

9. Évaluation de l'applicabilité des conclusions d'une étude méthodique

John N Lavis^{1}, Andrew D Oxman², Nathan M Souza³, Simon Lewin⁴, Russell L Gruen⁵ et Atle Fretheim⁶*

Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** Health Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S9** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S9.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s9.pdf>

1. Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
2. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3. Health Research Methodology PhD Program and Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, 1200 Main St. West, HSC-2D1 Area, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
4. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa
5. The Alfred Hospital, Monash University, Level 4, 89 Commercial Rd, Melbourne, VIC, Australia 3004
6. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway

* Personne-ressource principale (lavis@mcmaster.ca)

Il s'agit de la traduction d'un article publié dans le Health Research Policy and Systems, 2009; 7:Supplement 1 (www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1). La reproduction, la distribution et l'utilisation de cet article, par quelque moyen que ce soit, sont permises à condition d'en citer la source. Le site Web SUPPORT (www.support-collaboration.org) renferme les hyperliens vers les versions chinoise, française, portugaise et espagnole. Vous pouvez envoyer vos commentaires sur la façon d'améliorer les outils présentés dans cette série de documents, par courriel, à : STP@nokc.no.

Cette série d'articles a été préparée dans le cadre du projet SUPPORT, parrainé par le programme INCO du sixième programme cadre de la Commission européenne, numéro de contrat 031939. L'Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD), l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et le Milbank Memorial Fund ont financé une réunion visant l'examen par des pairs d'une version initiale de la série. John Lavis a touché un salaire de la Chaire de recherche du Canada sur le transfert et l'échange des connaissances. NORAD, la composante norvégienne du groupe Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC), le Centre norvégien de connaissances pour les services de santé de santé, l'AHPSR, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), l'Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) ont participé à la traduction et à la diffusion des articles. Aucun des bailleurs de fonds n'a influé sur la rédaction, la révision ou l'approbation du contenu de la série.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a traduit cet article en français avec l'appui du Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).



Résumé

Le présent article fait partie d'une série de documents à l'intention des personnes chargées de prendre des décisions relativement aux politiques et aux programmes de santé ainsi que de celles qui les assistent.

Les différences entre les systèmes de santé peuvent souvent donner lieu à une proposition de politique ou de programme dont la mise en œuvre convient dans un certain milieu mais qui n'est ni réalisable ni acceptable dans un autre. Ou encore, il peut en résulter une proposition dont l'efficacité ne sera pas la même dans un autre milieu ou qui entraînera même des impacts différents. Aussi est-il crucial que les responsables de politiques et les personnes qui les assistent s'efforcent de comprendre si les données probantes relatives à la proposition envisagée sont applicables à leur milieu. Les études méthodiques facilitent cette tâche en présentant le résumé des données probantes issues d'examen effectués dans différents milieux. Cependant, nombre d'études méthodiques ne fournissent pas de descriptions adéquates des caractéristiques des milieux réels dans lesquels les examens initiaux ont été menés. Le présent article propose des questions susceptibles d'orienter les personnes qui évaluent l'applicabilité des conclusions d'une étude méthodique à un milieu particulier :

1. Les données sont-elles issues d'une étude méthodique menée dans le même milieu ou les résultats étaient-ils les mêmes dans tous les milieux ou pour toutes les périodes visées?
2. Existe-t-il sur le plan des réalités et des contraintes locales d'importantes différences pouvant modifier grandement la possibilité de mise en œuvre et l'acceptabilité de la proposition envisagée?
3. Existe-t-il d'importantes différences dans l'organisation du système de santé pouvant modifier le mode de fonctionnement qu'une proposition donnée?
4. Existe-t-il d'importantes différences dans les situations de référence qui pourraient produire des effets tout à fait différents sans influencer sur l'efficacité relative?
5. Quels enseignements peut-on tirer des propositions, de leur mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation? Même s'il y a des raisons de croire que les répercussions d'une proposition peuvent changer dans un milieu particulier, il est presque toujours possible de se fonder sur une étude méthodique pour mieux comprendre les solutions possibles de même que les démarches relatives à la mise en œuvre des propositions envisagées, la surveillance et l'évaluation.

À PROPOS DES OUTILS DU PROJET SUPPORT

Le présent article fait partie d'une série de documents destinés aux personnes chargées de prendre des décisions relativement aux politiques et aux programmes de santé et à celles qui les assistent, dans le but de les aider à s'assurer que leurs décisions sont bien éclairées par les meilleures données de recherche disponibles. L'introduction décrit plus en profondeur les outils du projet SUPPORT et les manières dont ils peuvent être utilisés [1]. Le glossaire de la série est joint à chaque article (voir le fichier complémentaire 1). Les résumés des études méthodiques préparés dans le cadre du projet SUPPORT peuvent être consultés à www.support-collaboration.org (en anglais). Des résumés en français, espagnol, portugais et chinois seront affichés sur ce site au cours de 2010 (www.support-collaboration.org/supporttool.htm). Toute rétroaction visant l'amélioration des outils abordés dans la série est la bienvenue et doit être envoyée à STP@nokc.no.

