôt que l'impact organisationnel global ou longitudinal de leur implantation.

Constat 1 | L'évaluation des impacts demeure principalement centrée sur des variables cliniques ou de performance, mesurés de manière individualisée et dans des épisodes de soins circonscrits.

Les études incluses utilisent une grande diversité de variables pour témoigner des effets de l'implantation des PROMs et PREMs. Toutefois, ces variables demeurent surtout orientées vers des résultats cliniques, des mesures de santé standards et d'utilisation des services, des processus organisationnels, des flux de travail et des décisions cliniques. Les variables les plus fréquemment rapportées concernent notamment les visites à l'urgence, les hospitalisations, les consultations, les réadmissions, la priorisation et le triage, l'organisation des suivis, la gestion des traitements médicaux et les références à d'autres professionnels.

Les PROMs sont principalement mobilisés au niveau des données individualisées, c'est-à-dire, pour soutenir une interaction clinique entre un patient et le professionnel, guider une décision immédiate, ajuster un traitement, orienter une référence ou suivre l'évolution d'un patient dans un épisode de soins donné. Les contextes évalués correspondent souvent à des trajectoires relativement bien définies, comme la chirurgie, l'oncologie, l'urgence, l'hospitalisation ou certaines cliniques spécialisées.

À l'inverse, peu d'études examinent l'utilisation agrégée des données issues des PROMs et PREMs pour soutenir l'amélioration continue, la planification des services, la gouvernance organisationnelle, l'apprentissage organisationnel ou le suivi longitudinal des patientes et patients ayant des conditions de santé complexes. Les dimensions plus larges de l'impact, comme l'intégration durable dans les pratiques professionnelles, la continuité des soins, la collaboration interprofessionnelle, la coordination des services ou la santé globale, demeurent donc peu documentées. Ces résultats suggèrent que la littérature actuelle capte davantage les impacts mesurables à court terme et individuels que les transformations plus systémiques attendues d'une intégration routinière des PROMs et PREMs dans les milieux de soins.

Constat 2 | Les études recensées portent majoritairement sur des milieux hospitaliers ou spécialisés.

Les études incluses documentent principalement des contextes hospitaliers, spécialisés ou associés à des épisodes de soins circonscrits. Cette orientation se reflète dans les variables mesurées, qui portent fréquemment sur l'utilisation des services, les hospitalisations, les visites à l'urgence, les réadmissions, les interventions cliniques, la durée des traitements ou les complications. Ces variables sont moins adaptées pour documenter les effets d'une implantation des PROMs et PREMs dans d'autres contextes où les trajectoires sont plus longitudinales, comme dans le cas de maladies neurodégénératives.

Constat 3 | Les études évaluent surtout l'implantation de PROMs, tandis que les PREMs demeurent peu représentés.

La grande majorité des articles inclus rapportent l'utilisation de PROMs, alors que très peu d'études portent sur des PREMs. Cette prédominance suggère que l'évaluation des changements associés aux mesures rapportées par les patientes et patients demeure principalement centrée sur les résultats de santé, les décisions thérapeutiques, la gestion des symptômes, ou l'évolution clinique, plutôt que sur des changements de pratiques cliniques, organisationnelles ou systémiques.

Constat 4 | Les indicateurs utilisés proviennent fréquemment des dossiers médicaux électroniques et des données administratives disponibles.

Une part importante des variables utilisées pour évaluer les impacts des PROMs et PREMs correspond à des indicateurs déjà disponibles dans les dossiers médicaux électroniques ou les bases de données clinico-administratives. Ces données permettent de mesurer des changements liés à l'utilisation des services, aux traitements, aux références, aux hospitalisations, aux réadmissions, aux complications ou aux coûts. Toutefois, cette dépendance aux données existantes peut orienter l'évaluation vers les effets facilement quantifiables, au détriment de dimensions plus complexes comme la qualité de la communication, la transformation des pratiques, la coordination interprofessionnelle, l'apprentissage organisationnel ou l'intégration durable dans les routines cliniques.

Constat 5 | Peu d'études utilisent un cadre théorique ou un outil structuré pour évaluer les changements liés à l'implantation.

Les résultats montrent une grande diversité de variables mesurées, mais celles-ci semblent rarement organisées autour d'un cadre théorique, conceptuel ou d'un outil structuré d'évaluation de l'implantation. Les résultats mettent en évidence une grande hétérogénéité dans les variables mesurées pour documenter les effets de l'implantation des PROMs et PREMs. Toutefois, ces variables correspondent rarement à des indicateurs formalisés, définis avec une cible, un seuil d'interprétation,

un niveau d'analyse ou un usage décisionnel explicite. Elles sont plutôt mobilisées comme des mesures descriptives ou comparatives, souvent sélectionnées de façon pragmatique, selon les données disponibles, le contexte clinique ou les objectifs immédiats de l'intervention. L'absence d'indicateurs structurés et de cadre commun limite la comparaison entre les études et rend plus difficile l'utilisation des résultats pour soutenir le pilotage, l'amélioration continue ou le déploiement à grande échelle.

Constat 6 | Les PROMs et PREMs sont parfois mobilisés comme outils prédictifs plutôt que comme objets d'évaluation de l'implantation

Une proportion notable d'études utilise les données issues des PROMs et PREMs à des fins prédictives, notamment pour anticiper des résultats cliniques, des hospitalisations, des visites à l'urgence ou des séjours prolongés. Cet usage suggère que les PROMs et PREMs sont parfois mobilisés comme outils de stratification du risque ou d'aide à la décision. Toutefois, cette orientation prédictive ne documente pas nécessairement les changements produits par l'implantation elle-même sur les pratiques, l'organisation des soins ou l'expérience des patientes et patients.

Constat 7 | Les dimensions économiques, expérientielles et systémiques demeurent peu documentées

Les dimensions économiques et expérientielles demeurent relativement peu documentées. Peu d'études évaluent les coûts, le retour social sur l'investissement ou les effets économiques de l'implantation des PROMs et PREMs. De même, les mesures liées à l'expérience patient, à la satisfaction, à la communication, à l'engagement ou à la perception de sécurité sont moins fréquentes que les indicateurs cliniques, organisationnels ou d'utilisation des services. Cette situation limite la compréhension de la valeur globale des PROMs et PREMs, notamment du point de vue des patientes et patients, des professionnels et des organisations.

.....

Pris ensemble, ces constats montrent que la littérature actuelle documente surtout l'utilisation clinique immédiate des PROMs et PREMs, plutôt que leur implantation comme levier de transformation des soins. Les variables recensées rendent principalement compte d'effets proximaux, mesurables à court terme, dans des contextes hospitaliers ou spécialisés. Ils permettent moins bien d'apprécier la contribution des PROMs et PREMs à la continuité des soins, à la coordination, à l'amélioration continue ou à la gouvernance organisationnelle, des dimensions pourtant centrales pour juger de leur valeur.

Mise en contexte

Au Canada, des efforts récents ont été entrepris pour optimiser les systèmes de soins et accorder de la valeur aux patientes et patients. À cet effet, le modèle du Centre de médecine de famille (CMF) a récemment orienté sa vision pour favoriser le travail des médecins en équipe avec d'autres professionnels de la santé, afin de fournir des soins accessibles et de haute qualité aux patientes et patients et à leurs familles⁽¹⁾. De plus, le quintuple objectif s'impose comme un cadre central pour guider l'optimisation des systèmes de soins, en plaçant, dans tous les efforts d'amélioration et d'innovation, l'accent sur les individus et les communautés qui en ont le plus besoin⁽²⁾. Les données de santé perçues par les patientes et patients (PROMs) et d'expérience rapportées par les patientes et patients (PREMs) constituent une source de données essentielle pour soutenir le modèle du CMF et le quintuple objectif en santé. Ces données permettent de mieux cibler les besoins des patientes et patients et d'adapter les offres de services ainsi que la contribution et la composition des équipes interprofessionnelles^(3, 4). Leur utilisation est également associée à une amélioration de la prise en charge des symptômes, de la qualité de vie, à de meilleurs résultats cliniques et, dans certains contextes, à une réduction de l'utilisation des services de santé⁽⁵⁾. Les données qu'ils génèrent soutiennent aujourd'hui plusieurs fonctions au sein des systèmes de santé. En pratique clinique, les PROMs et PREMs facilitent la communication entre les patientes et patients et les membres du personnel soignant, le suivi clinique et la prise de décision partagée. Sur le plan organisationnel, ils contribuent à l'évaluation de la qualité des soins et à l'affectation des ressources. En recherche, ils permettent d'examiner les liens entre les résultats et les expériences rapportées par les patientes et patients et divers résultats cliniques et organisationnels, notamment la sécurité des patientes et patients, les réadmissions hospitalières et d'autres mesures de performance⁽⁶⁾.