SCÉNARIOS

Scénario 1 : Vous êtes un haut fonctionnaire qui doit soumettre au ministre un rapport sommaire sur les données probantes à l'appui d'une proposition arrêtée à titre provisoire en vue de résoudre un problème hautement prioritaire. Vous vous demandez si les conclusions d'une étude méthodique pertinente et de qualité supérieure utilisée pour la sélection des données pourront vraisemblablement s'appliquer au milieu particulier sur lequel porte votre rapport et vous voulez vous assurer que votre personnel a évalué cette question.

Scénario 2 : Vous travaillez au ministère de la Santé et vous préparez un rapport sommaire au sujet d'une proposition envisagée pour résoudre un problème hautement prioritaire. Tout ce qu'on vous a dit, c'est que le rapport doit résumer les résultats de l'étude méthodique la meilleure et la plus pertinente et évaluer l'applicabilité des conclusions dans le milieu sur lequel porte votre rapport.

Scénario 3 : Vous travaillez au sein d'une unité autonome qui aide le ministère de la Santé à mettre à profit les données probantes aux fins de l'élaboration de politiques. Vous rédigez à l'intention du Ministère un rapport de recherche exhaustif sur ce que l'on sait et sur ce que l'on ignore au sujet de certaines propositions pour résoudre un problème hautement prioritaire. On vous a dit que des responsables de politiques ont repéré une étude méthodique particulièrement convaincante, mais vous avez besoin d'orientation sur la façon d'évaluer l'applicabilité des conclusions de l'étude méthodique au milieu sur lequel porte votre rapport.

CONTEXTE

Aux responsables de politiques (scénario 1), le présent article propose diverses questions à soumettre à leur personnel lorsqu'il prépare un rapport sommaire sur une étude méthodique qui présidera au choix d'une proposition et exposera les motifs de ce choix. Aux personnes qui les assistent (scénarios 2 et 3), il suggère des questions qui orienteront l'évaluation de l'applicabilité des conclusions d'une étude méthodique dans un milieu particulier. Cet article constitue le troisième d'une série de quatre sur la recherche et l'évaluation d'études méthodiques visant à éclairer l'élaboration de politiques (voir aussi les articles 7, 8 et 10 [2-4]). La figure 1 présente les étapes nécessaires à la recherche et à l'évaluation d'études méthodiques visant à éclairer l'élaboration de politiques.

Les traits communs que permet de dégager la biologie humaine indiquent qu'une procédure clinique ou un médicament aura souvent des effets semblables chez différents patients. Cependant, comme ce n'est pas toujours le cas, des questions ont été élaborées pour aider des prestataires de services de santé à évaluer l'applicabilité de données probantes à leurs patients [5]. Dans de nombreux cas, on peut déduire des différences entre les systèmes de santé qu'une proposition de politique ou de programme utilisée dans un milieu donné sera sans doute impossible à mettre en œuvre ou inacceptable dans un autre. Ces variations peuvent également signifier que l'efficacité d'une proposition ne sera pas la même dans un autre milieu ou qu'elle aura des répercussions différentes [6,7]. Ainsi, l'imposition de frais modérateurs n'a pas entraîné d'incidences positives uniformes dans un grand nombre de pays d'Afrique subsaharienne comme cela a été le cas dans d'autres régions. Cet échec s'explique en partie par des facteurs contextuels, dont le fait que les gens n'ont pas l'habitude de payer pour obtenir des services de santé publique [8]. Aussi est-il crucial que les responsables de politiques et les personnes qui les assistent tentent de déterminer si les données probantes relatives à la proposition envisagée sont applicables à leur milieu.

Les études méthodiques facilitent cette tâche en présentant le résumé des données probantes issues d'examen effectués dans différents milieux. Aux fins du présent article, on entend par « milieu » les *instances* politiques ou nationales (p. ex., un pays comme le Canada ou le Cameroun, ou leurs provinces ou territoires). Toutefois, un milieu peut désigner également un *secteur* (un établissement hospitalier ou de première ligne, par exemple) ou une *zone* (urbaine ou rurale). Les études méthodiques peuvent aussi aider à poser un jugement éclairé sur l'applicabilité des données probantes à des milieux particuliers parce qu'elles fournissent un cadre et, le cas échéant, font état de données probantes pouvant servir à déterminer les facteurs essentiels à l'efficacité d'une proposition – ou qui pourraient modifier ses incidences. Par exemple, une étude méthodique des politiques pharmaceutiques (c.-à-d. l'établissement du prix de référence, d'autres prix et l'achat d'assurance pour la délivrance de médicaments) a résumé les facteurs susceptibles d'influer sur les répercussions de l'établissement du prix de référence et précisé la raison d'être de

chaque facteur [9]. Ces facteurs sont, notamment, l'équivalence des médicaments génériques, les mesures incitatives, les exemptions, la disponibilité des médicaments, les niveaux de prix et les systèmes d'information électroniques.