À ce jour, la littérature s'est principalement intéressée aux barrières et facilitateurs associés à l'implantation des PROMs et PREMs, ainsi qu'à leurs impacts directs sur la communication, les processus de soins et les résultats cliniques des patientes et patients à la suite d'une intervention^(7, 8). Les études existantes se concentrent très peu sur la mesure des impacts de leur collecte et de leur utilisation et celles-ci demeurent peu documentées aux niveaux organisationnel et systémique. Cette limite apparaît importante dans une perspective davantage centrée sur la personne, où les retombées potentielles des PROMs et PREMs peuvent dépasser les seuls résultats cliniques ou les processus de soins traditionnellement évalués. Afin de répertorier les outils et de synthétiser les variables pouvant être utilisées pour mesurer les impacts liés à la collecte et à l'utilisation des PROMs et PREMs, nous avons mené une revue rapide de la littérature en collaboration avec l'Unité de soutien SSA Québec.

Collecte des données

Préparation

Dans le but d'identifier des indicateurs permettant d'évaluer et d'attester des impacts liés à la mise en œuvre des PROMs ou des PREMs, nous avons réalisé une revue rapide de la littérature en 2026. Ce format a été choisi pour réaliser une synthèse fiable et rapide des données probantes disponibles. Cette revue rapide suit les principes généraux de la méthodologie PRISMA pour les revues systématiques, avec des ajustements pour respecter les contraintes de temps et de ressources, propres à une revue rapide⁽⁹⁾.

Stratégie de recherche

La question de recherche était la suivante : Quels indicateurs et outils de mesure sont utilisés pour évaluer les changements à la suite de la mise en œuvre des PROMs/PREMs au niveau de la pratique et de l'organisation, et quels domaines d'impact couvrent-ils pour faciliter leur intégration dans la pratique clinique? La stratégie de recherche a été développée avec les conseils de la bibliothécaire disciplinaire du Services des bibliothèques et archives de l'Université de Sherbrooke autour des concepts suivants : PROMs ou PREMs, *evaluation*, *implementation*, *primary care* ou *specialized care*.

Critères de sélection

Les études retenues devaient présenter des outils, mesures ou indicateurs utilisés pour évaluer et attester les changements, impacts ou effets de la mise en œuvre des PROMs ou des PREMs dans la pratique clinique, applicables au contexte de soins primaires ou spécialisés. Les études devaient être rédigées en français ou en anglais et publiées entre janvier 2015 et décembre 2025. Tous les devis étaient admissibles.

Les critères d'exclusion étaient les études évaluant le développement des PROMs ou des PREMs ainsi que celles qui étaient des revues systématiques, rapides ou de la portée (mais elles pouvaient être examinées pour leurs références), les lettres, les éditoriaux et les commentaires.

Les indicateurs retenus reflétaient des retombées qui allaient au-delà de l'utilisation même des PROMs et des PREMs. Ainsi, les variables telles que la détection des symptômes, l'amélioration de la communication et de la prise de décision partagée ont été exclues, puisqu'elles constituent des effets intrinsèquement liés à l'utilisation de ces outils. Une exception a été faite lorsque ces variables étaient évaluées à l'aide d'un outil distinct du PROM ou du PREM implanté. Par exemple, une amélioration de la communication rapportée directement par le PROM n'était pas considérée comme un impact

admissible. En revanche, lorsqu'un autre instrument, par exemple un PREM, mesurait les changements dans la communication associés à l'utilisation d'un PROM, cet impact était retenu.

Méthode de sélection

Le processus de sélection a été réalisé en deux volets à l'aide de la plateforme Covidence. Avant chaque volet, une phase de calibration entre les 4 professionnels de recherche a été réalisée pour assurer une concordance de niveau élevé (90%). Pour le premier volet, la calibration s'est déroulée en trois rondes de 15, 25, puis 25 articles. Ce premier tri a été effectué selon la pertinence des titres et des résumés des études. Le deuxième tri, effectué sur le texte intégral, a nécessité 2 rondes de calibration sur 5 articles chacune. Chaque étude était évaluée par deux évaluateurs et les divergences ont été résolues à l'aide de discussions.

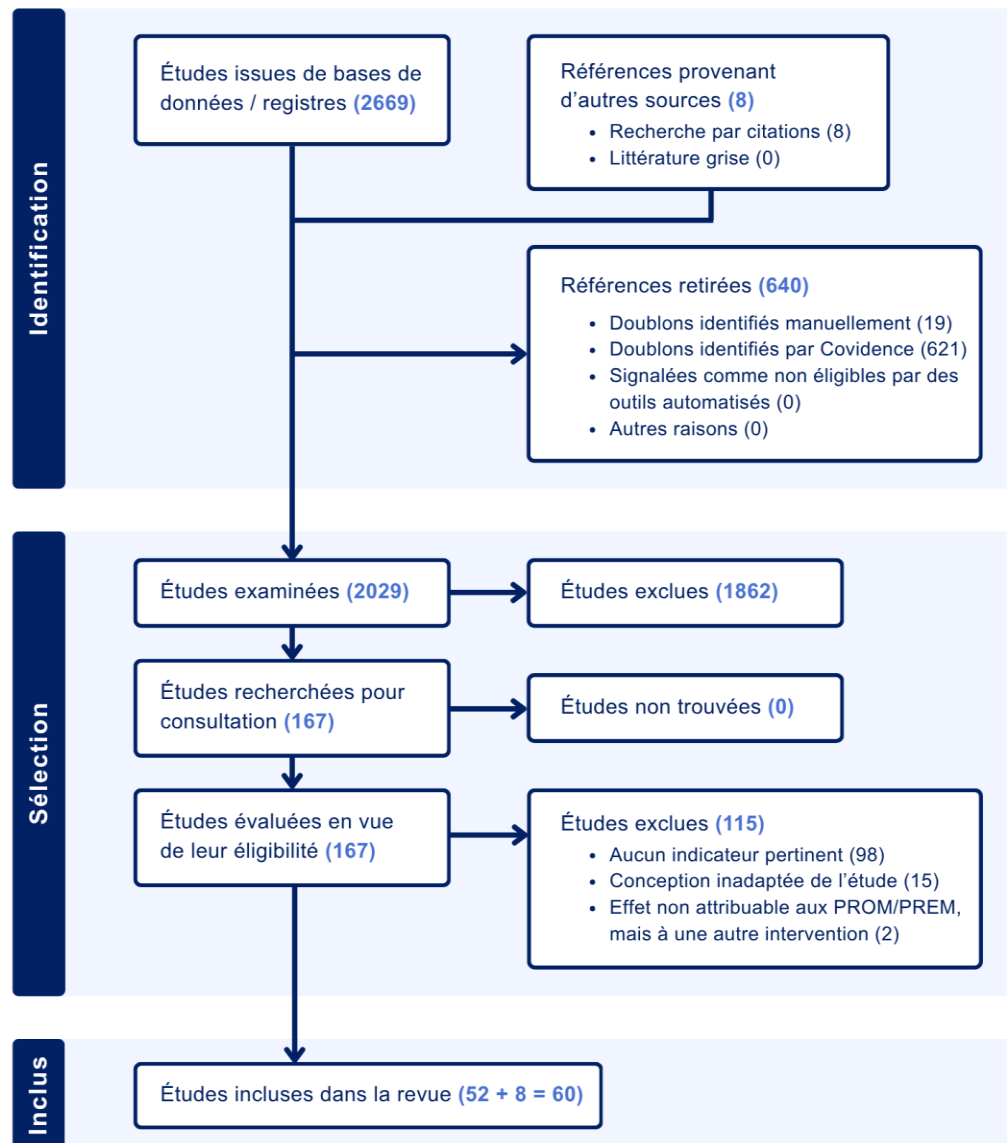
Extraction des données et synthèse

Une grille d'extraction a été développée dans Microsoft Excel puis testée avec une phase de calibration sur 8 articles. Une professionnelle de recherche a procédé à l'extraction des informations et une autre à leur validation. La grille des informations comprenait les auteurs, l'année de publication, le devis, l'objectif, le milieu de soins, le service clinique, le type de mesure auto-rapportée (PROMs ou PREMs), les interventions supplémentaires, la méthode de collecte des variables mesurées, l'outil ou cadre utilisé pour mesurer le changement, la variable mesurée et sa catégorie.

Résultats

La recherche a permis d'identifier 2 669 documents. À la suite du retrait des duplicata, le titre et le résumé de 2 029 études ont été examinés afin de retenir 167 études potentielles. Finalement, à l'issue de l'analyse du texte intégral, 52 études ont été retenues. Les références des études de type revue ont permis d'identifier 8 autres études pertinentes à la recherche, pour un total de 60 études incluses.

Figure 1 Diagramme PRISMA de flux des études



Description des études incluses

La majorité des études incluses ont utilisé un devis d'étude quasi-expérimentale (25 %)⁽¹⁰⁻²⁴⁾ ou d'étude de cohorte (25 %)⁽²⁵⁻³⁹⁾. La plus grande proportion des études a été publiée en 2025 (20 %)^(10, 11, 14, 18, 23, 24, 38, 40-44) indiquant que le sujet est en expansion. Les études ont majoritairement évalué l'impact des PROMs^(10-40, 42-69) (96,7 %), mais 2 articles portaient sur les PREMs^(41, 61) (3,3 %). Les études avaient lieu en contexte hospitalier (36,8 %)^(10, 13-15, 23, 27, 29, 32-35, 39, 41, 45, 47, 49, 52, 55, 56, 58-61, 63, 66), en clinique spécialisée (32,4 %)^(11, 12, 16, 17, 19, 20, 22, 31, 36, 38, 42, 43, 46, 48, 50, 52, 54, 55, 63-65, 67), en clinique externe (25,0 %)^(18, 21, 24, 26, 28, 30, 34, 37, 40, 44, 51, 53, 55, 57, 62, 63, 69), et en clinique de soins primaires (5,9 %)^(25, 55, 63, 68). Les spécialités cliniques portaient surtout sur l'oncologie^(10, 12-15, 18, 19, 21, 26, 27, 29, 30, 35, 39, 46, 47, 50, 52, 54, 55, 58-61, 65-67), la chirurgie^(33, 35, 43-45, 49, 56, 67) et la cardiologie^(16, 28, 38, 40, 42, 43). Les caractéristiques sont présentées au Tableau 1.

À plusieurs reprises, les études ont examiné l'impact d'un PROM accompagné d'une intervention ou d'un dispositif supplémentaire. Parmi ces interventions, on y retrouvait d'abord les aides aux cliniciens pour la priorisation (56%), comme un système de code de couleur^(27, 43, 44, 48, 53), des alertes pour identifier les patients à risque^(11, 12, 14, 18-20, 23, 30, 47, 50, 59, 61, 66, 67) ou un appel au patient^(18, 27, 59, 61, 62, 66, 67). Plusieurs utilisaient des aides à la visualisation (29%), comme un tableau de bord ou un résumé^(10, 11, 20, 21, 24, 62), un portail patient^(30, 68), une rétroaction sur les réponses soumises^(27, 43) ou une application pour le suivi des symptômes^(15, 35). De plus, certains fournissaient un accès à l'autogestion (11%), à l'aide de ressources en ligne^(12, 23, 43) ou des recommandations^(27, 59). Finalement, les autres interventions étaient un contact en ligne avec le professionnel (4%)^(61, 66) ou un questionnaire d'évaluation (2%)⁽²⁴⁾.

Tableau 1 Caractéristiques des études incluses dans la revue rapide

Auteurs (Année)	Devis de l'étude	Objectif	Milieu de soins; service clinique
Amagai et coll. (2025) ⁽¹⁰⁾	Étude quasi-expérimentale	Évaluer l'impact d'un tableau de bord clinique basé sur les résultats rapportés par les patients (PROMs) sur le recours aux services de santé.	Hôpital; oncologie et néphrologie
Atladottir et coll. (2025) ⁽⁴⁴⁾	Étude qualitative	Évaluer l'impact du questionnaire PROM sur la qualité du traitement dans le contexte d'un traitement postopératoire à domicile des enfants.	Clinique externe en milieu hospitalier; chirurgie
Ayers (2017) ⁽⁴⁵⁾	Étude de cas	Améliorer les résultats des arthroplasties totales du genou grâce aux PROMs en pratique clinique courante.	Hôpital; chirurgie
Basch et coll. (2016) ⁽⁴⁶⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Tester la collecte systématique, via Internet, des PROMs pour améliorer le suivi des symptômes chez les patients atteints de cancer, puis évaluer les effets sur la qualité de vie liée à la santé et la	Clinique spécialisée; oncologie

		survie.	
Bianchim et coll. (2025) ⁽⁴³⁾	Étude de cas	Évaluer la mise en œuvre, la collecte, l'utilisation et les résultats des PROMs dans le premier conseil de santé adoptant cette méthode au Pays de Galles.	Clinique spécialisée; cardiologie, neurologie et chirurgie
Billingsy et coll. (2024) ⁽⁴⁷⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Décrire les effets du suivi des PROMs sur la qualité de vie liée à la santé et la survie jusqu'à 1 an après le début de tout traitement chez les patients atteints de cancer du poumon.	Hôpital; oncologie
Blumenthal et coll. (2017) ⁽²⁵⁾	Étude de cohorte	Étudier l'association entre l'état de santé autodéclaré recueilli dans le cadre des soins ambulatoires de routine et l'utilisation ultérieure des soins de santé parmi les patients de l'organisation de soins responsables (ACO) Partners HealthCare (Partners).	Clinique en soins primaires; santé globale
Bubis et coll. (2021) ⁽²⁶⁾	Étude de cohorte	Évaluer les associations entre les scores de PROMs pendant la radiothérapie préopératoire et les résultats postopératoires précoces chez les patients atteints d'un cancer du rectum localisé.	Clinique externe en milieu hospitalier; oncologie
Chan et coll. (2019) ⁽⁴⁸⁾	Étude de cas	Répertorier les expériences et les difficultés rencontrées par les participants lors de la mise en œuvre des PROMs, ainsi que les principaux enseignements qui en ont été tirés.	Clinique spécialisée; champ multidisciplinaire
Chan et coll. (2025) ⁽¹¹⁾	Étude quasi-expérimentale	Évaluer l'impact clinique réel, l'efficacité et la faisabilité de la mise en œuvre d'un système ePROM entièrement intégré dans trois affections de l'arthrite inflammatoire.	Clinique spécialisée; rhumatologie
Crane et coll. (2025) ⁽⁴²⁾	Étude à méthodes mixtes	Quantifier la valeur sociale et économique des PROMs mis en œuvre dans un contexte de soins de santé basés sur la valeur.	Clinique spécialisée; neurologie et cardiologie
Driscoll et coll. (2022) ⁽⁴⁹⁾	Étude qualitative	Explorer les attitudes des chirurgiens à l'égard de l'intégration des PROMs dans les pratiques chirurgicales et découvrir les obstacles perçus vis-à-vis à la mise en œuvre et la façon dont ils seraient utilisés dans la pratique chirurgicale clinique.	Hôpital; chirurgie
Dupuis et coll. (2024) ⁽⁵⁰⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Déterminer si un dépistage des symptômes trois fois par semaine avec rétroaction sur les symptômes, comparé aux soins habituels, améliore les scores globaux des symptômes autodéclarés chez les patients pédiatriques atteints de cancer à 8 semaines.	Clinique spécialisée; oncologie
El Miedany et coll. (2016) ⁽⁵¹⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Évaluer le rôle des PROMs dans la facilitation de la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde précoce; sa capacité à améliorer les soins cliniques en signalant les poussées d'activité, en	Clinique externe en milieu hospitalier; rhumatologie

		enregistrant l'activité de la maladie et en faisant gagner du temps aux cliniciens ; ainsi que sa capacité à améliorer l'observance et l'adhésion des patients au traitement.	
Girgis et coll. (2020) ⁽¹²⁾	Étude quasi-expérimentale	Mettre en œuvre avec succès PROMPT-Care Version 2.0 dans les flux de travail cliniques existants, évaluer son efficacité dans une population diversifiée de patients atteints de cancer et explorer l'utilité du système du point de vue du patient et du professionnel de la santé.	Clinique spécialisée; oncologie
Helissey et coll. (2023) ⁽²⁷⁾	Étude de cohorte	Évaluer le pouvoir pronostique de l'outil sur la survie de l'état de santé des patients atteints d'un cancer de la prostate au cours du premier mois de traitement.	Hôpital; oncologie
Howell et coll. (2020a) ⁽¹³⁾	Étude quasi-expérimentale	Examiner si les patients exposés à l'intervention iPEHOC présentaient des différences dans leur utilisation des soins de santé par rapport à des témoins au cours de la même période.	Hôpital; oncologie
Howell et coll. (2020b) ⁽⁵²⁾	Étude à méthodes mixtes	Évaluer l'adoption des PROMs, l'acceptabilité et l'utilisation du point de vue des patients et des cliniciens, ainsi que les changements dans l'expérience de soins des patients; explorer l'impact sur la gravité des symptômes, l'implication des patients et les taux de consultations aux urgences et d'hospitalisations; et identifier les stratégies de mise en œuvre jugées essentielles par les sites pour une adoption réussie des PROMs dans la pratique clinique.	Hôpital; oncologie
Huber et coll. (2025) ⁽¹⁴⁾	Étude quasi-expérimentale	Évaluer l'impact de la mise en œuvre d'un système de PROMs sur le recours aux soins urgents et les taux de réadmission chez les patients subissant une chirurgie colorectale programmée en hospitalisation; et déterminer si l'engagement du patient dans ce système influence ces résultats.	Hôpital; oncologie
Huelster et coll. (2023) ⁽¹⁵⁾	Étude quasi-expérimentale	Développer et évaluer la facilité d'utilisation et l'utilité potentielle d'un nouvel outil d'intervention sur les symptômes postopératoires mHealth (POSIT) basé sur des rapports quotidiens de symptômes et des données biométriques collectées passivement pendant la convalescence après une cystectomie radicale.	Hôpital; oncologie
Hussein et coll. (2019) ⁽¹⁶⁾	Étude quasi-expérimentale	Développer une méthode efficace de collecte de données longitudinales PROMs à l'aide d'un système automatisé.	Clinique spécialisée; cardiologie
Katzan et coll. (2021) ⁽²⁸⁾	Étude de cohorte	Déterminer la capacité des PROMs recueillis dans le cadre des soins courants à prédire les consultations aux urgences et les hospitalisations sur une période d'un an et identifier les différences	Clinique externe en milieu hospitalier; cardiologie