Malheureusement, de nombreuses études méthodiques *omettent* :

- De mettre en évidence les caractéristiques des milieux dans lesquels des études ont été menées, particulièrement celles qui pourraient modifier les impacts d'une proposition
- De fournir un cadre qui permette de déterminer les facteurs modificateurs possibles
- De faire état de données probantes sur les facteurs modificateurs
- Dans ces cas, des articles analysant les politiques ou des revues narratives peuvent fournir des cadres plus utiles pour éclairer les jugements sur l'applicabilité des données probantes d'une étude méthodique

Ainsi, un cadre visant à faire la lumière sur la corruption au sein du secteur de la santé et ses déterminants a démontré comment l'organisation du système de santé (p. ex., les mécanismes de gouvernance qui limitent les monopoles, exigent la transparence et appuient les processus de mise en œuvre) et d'autres facteurs ont favorisé les « occasions » de recours abusif, exercé des pressions en ce sens et influé sur la justification rationnelle de ce phénomène, et comment cette situation a pesé par ricochet sur l'exploitation abusive du pouvoir à des fins lucratives personnelles [10]. Idéalement toutefois, une étude méthodique sur l'incidence des efforts anti-corruption aurait décrit également l'organisation du système de santé propre aux milieux où les études ont été menées. Ces caractéristiques, qui interviennent dans les occasions de recours abusif, les pressions exercées et la justification rationnelle d'un tel comportement, présenteraient un intérêt particulier, car elles permettraient au lecteur d'établir le lien entre les déterminants décrits dans le cadre et les conclusions de l'étude méthodique.

Les réflexions sur l'applicabilité des conclusions sont tout aussi importantes, sinon plus, s'agissant d'autres types d'études méthodiques. Par exemple, des examens portant sur les études de bases de données administratives et d'enquêtes communautaires peuvent aider à placer les problèmes dans une perspective comparative, et les revues d'études observationnelles peuvent contribuer à cerner les désavantages probables d'une proposition. Des examens d'études qualitatives peuvent, quant à eux, aider à comprendre le sens que des personnes ou des groupes donnent à des problèmes particuliers, comment et pourquoi une proposition fonctionne ainsi que le point de vue des parties intéressées quant à leur expérience de propositions particulières. Néanmoins, la suite du présent article porte essentiellement sur des études méthodiques relatives aux impacts d'une proposition. Cela dit, cette approche peut aider dans une certaine mesure à évaluer l'applicabilité à l'échelle locale des conclusions des examens d'études observationnelles sur les désavantages d'une proposition (avec, à l'appui, des examens visant à déterminer comment et pourquoi une

proposition donnée fonctionne) et orienter les réflexions sur la manière d'envisager l'évaluation de l'applicabilité à l'échelle locale d'autres types d'études méthodiques.

QUESTIONS À ENVISAGER

Les cinq questions suivantes peuvent orienter l'évaluation de l'applicabilité des conclusions d'une étude méthodique à un milieu donné.

1. Les données sont-elles issues d'une étude méthodique menée dans le même milieu ou les résultats étaient-ils les mêmes dans tous les milieux ou pour toutes les périodes visées?
2. Existe-t-il sur le plan des réalités et des contraintes locales d'importantes différences pouvant modifier grandement la possibilité de mise en œuvre et l'acceptabilité d'une proposition envisagée?
3. Existe-t-il d'importantes différences dans l'organisation du système de santé pouvant modifier le mode de fonctionnement d'une proposition donnée?
4. Existe-t-il d'importantes différences dans les situations de référence qui pourraient produire des effets tout à fait différents sans influencer sur l'efficacité relative?
5. Quels enseignements peut-on tirer des propositions, de leur mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation?

1. Les données sont-elles issues d'une étude méthodique menée dans le même milieu ou les résultats étaient-ils les mêmes dans tous les milieux ou pour toutes les périodes visées?

Si les revues présentées dans une étude méthodique sont menées dans le *même* milieu que celui des responsables de politiques ou dans des milieux très *semblables*, il n'y a pas lieu de se préoccuper de l'applicabilité des conclusions. Dans le même ordre d'idées, s'il a été démontré que les résultats concordent dans les milieux ou pour les périodes visées, on peut s'attendre à des impacts semblables. Les réalités et les contraintes locales, l'organisation du système de santé et les situations de référence risquent de changer au fil du temps selon les milieux et les périodes; ainsi, il est permis de croire, selon toute vraisemblance, que des résultats constants dans ces circonstances pourront être généralisés. (Ces aspects font l'objet des trois prochaines questions énoncées dans la présente section.)