		de capacité entre les PROMs et d'autres variables cliniques à les prédire.	
Kerrigan et coll. (2020) ⁽²⁹⁾	Étude de cohorte	Examiner la relation entre la survie globale, la survie sans hospitalisation et 5 mesures du domaine PROMIS chez les patients atteints d'un cancer métastatique.	Hôpital; oncologie
Kjær et coll. (2018) ⁽⁵³⁾	Étude transversale	Évaluer l'utilisation d'un système de PROMs mis en place dans le cadre des soins ambulatoires des patients séropositifs.	Clinique externe en milieu hospitalier; immunologie
Kuhn et coll. (2022) ⁽¹⁷⁾	Étude quasi-expérimentale	Évaluer l'impact de la mise en œuvre de PEESS™ v2.0 dans le cadre d'un suivi prospectif en situation réelle de l'œsophagite à éosinophiles (EoE).	Clinique spécialisée; immunologie
Kurosawa et coll. (2025) ⁽¹⁸⁾	Étude quasi-expérimentale	Développer un système de suivi et d'intervention en équipe utilisant des ePRO et en évaluer l'impact dans une clinique d'oncologie ambulatoire.	Clinique externe en milieu hospitalier; oncologie
Lehmann et coll. (2023) ⁽³⁰⁾	Étude de cohorte	Améliorer le programme de surveillance des symptômes en vigueur au CHU d'Innsbruck en mettant en place des évaluations hebdomadaires spécifiques au traitement et un examen systématique des PROMs par le personnel soignant, afin d'initier des interventions cliniques en fonction des symptômes rapportés.	Clinique externe en milieu hospitalier; oncologie
Lizée et coll. (2019) ⁽⁵⁴⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Évaluer le rapport coût-efficacité de la surveillance basée sur les PROMs des patients atteints de cancer du poumon.	Clinique spécialisée; oncologie
Locklear et coll. (2017) ⁽⁵⁵⁾	Étude de cas	Recueillir une expérience concrète sur les approches pratiques de sélection, de compilation et de conservation des PROMs.	Hôpital, clinique spécialisée, clinique en soins primaires et clinique externe en milieu hospitalier; oncologie, soins complexes, soins palliatifs et chirurgie
Marshall et coll. (2021) ⁽⁵⁶⁾	Étude de cas	Présenter un aperçu de la mise en œuvre des PROMs dans les soins courants et de l'utilisation des données PROMs pour la prise de décision à différents niveaux du système de santé.	Hôpital; chirurgie
Mejdahl et coll. (2018) ⁽⁵⁷⁾	Étude qualitative	Explorer les conséquences de la mise en œuvre d'un suivi basé sur les PROMs dans la pratique clinique courante et identifier les mécanismes organisationnels reliés du point de vue des cliniciens.	Clinique externe en milieu hospitalier; neurologie
Meryk et coll. (2021) ⁽¹⁹⁾	Étude quasi-expérimentale	Évaluer la faisabilité et la valeur des mesures quotidiennes des PROMs chez les enfants recevant une chimiothérapie pour un cancer.	Clinique spécialisée; oncologie

Müller et coll. (2023) ⁽³¹⁾	Étude de cohorte	Évaluer la faisabilité de l'auto-évaluation par le patient des PROMs, leur utilisation par le personnel et les avantages dans les unités de soins palliatifs.	Clinique spécialisée; soins palliatifs
Opipari-Arrigan et coll. (2020) ⁽²⁰⁾	Étude quasi-expérimentale	Tester la faisabilité, l'acceptabilité et l'impact à court terme de l'utilisation d'un outil de santé mobile pour faciliter la vision du modèle de soins chroniques en matière de boucles de rétroaction fermées et de partenariats patient-clinicien.	Clinique spécialisée; gastro-entérologie
Orman et coll. (2022) ⁽³²⁾	Étude de cohorte	Développer un modèle permettant de prédire les réadmissions chez les patients hospitalisés atteints de cirrhose et de déterminer l'impact du statut socio-économique, de l'état fonctionnel et de la qualité de vie.	Hôpital; hépatologie
Pappot et coll. (2021) ⁽⁵⁸⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Réduire les ajustements de traitement et les hospitalisations chez les patientes atteintes d'un cancer du sein en planifiant et examinant l'impact de l'application des ePRO dans un système de santé publique.	Hôpital; oncologie
Park et coll. (2024) ⁽³³⁾	Étude de cohorte	Développer un modèle prédictif robuste utilisant diverses variables (les données démographiques, le statut socio-économique, les caractéristiques des soins par phases de soins, les signes vitaux, les PROMs préopératoires) facilement accessibles à partir du dossier médical électronique complet qui reflète la décision et la pratique des cliniciens.	Hôpital; chirurgie
Peruzzo et coll. (2025) ⁽⁴¹⁾	Étude à méthodes mixtes	Étudier l'utilisation des informations rapportées par les patients comme base de connaissances pour les actions et explorer les types d'actions mises en œuvre.	Hôpital; champ multidisciplinaire
Richards et coll. (2020) ⁽⁵⁹⁾	Étude à méthodes mixtes	Examiner la faisabilité d'un essai contrôlé randomisé définitif à grande échelle (ECR) conçu pour évaluer l'impact d'un système de surveillance électronique à distance en temps réel (ePRO) sur le bien-être des patients après leur sortie de l'hôpital suite à une chirurgie gastro-intestinale supérieure liée au cancer.	Hôpital; oncologie
Riis et coll. (2020) ⁽⁶⁰⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Évaluer la satisfaction des patientes ménopausées atteintes d'un cancer du sein de stade précoce bénéficiant d'un suivi individualisé, comparativement au suivi standard.	Hôpital; oncologie
Riis et coll. (2021) ⁽⁶¹⁾	Étude à méthodes mixtes	Examiner l'impact d'un suivi individualisé basé sur les ePRO sur l'utilisation des services chez les femmes ménopausées traitées pour un cancer du sein précoce.	Hôpital; oncologie
Riobueno-Naylor et coll. (2019) ⁽³⁴⁾	Étude de cohorte	Établir si l'utilisation d'un retour d'information « en temps réel » à l'aide du BOQ5-18 et de la liste de contrôle des symptômes pédiatriques (PSC)	Hôpital et clinique externe en milieu

		serait faisable et cliniquement utile pour une population pédiatrique d'enfants âgés de 5 à 18 ans recevant des soins médicaux liés aux brûlures en milieu ambulatoire et chirurgical.	hospitalier; soins complexes
Roberts et coll. (2024) ⁽²¹⁾	Étude quasi-expérimentale	Étudier prospectivement la mise en œuvre des PROMs en oncologie de routine.	Clinique externe en milieu hospitalier; oncologie
Rossi et coll. (2021) ⁽³⁵⁾	Étude de cohorte	Utiliser une approche d'apprentissage automatique pour explorer la valeur ajoutée potentielle de la récupération fonctionnelle PGHD (mesurée par le nombre de pas quotidiens à l'aide de podomètres de poignet) et des PROMs pour prédire les complications postopératoires.	Hôpital; oncologie et chirurgie
Rudin et coll. (2019) ⁽⁶²⁾	Étude à méthodes mixtes	Évaluer la faisabilité du suivi des symptômes de l'asthme entre les visites via notre intervention mHealth en menant une analyse mixte de notre mise en œuvre.	Clinique externe en milieu hospitalier; immunologie
Rutherford et coll. (2020) ⁽⁶³⁾	Étude à méthodes mixtes	Déterminer si la collecte systématique des données PROMs était possible en Nouvelle-Galles du Sud et évaluer les taux de réponse obtenus dans le cadre d'un tel programme.	Hôpital, clinique spécialisée, clinique en soins primaires et clinique externe en milieu hospitalier; soins complexes
Shadmi et coll. (2018) ⁽³⁶⁾	Étude de cohorte	Tester si les PROMs pouvaient prédire et être utilisés pour identifier les groupes à haut risque d'hospitalisation future.	Clinique spécialisée; psychiatrie
Siccoli et coll. (2019) ⁽³⁷⁾	Étude de cohorte	Examiner si des analyses prédictives préopératoires complètes basées sur l'apprentissage automatique sont faisables et robustes pour prédire une gamme de critères d'évaluation cliniquement pertinents chez les patients subissant une chirurgie de décompression pour une sténose lombaire.	Clinique externe en milieu hospitalier; neurologie
Sideris et coll. (2025) ⁽³⁸⁾	Étude de cohorte	Étudier la contribution incrémentale des PROMs à la prédiction des événements cardiovasculaires indésirables chez les patients ambulatoires atteints d'Insuffisance cardiaque FEr et FEp.	Clinique spécialisée; cardiologie
Spaulding et coll. (2018) ⁽⁶⁴⁾	Étude qualitative	Comprendre la mise en œuvre d'un ensemble ePSRM, comprendre les perceptions du personnel liées à cette mise en œuvre et déterminer les changements de pratique survenus à la suite de la mise en œuvre et à l'utilisation de l'ensemble ePSRM.	Clinique spécialisée; psychiatrie
Teela et coll. (2020) ⁽²²⁾	Étude quasi-expérimentale	Obtenir une compréhension plus systématique des expériences vécues avec le portail KLIK du point de vue d'un clinicien.	Clinique spécialisée; champ multidisciplinaire