Les responsables de politiques peuvent se fonder sur l'information suivante issue d'études méthodiques pour éclairer leur jugement à ce sujet :

- L'information sur les milieux où sont menées les études et des données précises sur les périodes pendant lesquelles elles ont été réalisées. Ce type d'information se trouve habituellement dans une section de l'étude intitulée *caractéristiques des études retenues* (ou un titre du même genre)
- L'information sur la cohérence des résultats se trouve habituellement dans le résumé d'un examen ou dans la section intitulée *Résultat*

Quand l'information sur les milieux et les périodes est insuffisante dans une étude méthodique, les responsables de politiques et les personnes qui les assistent peuvent communiquer avec les auteurs de l'étude afin de vérifier s'ils possèdent cette information et s'ils ont déterminé les principaux facteurs d'applicabilité à l'échelle locale. Si cette démarche ne s'avère pas fructueuse, ils peuvent repérer les études originales pour obtenir cette information, dans la mesure où la priorité de la question le justifie et si les ressources et le temps dont ils disposent le permettent. La communication directe avec les auteurs comporte un avantage, car elle peut les inciter à prêter attention à l'information nécessaire à l'évaluation de l'applicabilité des conclusions à l'échelle locale et à la définition des facteurs déterminants dans les études subséquentes.

Une recherche comparant les taux de mortalité dans des hôpitaux sans but lucratif et dans des hôpitaux à but lucratif est un bon exemple de l'utilisation de ce genre de données [11]. Cette recherche menée aux États-Unis s'échelonne sur plusieurs décennies durant lesquelles le système de santé a subi de profonds changements. Elle révèle une association constante au fil du temps du bénéfice de survie significatif et des traitements dispensés dans les hôpitaux sans but lucratif. Selon ces résultats, un responsable de politiques canadien pourrait conclure à un résultat constant analogue au Canada. Pareille conclusion pourrait porter les responsables de politiques canadiens à éviter d'intégrer des établissements hospitaliers à but lucratif dans le système actuel qui regroupe uniquement des hôpitaux sans but lucratif (ou à tout le moins, à s'abstenir d'utiliser les prestations de soins de santé pour justifier une telle décision).

2. Existe-t-il sur le plan des réalités et des contraintes locales d'importantes différences pouvant modifier grandement la possibilité de mise en œuvre et l'acceptabilité d'une proposition envisagée?

Si les revues issues d'une étude méthodique ont été menées dans des milieux où les contraintes sur le plan des ressources et des capacités sont sensiblement similaires à celles qui prévalent dans le milieu où les conclusions sont applicables *et* où les perspectives et l'influence politique des intervenants du système de santé sont également très semblables, les responsables de politiques pourraient à juste titre s'attendre à ce qu'une proposition soit à la fois possible à mettre en œuvre et acceptable dans leur propre milieu. Cependant, il est rare que les responsables de politiques puissent trouver dans une étude méthodique de l'information sur des ressources et des capacités limitées ainsi que sur l'influence des parties intéressées. Ils trouveront plus aisément une description de la proposition envisagée. En règle générale, leur connaissance des ressources, des capacités et de l'influence des parties intéressées de leur propre milieu est suffisante pour leur permettre de juger de la possibilité de mise en œuvre et de l'acceptabilité de la proposition.

Les responsables de politiques d'un milieu où les contraintes considérables sur le plan des ressources et des capacités sont considérables devront bien réfléchir à la possibilité de mise en œuvre d'une proposition [12]. Par exemple, certains milieux peuvent faire face à une pénurie d'infirmières praticiennes, si bien que toute proposition faisant une place importante à cette catégorie de services de santé pourrait être impossible à mettre en œuvre à court terme [13]. De même, certains milieux ont des ressources financières tellement limitées qu'une proposition, dont les impacts sont pourtant considérables, comme la thérapie combinée à base d'artémisinine (TCBA) pour traiter le paludisme, ne sera pas considérée réalisable à grande échelle sans un soutien substantiel d'un donateur [14]. Certains systèmes de santé peuvent avoir un budget trop serré pour répondre à une augmentation de la demande vraisemblablement associée à l'instauration de transferts conditionnels en espèces (c.-à-d. le versement de fonds à des ménages à condition qu'ils adoptent certains comportements favorisant la santé et le recours aux services de santé [14,15]). Ou encore, dans certains milieux, les gouvernements, les gestionnaires, les prestataires de services de santé et les consommateurs (c.-à-d. les bénéficiaires de services de santé et les citoyens) n'ont pas les capacités voulues pour appuyer l'utilisation générale d'une proposition donnée. Ainsi, il peut être difficile d'effectuer une vérification et d'obtenir une rétroaction (données sur le nombre et le rendement des prestataires de services de santé, par exemple) dans les milieux où les données courantes ne sont pas fiables.