Troeschel et coll. (2016) ⁽⁶⁵⁾	Étude transversale	Décrire le processus d'élaboration des rapports d'amélioration de la qualité de la gestion des symptômes, et fournir des exemples de traitement des questions méthodologiques essentielles à la qualité des rapports.	Clinique spécialisée; oncologie
Uleri et coll. (2025) ⁽²³⁾	Étude quasi-expérimentale	Évaluer l'impact de la mise en œuvre d'un parcours numérique via une application pour téléphone portable comprenant des programmes de pré- et réadaptation, des listes de contrôle et des PROMs sur les résultats périopératoires après une chirurgie urologique.	Hôpital; urologie
Witkin et coll. (2024) ⁽⁶⁹⁾	Étude qualitative	Évaluer la mise en œuvre d'un système de PROMs au sein du service de gestion de la douleur d'un centre médical universitaire.	Clinique externe en milieu hospitalier; soins complexes
Yamashita et coll. (2025) ⁽⁴⁰⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Développer un système de suivi ePRO à l'aide de méthodes qualitatives (phase 1), puis en évaluer l'impact sur la qualité des soins cardiovasculaires en pratique clinique (phase 2).	Clinique externe en milieu hospitalier; cardiologie
Yan et coll. (2023) ⁽³⁹⁾	Étude de cohorte	Évaluer si la surveillance systématique des PROMs a à elle seule un impact sur la survie globale réelle et les hospitalisations chez les personnes diagnostiquées d'un cancer du poumon, du sein ou colorectal.	Hôpital; oncologie
Yoshino et coll. (2025) ⁽²⁴⁾	Étude quasi-expérimentale	Évaluer la faisabilité et l'utilité clinique d'un système ePRO basé sur un téléphone portable, spécifiquement développé pour les personnes vivant avec le VIH au Japon.	Clinique externe en milieu hospitalier; immunologie
Zhang et coll. (2019) ⁽⁶⁷⁾	Étude qualitative	Examiner dans quelle mesure un système de PROMs intégré au dossier médical électronique (DME) répond aux besoins et au flux de travail clinique des différents acteurs cliniques.	Clinique spécialisée; oncologie et chirurgie
Zhang et coll. (2022) ⁽⁶⁶⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Étudier l'efficacité du système de suivi ePRO pour améliorer la sécurité et la qualité de vie des patients recevant une immunothérapie contre le cancer et pour rendre le processus de suivi moins chronophage.	Hôpital; oncologie
Zhou et coll. (2023) ⁽⁶⁸⁾	Essai contrôlé randomisé (ECR)	Évaluer si la mise en œuvre d'un outil de collecte de PROMs et de surveillance des événements indésirables permettrait d'assurer une meilleure continuité des traitements pour les patients recevant des soins sur une plateforme de télésanté.	Clinique en soins primaires; urologie

Variables mesurées pour évaluer l'impact de l'implantation des PROMs et PREMs

Bien que l'objectif initial de cette revue rapide fût d'extraire des indicateurs, il s'est avéré plus pertinent de se concentrer sur des variables à mesurer, sans interprétation ni discussion de la part de l'équipe de recherche. Nous avons identifié 46 variables pouvant être utilisées pour évaluer les changements associés à l'implantation des PROMs et des PREMs en pratique clinique et organisationnelle. Les résultats sont présentés selon 10 catégories : 1) Utilisation des services et recours aux soins, par exemple le nombre de visites à l'urgence; 2) Processus organisationnel qui porte sur le système et les services; 3) Flux de travail et organisation des suivis qui porte sur le travail quotidien et les suivis; 4) Pratiques cliniques et décisions professionnelles; 5) Variables économiques et coûts; 6) Résultats cliniques et événements de santé; 7) Expérience patient et professionnel (un PREM a été utilisé comme mesure d'impact associée à l'implantation d'un PROM, et non comme intervention implantée en soi); 8) Communication, engagement et autogestion des patientes et patients; 9) Utilisation prédictive des données PROMs et PREMs; 10) Actions déclenchées par les résultats PROMs et PREMs.

Tableau 2 Variables répertoriées

Catégorie des variables ¹	Variables mesurées
1. Utilisation des services et recours aux soins [n=30]	• Nombre de visites à l'urgence^(10, 12-14, 16, 18, 21, 23, 25, 26, 30, 39, 46, 50, 52, 66) • Nombre d'hospitalisations^(10, 13, 16, 18, 21, 39, 46, 50, 52, 58) • Durée d'hospitalisation^(23, 26) • Taux de réadmission à l'hôpital^(10, 14, 23, 26, 33, 59) • Nombre de consultations (au bureau, en clinique externe, au téléphone)^(11, 13, 17, 18, 39, 43, 50, 51, 53, 54, 57, 60, 61, 66) • Nombre d'interventions cliniques (ex: chirurgie, procédure, examen supplémentaire)^(17, 19, 21, 23, 30, 50, 51, 59) • Durée du traitement^(12, 23, 46, 58) • Type de professionnel consulté⁽²¹⁾ • Nombre d'appels provenant des patient(e)s^(21, 44, 46, 61)
2. Processus organisationnels et accès aux soins [n=15]	• Meilleure priorisation et triage^(43-45, 48, 49, 55-57, 62, 63, 67) • Modèle de facturation⁽⁴⁵⁾ • Distribution des ressources humaines^(43, 63) • Délai avant la première consultation⁽¹¹⁾ • Durée de la consultation^(22, 64) • Taux de congé le jour même après une chirurgie^(23, 56)
3. Flux de travail et organisation des suivis [n=12]	• Charge de travail des professionnels de la santé^(57, 61, 62, 67) • Efficacité et temps sauvé lors des visites cliniques⁽⁶⁹⁾ • Embauche de professionnels supplémentaires⁽⁴¹⁾ • Révision des processus administratifs^(41, 55) • Nombre de déplacements à l'hôpital⁽⁵⁴⁾ • Durée et fréquence du suivi clinique^(11, 16, 53, 61, 66) • Nombre de consultations (au téléphone)⁽⁵⁷⁾
4. Pratique clinique [n=20]	• Durée et fréquence du suivi clinique^(11, 16, 53, 61, 66)

	• Âge au diagnostic⁽¹⁷⁾ • Nouveaux diagnostics^(24, 53) • Temps de documentation des interventions au dossier du patient^(55, 64) • Introduction d'un plan d'intervention d'urgence⁽⁶³⁾ • Gestion et utilisation de traitements médicaux^(13, 16, 20, 24, 27, 30, 31, 53, 56, 58-60, 63, 66, 68, 69) • Nombre de références à d'autres professionnels^(12, 24, 30, 34, 48, 53, 55, 61) • Confiance des infirmières à référer un patient à un médecin⁽⁵⁷⁾
5. Variables économiques [n=2]	• Retour social sur l'investissement (/ \$ investi)⁽⁴²⁾ • Taux de remboursement des examens d'imagerie⁽⁵⁴⁾ • Coût des déplacements, des visites et coût total des soins⁽⁵⁴⁾
6. Résultats cliniques [n=9]	• Nombre de divulgations en matière de santé mentale⁽⁴³⁾ • Survie globale^(18, 29, 39, 46, 47, 66) • Taux de complication⁽²³⁾ • Nombre d'événements indésirables^(58, 66)
7. Mesures de l'expérience [n=6]	• Évaluation de la sécurité des patient(e)s⁽³⁰⁾ • Satisfaction des patient(e)s^(23, 40, 61, 64) • Satisfaction des professionnel(le)s⁽⁵⁷⁾
8. Éducation, communication et autogestion [n=8]	• Adhérence à la médication⁽⁵¹⁾ • Qualité perçue, compréhension et communication de l'information au patient^(40, 41, 55) • Engagement et participation du patient^(20, 43, 52, 61) • Création de matériel d'information⁽⁴¹⁾
9. Capacité de prédiction [n=10]	• Prédiction des résultats cliniques (survie, complications, post-opératoires)^(15, 26, 29, 35, 38) • Prédiction du taux d'hospitalisations^(25, 28, 32, 36) • Prédiction du nombre de visites à l'urgence⁽²⁸⁾ • Prédiction d'un séjour hospitalier prolongé⁽³⁷⁾
10. Prise d'action [n=2]	• Implantation d'une stratégie (ex : réduction du bruit, amélioration de la propreté, ouverture d'une clinique nutritionnelle avec service d'une ou un nutritionniste, adresser les délais dans la mise à jour des dossiers, ...)^(41, 65)

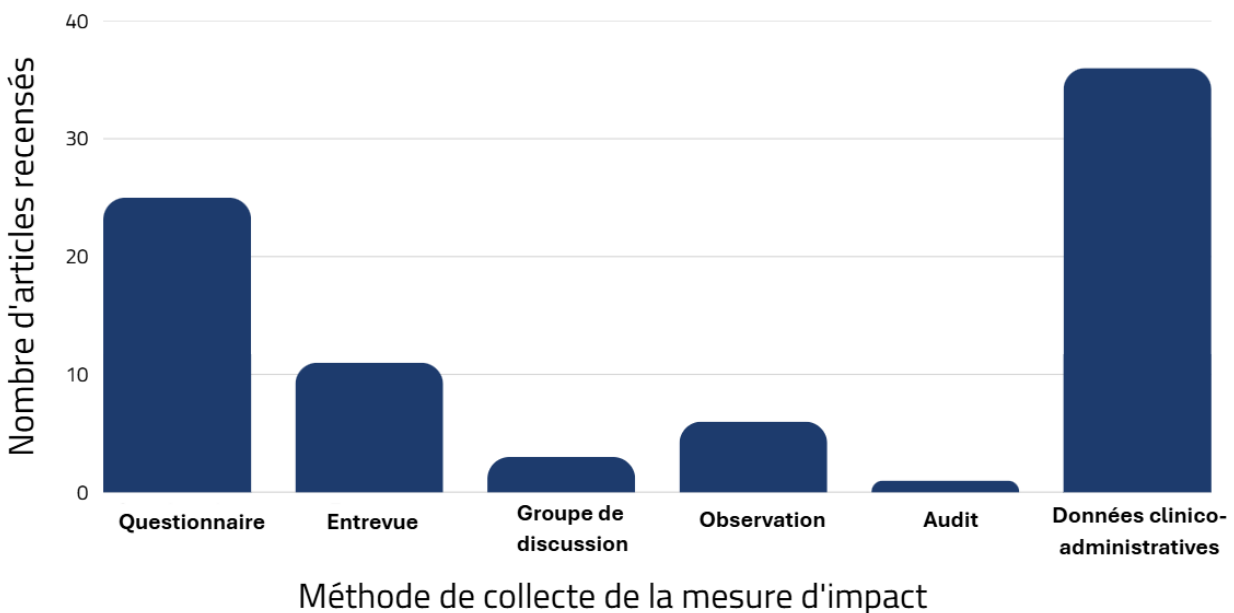
1-Certaines variables pouvaient correspondre à plus d'une catégorie. Elles ont été classées selon leur fonction principale dans l'étude, c'est-à-dire selon qu'elles servaient principalement à mesurer l'utilisation des services, l'organisation du travail, une décision clinique, un résultat de santé ou une dimension expérientielle.

Méthode de collectes des variables mesurées

Les modalités utilisées pour mesurer les changements associés à l'implantation des PROMs et PREMs reposent majoritairement sur les données médico-administratives^(10-13, 16, 18, 19, 21, 23-26, 28, 29, 32, 33, 35-39, 42, 43, 45, 46, 50-52, 54, 58-62, 66, 68), qui représentent près de la moitié des sources de mesure recensées (36/82; 43,9 %). Les questionnaires^(13, 15-17, 19, 20, 22-24, 27, 28, 30, 31, 34, 36, 37, 40-44, 52, 53, 60, 61) constituent la deuxième modalité la plus fréquente (25/82; 30,5 %), suivis des entrevues^(43, 48, 49, 57, 59, 61-64, 67, 69) (11/82; 13,4 %). Finalement, d'autres méthodes ont été utilisées telles que les observations^(11, 15, 44, 45, 47, 66), les groupes de discussion^(15, 41, 52) et les audits⁽⁶⁰⁾. Ces résultats suggèrent que l'évaluation des changements repose

principalement sur des données déjà disponibles dans les systèmes cliniques ou administratifs et, dans une moindre mesure, sur des mesures rapportées directement par les patientes et patients ou les membres des équipes professionnelles. Les approches qualitatives et observationnelles, qui pourraient permettre de mieux comprendre les mécanismes d'implantation, les ajustements aux flux de travail et les effets sur les pratiques et les organisations, demeurent relativement peu mobilisées.

Figure 2 Fréquence des méthodes utilisées pour mesurer les variables recensées dans la revue rapide



Outils utilisés pour évaluer les changements à la suite de l'implantation des PROMs et PREMs dans les études incluses

Douze études incluses ont eu recours à un outil, un questionnaire ou un cadre structuré pour mesurer les changements associés à l'implantation des PROMs et PREMs. Les outils recensés sont hétérogènes et couvrent différentes finalités d'évaluation. Certains cadres ont été utilisés pour comprendre les mécanismes d'implantation ou les conditions d'intégration, notamment les configurations Context–Mechanism–Outcome⁽⁴³⁾, iPARIHS⁽²¹⁾, le cadre NASSS⁽¹¹⁾ et RE-AIM⁽⁶⁴⁾. D'autres outils visent plutôt à mesurer des dimensions spécifiques, comme le retour social sur l'investissement à l'aide de l'analyse SROI^(42, 43) ou du Social Value Calculator⁽⁴²⁾, ou encore la qualité de l'information reçue. Dans l'ensemble, ces résultats montrent que les outils standardisés demeurent peu nombreux, ce qui limite la comparabilité entre les études et confirme que l'évaluation repose le plus souvent sur des variables ponctuelles plutôt que sur un cadre commun de mesure des impacts.

Tableau 3 Outils de mesures répertoriés

Outils ou cadre utilisés pour mesurer le changement	Nombre d'articles répertoriés utilisant l'outil
Context- Mechanism- Outcome (CMO)	1 ⁽⁴³⁾
Social Return On Investment (SROI) analysis	2 ^(42, 43)
iPARiHS	1 ⁽²¹⁾
Non-adoption, Abandonment, Scale-up, Spread, Susceptibility (NASSS) framework	1 ⁽¹¹⁾
Housing Associations' Charitable Trust (HACT) Social Value Calculator	1 ⁽⁴²⁾
Patient Satisfaction Questionnaire	1 ⁽⁴⁰⁾
Prognosis and Treatment Perception Questionnaire (modified for cardiology)	1 ⁽⁴⁰⁾
mHealth App Usability Questionnaire	1 ⁽¹⁹⁾
RE-AIM	1 ⁽⁶⁴⁾
Patient Activation Measure (PAM)	1 ⁽⁵²⁾
Total	12

Implication pour l'implantation et l'évaluation

Les résultats de cette revue rapide suggèrent qu'un déploiement à large échelle des PROMs et PREMs ne peut pas être envisagé uniquement comme l'ajout d'un outil de mesure dans les milieux de soins. Leur implantation s'inscrit plutôt dans un système complexe, où leur utilisation dépend des pratiques professionnelles, des flux de travail, des infrastructures numériques, de la capacité des équipes à interpréter les données et des mécanismes de rétroaction disponibles. Les travaux en science de l'implantation appliqués aux PROMs et PREMs soulignent d'ailleurs que leur intégration en routine nécessite des changements coordonnés dans les relations, les processus de travail, les technologies et les incitatifs organisationnels⁽⁷⁰⁻⁷²⁾. Ils insistent aussi sur l'importance de stratégies d'implantation explicites pour soutenir l'adoption par les membres des équipes professionnelles et l'utilisation des données dans la pratique clinique afin de générer du changement réel.

Dans ce contexte, l'évaluation des impacts ne peut pas être dissociée de l'accompagnement à l'implantation. Avant d'envisager un déploiement large, il apparaît nécessaire de préciser ce que l'on souhaite réellement mesurer, à quel niveau les données seront utilisées et comment elles permettront de soutenir la décision clinique, l'amélioration continue ou la gouvernance⁽⁷³⁾. Un déploiement trop descendant, sans soutien aux changements, sans adaptation aux réalités locales et sans stratégie claire de mesure, risque de produire une collecte de données peu utilisée ou difficilement interprétable⁽⁷³⁾. Les PROMs et PREMs devraient donc être implantés avec un accompagnement structuré, incluant la formation des équipes, l'intégration dans les flux de travail, la clarification des rôles, l'accès à des outils

de rétroaction et la définition préalable de variables à mesurer qui sont pertinentes pour les patientes et patients, les membres des équipes professionnelles et les organisations.

Conclusion

Cette revue rapide met en évidence un écart entre le potentiel attribué aux PROMs et PREMs et les dimensions actuellement évaluées dans la littérature. Bien que ces mesures soient souvent présentées comme des leviers de soins centrés sur la personne, d'amélioration continue et de transformation des pratiques, les études incluses documentent surtout leur contribution à des décisions cliniques ponctuelles, à des épisodes de soins circonscrits ou à des trajectoires spécialisées.

Les indicateurs utilisés sont principalement cliniques, administratifs ou opérationnels, et ils proviennent fréquemment de données disponibles dans les dossiers médicaux électroniques ou les bases de données clinico-administratives. Cette orientation permet de mesurer certains effets tangibles, comme l'utilisation des services, les traitements, les références, les hospitalisations ou les résultats cliniques. Toutefois, elle capte plus difficilement les dimensions plus systémiques de l'implantation, notamment l'expérience patient, la communication, la coordination des soins, la collaboration interprofessionnelle, la gouvernance, l'apprentissage organisationnel et la valeur économique.

Ces résultats suggèrent que les prochaines évaluations gagneraient à dépasser la seule mesure des effets cliniques ou opérationnels immédiats. Pour soutenir l'intégration des PROMs et PREMs en soins primaires, il apparaît nécessaire de développer des approches d'évaluation plus structurées, capables de documenter à la fois les usages au point de service et les usages agrégés des données, dans une perspective de santé globale, de continuité des soins et d'amélioration des services.