Dans un milieu où les parties intéressées s'opposent à une proposition et exercent une influence considérable sur les pratiques et les politiques, les responsables de politiques devront sans doute agir avec circonspection au moment d'évaluer l'acceptabilité probable d'une proposition. Par exemple, des associations de prestataires de services de santé, comme les regroupements d'infirmières et d'infirmiers, peuvent s'opposer à l'instauration ou à l'élaboration d'un programme à l'intention des travailleurs de la santé non professionnels s'il leur semble que le revenu ou le statut du personnel infirmier risque d'être modifié [14,16]. Des organismes de la société civile peuvent, eux aussi, faire obstacle à des changements qui réduiraient l'utilisation de médicaments d'ordonnance parmi les consommateurs, notamment les médicaments de survie, et de médicaments essentiels au traitement des maladies chroniques [14,17]. De tels changements pourraient comprendre l'imposition de plafonds (selon lesquels les consommateurs reçoivent le remboursement d'un nombre maximum de médicaments d'ordonnance), de coassurances (les consommateurs paient un pourcentage du prix du médicament d'ordonnance) et de quotes-parts (les consommateurs paient un montant forfaitaire pour chaque médicament d'ordonnance).

De toute évidence, on se penchera sur de nombreuses réalités et contraintes locales au fil du temps. Par exemple, des programmes de formation destinés aux infirmières praticiennes peuvent être étendus à d'autres professionnels de la santé et des donateurs peuvent subventionner un médicament dispendieux comme la TCBA. Il est possible également que les gouvernements améliorent la qualité des données courantes et que

les associations de prestataires de services de santé et des organismes de la société civile prennent part à des négociations ou à des dialogues.

3. Existe-t-il d'importantes différences dans l'organisation du système de santé pouvant modifier le mode de fonctionnement d'une proposition donnée?

Si les revues issues d'une étude méthodique étaient menées dans des milieux où l'organisation du système de santé est sensiblement *similaire* à celle du milieu où les conclusions sont applicables, notamment une organisation pouvant modifier grandement les répercussions éventuelles d'une proposition, les responsables de politiques pourraient s'attendre à juste titre à une efficacité relative semblable dans leur milieu. Pour décider si l'organisation du système de santé peut influencer sur les impacts d'une proposition, il faut comprendre comment *et* pourquoi une proposition fonctionne. Dans une étude méthodique, les responsables de politiques peuvent trouver à la fois un cadre et des données de recherche qui leur permettront de déterminer les facteurs essentiels à l'efficacité d'une proposition – ou qui pourraient modifier ses incidences. Ils peuvent aussi y trouver un résumé des caractéristiques des milieux dans lesquels des études ont été menées et qui sont susceptibles de modifier les impacts d'une proposition.

Si une étude méthodique ne contient pas l'information nécessaire pour déterminer si une organisation du système de santé peut donner lieu à une proposition dont le mode de fonctionnement sera différent, les responsables de politiques pourraient orienter leur recherche vers :

- Des articles analysant les politiques ou des revues narratives comprenant des cadres utiles pour définir des facteurs susceptibles de modifier les impacts d'une proposition
- Des descriptions détaillées de l'organisation du système de santé, notamment d'une organisation pouvant modifier grandement les répercussions éventuelles d'une proposition, dans les milieux où les études ont été menées

L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé publie et met périodiquement à jour des profils des systèmes de santé d'un grand nombre de pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé. Ces profils se trouvent sur le [site de l'Observatoire](#) et peuvent être téléchargés gratuitement. Il existe aussi une base de données consultable ([Health Policy Monitor](#)) sur l'évolution des systèmes de santé de certains de ces mêmes pays. De nombreux bureaux régionaux de l'Organisation mondiale de la santé fournissent également des profils des systèmes de santé de pays situés dans leur région (voir, p. ex., www.who.int/countries/can/fr/index.html).