Remerciements

Nous souhaitons remercier Amélie Fournier pour le graphisme du document, ainsi que Stéphanie Boudreault pour la révision linguistique.

Références

1. College of Family Physicians of Canada. A new vision for Canada: family practice - the Patient's Medical Home Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2019 [Available from: <https://www.cfpc.ca/en/resources/patient-s-medical-home/a-new-vision-for-canada-family-practice-the-patient>].
2. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The quintuple aim for health care improvement: a new imperative to advance health equity. *Jama*. 2022;327(6):521-2.
3. Campbell R, Ju A, King MT, Rutherford C. Perceived benefits and limitations of using patient-reported outcome measures in clinical practice with individual patients: a systematic review of qualitative studies. *Qual Life Res*. 2022;31(6):1597-620.
4. Al Sayah F, Lahtinen M, Bonsel GJ, Ohinmaa A, Johnson JA. A multi-level approach for the use of routinely collected patient-reported outcome measures (PROMs) data in healthcare systems. *J Patient Rep Outcomes*. 2021;5(Suppl 2):98.
5. Fontaine G, Poitras ME, Sasseville M, Pomey MP, Ouellet J, Brahim LO, et al. Barriers and enablers to the implementation of patient-reported outcome and experience measures (PROMs/PREMs): protocol for an umbrella review. *Syst Rev*. 2024;13(1):96.
6. Santana MJ, Manalili K, Ahmed S, Fairie P, Kemp KA. The role of patient-reported outcomes in person-centred care in Canada.; 2023.
7. Gleeson H, Calderon A, Swami V, Deighton J, Wolpert M, Edbrooke-Childs J. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open*. 2016;6(8):e011907.
8. Migchels C, Zerrouk A, Crunelle CL, Matthys F, Gremeaux L, Fernandez K, et al. Patient Reported Outcome and Experience Measures (PROMs and PREMs) in substance use disorder treatment services: a scoping review. *Drug Alcohol Depend*. 2023;253:111017.
9. Tricco A, Langlois EV, Straus SE. Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2017. 119 p.
10. Amagai S, Harris A, Mohindra N, Kircher S, Linder JA, Aggarwal V, et al. Association between a co-designed dashboard and use of costly health services in patients with chronic kidney disease and advanced cancer: propensity score-adjusted difference-in-differences study. *J Med Internet Res*. 2025;27:e70430.
11. Chan A, Rigler K, Zabbey N, van Rossen L, Hussain M, Hubbard A. Improved clinical care and capacity through an integrated electronic patient-reported outcome measure and health record system in inflammatory arthritis. *Rheumatol Adv Pract*. 2025;9:1-9.
12. Girgis A, Durcinoska I, Arnold A, Descallar J, Kaadan N, Koh ES, et al. Web-based patient-reported outcome measures for personalized treatment and care (PROMPT-Care): multicenter pragmatic nonrandomized trial. *J Med Internet Res*. 2020;22(10):e19685.
13. Howell D, Li M, Sutradhar R, Gu S, Iqbal J, O'Brien MA, et al. Integration of patient-reported outcomes (PROs) for personalized symptom management in "real-world"

oncology practices: a population-based cohort comparison study of impact on healthcare utilization. *Support Care Cancer*. 2020;28(10):4933-42.

14. Huber HM, Wei IH, Abbass MA, Karagkounis G, Widmar M, Smith JJ, et al. Impact of patient-reported outcome monitoring via recovery tracker on post-discharge outcomes after colorectal surgery: a comparative analysis before and after implementation. *Cancers*. 2025;17(12).

15. Huelster HL, Zemp L, Turner K, Gonzalez BD, Jim H, Gore LR, et al. Mobile postoperative symptom intervention tool and biometric monitoring after radical cystectomy: pilot study evaluating feasibility, usability, and potential utility. *J Urol*. 2023;209(2):410-21.

16. Hussein AA, Lindsay B, Madden R, Martin D, Saliba WI, Tarakji KG, et al. New model of automated patient-reported outcomes applied in atrial fibrillation. *Circ Arrhythmia Electrophysiol*. 2019;12(3).

17. Kuhn BR, Chittoor G, Johns A, Berger A, Justice AE. Patient reported data integration for management of eosinophilic esophagitis. *Dis Esophagus*. 2022;35(10).

18. Kurosawa S, Koike K, Arai T, Yoshida S, Ito M, Kuriyama Y, et al. Feasibility and usefulness of symptom monitoring with electronic patient-reported outcomes: an experience at single-center outpatient oncology clinic. *Support Care Cancer*. 2024;33(1):3.

19. Meryk A, Kropshofer G, Hetzer B, Riedl D, Lehmann J, Rumpold G, et al. Implementation of daily patient-reported outcome measurements to support children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2021;68(11):e29279.

20. Opiari-Arrigan L, Dykes DMH, Saeed SA, Thakkar S, Burns L, Chini BA, et al. Technology-enabled health care collaboration in pediatric chronic illness: pre-post interventional study for feasibility, acceptability, and clinical Impact of an electronic health record-linked platform for patient-clinician partnership. *JMIR mHealth and uHealth*. 2020;8(11).

21. Roberts NA, Pelecanos A, Alexander K, Wyld D, Janda M. Implementation of patient-reported outcomes in a medical oncology setting (the iPROMOS Study): type II hybrid implementation study. *J Med Internet Res*. 2024;26:e55841.

22. Teela L, van Muilekom MM, Kooij LH, Gathier AW, van Goudoever JB, Grootenhuys MA, et al. Clinicians' perspective on the implemented KLIK PROM portal in clinical practice. *Qual Life Res*. 2021;30(11):3267-77.

23. Uleri A, Baboudjian M, Pasticier G, Basset V, Cordier G, Malavaud B, et al. Personalized digital, multilevel program for preparation and early recovery after urologic surgery: a prospective, multicenter, pre- and postintervention trial. *Eur Urol Focus*. 2025;11(4):603-8.

24. Yoshino Y, Kimura Y, Wakabayashi Y, Kitazawa T. Feasibility of an electronic patient-reported outcome system in people living with HIV: retrospective analysis of a mobile app-based pilot study. *JMIR Form Res*. 2025;9:e71493.

25. Blumenthal KJ, Chang Y, Ferris TG, Spirt JC, Vogeli C, Wagle N, et al. Using a self-reported global health measure to identify patients at high risk for future healthcare utilization. *J Gen Intern Med*. 2017;32(8):877-82.

26. Bubis LD, Coburn NG, Sutradhar R, Gupta V, Jeong Y, Davis LE, et al. Association between preoperative patient-reported symptoms and postoperative outcomes in rectal cancer patients: a retrospective cohort study. *J Surg Res.* 2021;259:86-96.
27. Helissey C, Parnot C, Riviere C, Duverger C, Schernberg A, Becherirat S, et al. Effectiveness of electronic patient reporting outcomes, by a digital telemonitoring platform, for prostate cancer care: the Protecty study. *Front Digit Health.* 2023;5:1104700.
28. Katzan IL, Thompson N, Schuster A, Wisco D, Lapin B. Patient-reported outcomes predict future emergency department visits and hospital admissions in patients with stroke. *J Am Heart Assoc.* 2021;10(6):e018794.
29. Kerrigan K, Patel SB, Haaland B, Ose D, Weinberg Chalmers A, Haydell T, et al. Prognostic significance of patient-reported outcomes in cancer. *JCO Oncol Pract.* 2020;16(4):e313-e23.
30. Lehmann J, de Ligt KM, Tipelius S, Giesinger JM, Sztankay M, Voigt S, et al. Adherence to patient-reported symptom monitoring and subsequent clinical interventions for patients with multiple myeloma in outpatient care: longitudinal observational study. *J Med Internet Res.* 2023;25:e46017.
31. Muller E, Mayer-Steinacker R, Gencer D, Kessler J, Alt-Epping B, Schonsteiner S, et al. Feasibility, use and benefits of patient-reported outcome measures in palliative care units: a multicentre observational study. *BMC Palliat Care.* 2023;22(1):6.
32. Orman ES, Ghabril MS, Desai AP, Nephew L, Patidar KR, Gao S, et al. Patient-reported outcome measures modestly enhance prediction of readmission in patients with cirrhosis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;20(6):e1426-e37.
33. Park J, Zhong X, Miley EN, Rutledge RS, Kakalecik J, Johnson MC, et al. Machine learning-based predictive models for 90-day readmission of total joint arthroplasty using comprehensive electronic health records and patient-reported outcome measures. *Arthroplast Today.* 2024;25:101308.
34. Riobueno-Naylor A, Romo S, Kazis L, Wang S, Lydon M, Nelson J, et al. Usefulness of a novel system for feedback of patient-reported outcome measures in children recovering from burns. *J Burn Care Res.* 2019;40(6):776-84.
35. Rossi LA, Melstrom LG, Fong Y, Sun V. Predicting post-discharge cancer surgery complications via telemonitoring of patient-reported outcomes and patient-generated health data. *J Surg Oncol.* 2021;123(5):1345-52.
36. Shadmi E, Gelkopf M, Garber-Epstein P, Baloush-Kleinman V, Doudai R, Roe D. Routine patient reported outcomes as predictors of psychiatric rehospitalization. *Schizophr Res.* 2018;192:119-23.
37. Siccoli A, de Wispelaere MP, Schroder ML, Staartjes VE. Machine learning-based preoperative predictive analytics for lumbar spinal stenosis. *Neurosurg Focus.* 2019;46(5):E5.
38. Sideris K, Zhang M, Wohlfahrt P, Siu AF, Shen J, Carter S, et al. Integration of patient reported quality-of-life data into risk assessment in heart failure. *J Card Fail.* 2025;31(5):761-70.

39. Yan JT, Boyne DJ, Lo E, Farah E, O'Sullivan DE, Chaung WY. Real-world impact of patient-reported outcome measurement on overall survival, healthcare use and treatment

discontinuation in cancer patients. *J Comp Eff Res*. 2023:e230061.

40. Yamashita S, Katsumata Y, Kohsaka S, Kitakata H, Shiraishi Y, Yamaoka K, et al. Electronic patient-reported outcome system implementation in outpatient cardiovascular care: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2025;8(1):e2454084.

41. Peruzzo E, Vainieri M, De Rosis S. Enhancing learning systems in using patient experience data: an exploratory mixed-method study in two italian regions. *Int J Health Plann Manage*. 2025;40(3):688-700.

42. Crane E, Noyes J, Bianchim MS, McLaughlin L, Cahill A, Roberts G, et al. A social return on investment analysis of patient-reported outcome measures in value-based healthcare. *J Patient Rep Outcomes*. 2025;9(1):22.

43. Bianchim MS, Crane E, McLaughlin L, Stringer C, Roberts G, Cahill A, et al. A realist evaluation of the implementation and use of patient-reported outcomes in four value-based healthcare programmes. *J Adv Nurs*. 2026;82(4):3678-701.

44. Atladottir HO, Phillipsen AT, Kroyer KA, Jensen AG, Schougaard LMV, Ahlburg P. Using a patient-reported outcome (PRO) questionnaire to assess postoperative care following pediatric outpatient surgery. *Paediatr Anaesth*. 2025;35(8):590-7.

45. Ayers DC. Implementation of patient-reported outcome measures in total knee arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg*. 2017;25 Suppl 1:S48-S50.

46. Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P, et al. Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2016;34(6):557-65.

47. Billings NE, van den Hurk CJG, V NMFT, van de Poll-Franse L, Onwuteaka-Philipsen BD, Hugtenburg JG, et al. Patient- vs physician-initiated response to symptom monitoring and health-related quality of life: the SYMPRO-lung cluster randomized trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(8):e2428975.

48. Chan EKH, Edwards TC, Haywood K, Mikles SP, Newton L. Implementing patient-reported outcome measures in clinical practice: a companion guide to the ISOQOL user's guide. *Qual Life Res*. 2019;28(3):621-7.

49. Driscoll B, Leonard LD, Kovar A, Billings J, Tevis SE, Kim SP, et al. Surgeon perceptions of the integration of patient-reported outcome measures into clinical practice. *J Surg Res*. 2022;280:486-94.

50. Dupuis LL, Vettese E, Grimes AC, Beauchemin MP, Klesges LM, Baggott C, et al. Symptom screening linked to care pathways for pediatric patients with cancer: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2024;332(23):1981-91.

51. El Miedany Y, El Gaafary M, Youssef S, Bahlas S, Almedany S, Ahmed I, et al. Toward electronic health recording: evaluation of electronic patient-reported outcome measures system for remote monitoring of early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2016;43(12):2106-12.

52. Howell D, Rosberger Z, Mayer C, Faria R, Hamel M, Snider A, et al. Personalized symptom management: a quality improvement collaborative for implementation of patient reported outcomes (PROs) in 'real-world' oncology multisite practices. *J Patient Rep Outcomes*. 2020;4(1):47.
53. Kjaer A, Rasmussen TA, Hjollund NH, Rodkjaer LO, Storgaard M. Patient-reported outcomes in daily clinical practise in HIV outpatient care. *Int J Infect Dis*. 2018;69:108-14.
54. Lizee T, Basch E, Tremolieres P, Voog E, Domont J, Peyraga G, et al. Cost-effectiveness of web-based patient-reported outcome surveillance in patients with lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2019;14(6):1012-20.
55. Locklear T, DeBar LL, Willig J, Rundell S, Blackhall L, Zatzick D, et al. Case studies from the clinic: initiating and implementing patient-reported outcome measures. *eGEMS*. 2017;5(1):1-13.
56. Marshall DA, Jin X, Pittman LB, Smith CJ. The use of patient-reported outcome measures in hip and knee arthroplasty in Alberta. *J Patient Rep Outcomes*. 2021;5(Suppl 2):87.
57. Mejdahl CT, Schougaard LMV, Hjollund NH, Riiskjaer E, Lomborg K. Exploring organisational mechanisms in PRO-based follow-up in routine outpatient care - an interpretive description of the clinician perspective. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):546.
58. Pappot H, Baeksted CW, Nissen A, Knoop A, Mitchell SA, Christensen J, et al. Clinical effects of assessing electronic patient-reported outcomes monitoring symptomatic toxicities during breast cancer therapy: a nationwide and population-based study. *Breast Cancer*. 2021;28(5):1096-9.
59. Richards HS, Blazeby JM, Portal A, Harding R, Reed T, Lander T, et al. A real-time electronic symptom monitoring system for patients after discharge following surgery: a pilot study in cancer-related surgery. *BMC Cancer*. 2020;20(1):543.
60. Riis CL, Jensen PT, Bechmann T, Möller S, Coulter A, Steffensen KD. Satisfaction with care and adherence to treatment when using patient reported outcomes to individualize follow-up care for women with early breast cancer – a pilot randomized controlled trial. *Acta Oncologica*. 2020;59(4):444-52.
61. Riis CL, Stie M, Bechmann T, Jensen PT, Coulter A, Möller S, et al. ePRO-based individual follow-up care for women treated for early breast cancer: impact on service use and workflows. *J Cancer Surviv*. 2021;15(4):485-96.
62. Rudin RS, Fanta CH, Qureshi N, Duffy E, Edelen MO, Dalal AK, et al. A clinically integrated mHealth App and practice model for collecting patient-reported outcomes between visits for asthma patients: implementation and feasibility. *Appl Clin Inform*. 2019;10(5):783-93.
63. Rutherford C, Campbell R, Tinsley M, Speerin R, Soars L, Butcher A, et al. Implementing patient-reported outcome measures into clinical practice across NSW: mixed methods evaluation of the first year. *Appl Res Qual Life*. 2020;16(3):1265-84.
64. Spaulding A, Nordan L, Blanchfield L, Asiedu GB, Saltivan J, Pecenka S, et al. Qualitative study of implementation of patient self-reported measures in a consultation-liaison psychiatry practice. *J Eval Clin Pract*. 2019;25(3):482-90.

65. Troeschel A, Smith T, Castro K, Treiman K, Lipscomb J, McCabe RM, et al. The development and acceptability of symptom management quality improvement reports based on patient-reported data: an overview of methods used in PROSSES. *Qual Life Res.* 2016;25(11):2833-43.
66. Zhang L, Zhang X, Shen L, Zhu D, Ma S, Cong L. Efficiency of electronic health record assessment of patient-reported outcomes after cancer immunotherapy. *JAMA Network Open.* 2022;5(3).
67. Zhang R, Burgess ER, Reddy MC, Rothrock NE, Bhatt S, Rasmussen LV, et al. Provider perspectives on the integration of patient-reported outcomes in an electronic health record. *JAMIA Open.* 2019;2(1):73-80.
68. Zhou MS, Jain T, Hardy N, Perez-Segura A, Hickman J, Leopold L, et al. The design, implementation, and impact of an automated patient-reported outcome data collection and adverse event surveillance tool: a randomized trial. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):1277.
69. Witkin LR, Kasubhai A, Jiang SY, Gotian R. Understanding providers' perspectives using patient-reported outcomes in a pain management setting: a pilot study. *Pain Manag.* 2024;14(4):163-72.
70. Fontaine G, Ramos J, Mooney M, Perron ME, Crump L, Lambert SD. Implementation strategies for embedding patient-reported outcome and experience measures (PROMs/PREMs) in routine care: secondary analysis of an umbrella review. *J Patient Rep Outcomes.* 2026;10(1):17.
71. Stover AM, Haverman L, van Oers HA, Greenhalgh J, Potter CM, Ahmed S, et al. Using an implementation science approach to implement and evaluate patient-reported outcome measures (PROM) initiatives in routine care settings. *Quality of Life Research.* 2021;30(11):3015-33.
72. Poitras M-E, T.Vaillancourt V, Roux-Levy P-H, Perron M-E, Lowry V, Okpalauwaekwe U, et al. Engaging Primary Care Teams with Patient-Reported Data: Design, Acceptability and Outcomes of a Structured Intervention. *J Patient-Rep Outcomes.* 2026:Accepted for publication.
73. Roux-Levy P-H, Poitras M-E. Les systèmes de collecte de données incluant des PROMs et des PREMs pour soutenir la prise de décision axée sur la valeur. Québec (QC): Commissaire à la santé et au bien-être; 2024.