Les responsables de politiques d'un milieu où l'organisation du système de santé est très différente, surtout une organisation considérée comme importante pour déterminer si une proposition aura le même mode de fonctionnement, ne devraient

conclure qu'après mûre réflexion à une efficacité relative comparable. Par exemple, dans un examen de l'établissement du prix de référence d'un médicament [9], six études sur dix ont porté sur des personnes âgées et pensionnées de la Colombie-Britannique, au Canada. Les responsables de politiques d'autres milieux pourraient bien conclure qu'ils ne réussiront *pas* à obtenir des résultats comparables aux répercussions dont fait état l'étude canadienne citée si l'organisation de leur système de santé doit faire face à une des contraintes suivantes :

- Des mesures incitatives inadéquates offertes aux consommateurs, aux prestataires de services de santé, aux pharmaciens et aux sociétés pharmaceutiques pour qu'ils respectent le système d'établissement du prix de référence du médicament
- Un système de traitement électronique dont les capacités sont insuffisantes pour garder au plus bas les frais d'administration associés à la définition, à la prescription et à l'exécution des ordonnances de médicaments de référence ainsi qu'au traitement des exemptions

De façon similaire, il peut découler d'autres politiques d'établissement de prix examinées dans des marchés pharmaceutiques concurrentiels une efficacité relative différente dans les marchés monopolistiques.

Contrairement à la possibilité de procéder à des changements liés aux réalités locales comme nous l'avons exposé à la question 2 ci-dessus, il est moins probable que l'organisation du système de santé soit modifiée. La modification de ce type d'organisation est difficile à instaurer et, en règle générale, la justification à l'appui d'un changement doit être plus convaincante que la seule *possibilité* d'améliorer l'impact d'une proposition donnée.

4. Existe-t-il d'importantes différences dans les situations de référence qui pourraient produire des effets tout à fait différents sans influencer sur l'efficacité relative?

Si les études issues d'une étude méthodique ont été menées dans des milieux où les situations de référence sont *sensiblement similaires* à celles qui prévalent dans le milieu où les conclusions sont applicables (la population ciblée par un programme ou une politique, par exemple), les responsables de politiques pourraient à juste titre s'attendre à des effets absolus semblables dans leur milieu (dans la mesure où, selon leur réponse à la question 3, ils ont conclu à l'éventualité d'une efficacité relative similaire). Les responsables de politiques trouveront fréquemment de l'information sur les situations de référence dans une section de l'étude méthodique intitulée *Caractéristiques des études retenues*. Sinon, ils devront peut-être repérer les études originales sur lesquelles se fonde la revue dans l'espoir d'y trouver une meilleure description des situations de référence. En outre, ils pourront habituellement obtenir dans leur milieu des données probantes locales sur les situations de référence (le repérage et l'utilisation des données probantes sur les situations locales sont l'objet de l'article 11 de la présente série [18]).

Les responsables de politiques qui évoluent dans un milieu où les situations de référence sont *différentes* peuvent s'attendre à des impacts absolus différents. Ainsi, l'impact absolu lié à la vérification et à la rétroaction sera probablement plus appréciable que dans les cas où la conformité fondamentale à la pratique recommandée est faible [19]. Dans le même ordre d'idées, un programme de rémunération au rendement peut avoir une incidence plus considérable dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) – où des incitatifs financiers peu importants peuvent être supérieurs aux salaires – que dans les pays à revenu élevé [20].

Cette question, qui souligne la relation entre les situations de référence et les effets absolus est également fort pertinente dans des milieux cliniques où l'efficacité relative d'une intervention est souvent la même chez tous les patients, mais dans lesquels les risques de base peuvent varier considérablement [21,22]. La question est aussi opportune dans les établissements de santé publique qui, par exemple, lanceraient des programmes d'immunisation dans des pays où les situations de référence sont très différentes. L'article 16 de la présente série porte sur le recours aux bilans pour résumer les répercussions les plus importantes et traite en détail de l'efficacité relative et des impacts absolus [23].

5. Quels enseignements peut-on tirer des propositions, de leur mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation?

Même si les conclusions d'études méthodiques ne sont pas directement applicables à un milieu donné, ils sont porteurs d'importants enseignements. Les responsables de politiques peuvent y trouver des idées de proposition auxquelles ils n'auraient peut-être pas pensé autrement. Ils peuvent également comprendre comment certaines propositions ont été mises en œuvre dans d'autres milieux. Et ils ont aussi la possibilité de s'inspirer directement de l'étude méthodique pour élaborer un plan de surveillance et d'évaluation. Les responsables de politiques peuvent ainsi se pencher, par exemple, sur une nouvelle approche à l'appui de la prestation de services de santé en équipe, sur l'importance de la participation des gestionnaires intermédiaires et du personnel infirmier de première ligne à la mise en œuvre d'une proposition de même que sur le type de réalisations et de résultats qu'ils doivent suivre de près lors de la surveillance et de l'évaluation de la mise en œuvre d'une proposition donnée.

Les tableaux 1 et 2 présentent des exemples d'une évaluation de l'applicabilité d'une étude méthodique.

CONCLUSIONS

Il faut souvent beaucoup de temps pour mener à bien une évaluation concluante de l'applicabilité des conclusions d'une étude méthodique. Ces évaluations sont cependant cruciales lorsqu'une solution est proposée en fonction des conclusions d'une étude

méthodique pertinente et de qualité supérieure. Les responsables de politiques et les autres parties intéressées doivent savoir s'ils peuvent s'attendre à des résultats similaires dans leur milieu. Contrairement à l'évaluation de la qualité d'une étude méthodique, qui peut souvent être déléguée à des chercheurs, l'évaluation de l'applicabilité des résultats à l'échelle locale doit être menée par des personnes qui comprennent parfaitement les réalités et les contraintes locales, l'organisation du système de santé ainsi que les situations de référence dans le milieu en cause. L'évaluation de l'applicabilité des conclusions des études méthodiques à l'échelle locale est un domaine auquel les responsables de politiques et les personnes qui les assistent doivent collaborer activement.

RESSOURCES

Documents utiles et lecture complémentaire

Dans AL, Dans LF, Guyatt GH. 2008. «Applying results to individual patients » dans Guyatt GH, Rennie D, Meade MO et Cook DJ (dir.). Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. New York, McGraw Hill

Haynes RB. 1999. « Can it work? Does it work? Is it worth it?: The testing of healthcare interventions is evolving ». BMJ; 319: 652-653

Sites Web

Projet SUPPORT : www.support-collaboration.org – Résumés d'études méthodiques adaptés aux besoins des responsables de politiques et portant sur l'évaluation de l'applicabilité des conclusions de chaque étude méthodique(en l'occurrence, dans les PRFI tenir compte lorsqu' de l'évaluation de l'applicabilité des conclusions dans leur milieu

Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé : (www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage?language=French-Profiles) des systèmes de santé d'un grand nombre de pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé

Health Policy Monitor : www.hpm.org/en/Search_for_Reforms/Search.html – Base de données consultable sur l'évolution des systèmes de santé dans un certain nombre de pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

CONTRIBUTION DE CHAQUE AUTEUR

JNL a rédigé l'ébauche initiale du présent article; ADO, NMS, SL, RLG et AF ont contribué à ce travail en plus de réviser le document.

REMERCIEMENTS

L'introduction de la présente série comprend nos remerciements aux bailleurs de fonds et aux personnes qui y ont contribué. Nous tenons toutefois à exprimer notre reconnaissance particulière à Sara Bennett, à Mike Kelly et au personnel de la Section de la planification du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour leurs commentaires avisés sur une version antérieure du présent article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:I1)**.
2. Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, Johansen M, Boyko JA, Lewin S, et al: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S7)**.
3. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S8)**.
4. Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S10)**.
5. Dans AL, Dans LF, Guyatt GH: **Applying results to individual patients.** In *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Edited by Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008.
6. Gruen RL, Morris PS, McDonald EL, Bailie RS: **Making systematic reviews more useful for policy-makers.** *Bulletin of the World Health Organization* 2005, **83:480-1**.
7. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364:1615-21**.

8. Gilson L: **The lessons of user fee experience in Africa.** *Health Policy Plan* 1997, **12**:273-85.
9. Aaserud M, Dahlgren AT, Kusters JP, Oxman AD, Ramsay C, Sturm H: **Pharmaceutical policies: Effects of reference pricing, other pricing, and purchasing policies.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, **2**:CD005979.
10. Vian T: **Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions.** *Health Policy and Planning* 2008, **23**:83-94.
11. Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T, et al: **A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals.** *CMAJ* 2002, **166**:1399-406.
12. Gericke CA, Kurowski C, Ranson MK, Mills A: **Intervention complexity: A conceptual framework to inform priority-setting in health.** *Bulletin of the World Health Organization* 2005, **83**:285-93.
13. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C: **Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors.** *BMJ* 2002, **324**:819-23.
14. World Health Organization (WHO): *Guidelines for the Treatment of Malaria.* Geneva, World Health Organization. 2009.
15. Lagarde M, Haines A, Palmer N: **Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review.** *JAMA* 2007, **298**:1900-10.
16. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B, et al: **Lay health workers in primary and community health care.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1**:CD004015.
17. Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Vist G, Ramsay C, Oxman AD, Sturm H, et al: **Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational drug use.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **1**:CD007017.
18. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7** (Suppl 1:S11).
19. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD: **Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **2**:CD000259.
20. Oxman AD, Fretheim A: *An overview of research on the effects of results-based financing.* Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.
21. Deeks JJ: **Issues in the selection of a summary statistic for meta-analysis of clinical trials with binary outcomes.** *Statistics in Medicine* 2002, **21**:1575-1600.
22. Engels EA, Schmid CH, Terrin N, Olkin I, Lau J: **Heterogeneity and statistical significance in meta-analysis: An empirical study of 125 meta-analyses.** *Statistics in Medicine* 2000, **19**:1707-28.

23. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 16. Using research evidence in balancing the pros and cons of policies.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S16)**.
24. Shepperd S, Iliffe S: **Hospital at home versus in-patient hospital care.** *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, **3:CD000356**.
25. Shepperd S, Doll H, Angus RM, Clarke MJ, Iliffe S, Kalra L, et al: **Admission avoidance hospital at home.** *Cochrane Database Syst Rev* 2008, **4:CD007491**.
26. Flottorp S: *Do lay health workers in primary and community health care improve maternal and child health? A SUPPORT Summary of a systematic review.* [www.iecs.org.ar/support/administracion/files/20080909113811_13.pdf]. 2009.
27. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Bosch-Capblanch X, Aja G, van Wyk B, Glenton C, et al: *Lay health workers in primary and community health care: A systematic review of trials.* A policy brief prepared for the International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth). Geneva, World Health Organization. 2006.

Figure 1. Repérage et évaluation d'études méthodiques en vue d'éclairer l'élaboration de politiques

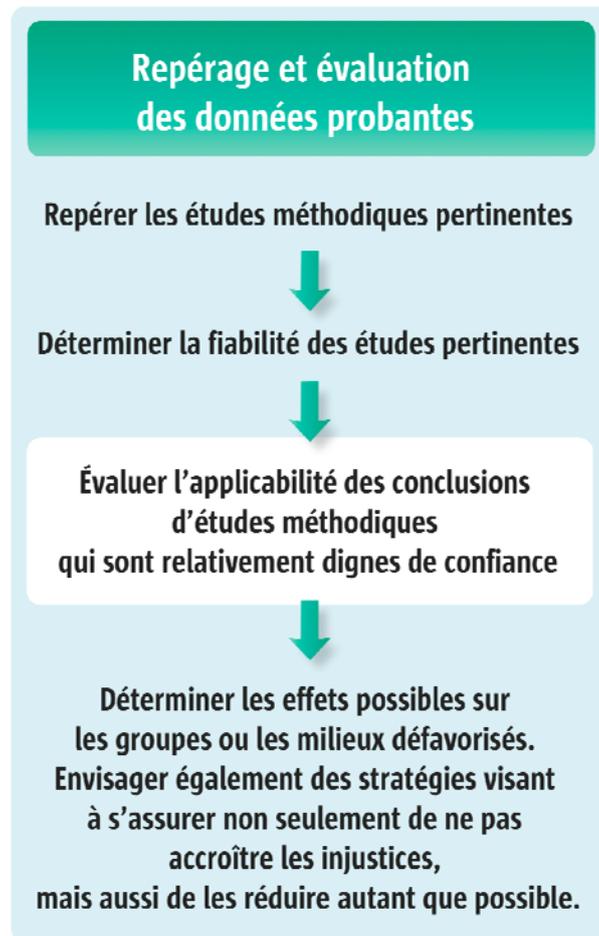


Tableau 1. Évaluation de l'applicabilité à l'échelle locale des résultats d'une étude méthodique sur les soins à domicile (du point de vue d'un responsable de politiques canadien)

Les responsables de politiques évaluant l'applicabilité d'une revue des soins à domicile, menée en 2005, pourraient tenir compte comme suit des questions énoncées précédemment [24]:

1. Les données sont-elles issues d'une étude méthodique menée dans le même milieu ou les résultats étaient-ils les mêmes dans tous les milieux ou pour toutes les périodes visées?
 - La revue comprenait 22 études méthodiques :
 - Neuf du Royaume-Uni (R.-U.)
 - Trois d'Australie
 - Une d'Italie, de la Norvège et des États-Unis, respectivement
 - Sept, dont la description ne précisait pas le pays dans lequel l'étude a été menée
 - Les résultats n'étaient pas uniformes d'un milieu à l'autre
 - Deux études ont été publiées en 1978 alors que les autres ont été publiées à partir de 1992. Nombre d'entre elles n'indiquaient pas la période visée, il est donc difficile de confirmer la thèse de la constance des résultats au fil du temps

2. Existe-t-il sur le plan des réalités et des contraintes locales d'importantes différences pouvant modifier grandement la possibilité de mise en œuvre et l'acceptabilité de la proposition envisagée?
 - Au Canada, le personnel infirmier fait l'objet d'une forte demande (particulièrement dans les hôpitaux) l'étendue de la pratique associée aux soins à domicile, si bien de nombreux infirmiers et infirmières n'orienteront pas leur carrière vers les soins à domicile
 - Au Canada, contrairement au R.-U. où neuf études repérables sur 13 ont été menées, tous les citoyens ne bénéficient pas d'une protection supplémentaire leur permettant d'obtenir des soins à domicile plus intensifs. C'est donc dire qu'un plus grand nombre de personnes relativement mieux nanties peuvent avoir accès à des soins à domicile que les gens ayant des moyens modestes
 - Au Canada, contrairement au R.-U., les bénéficiaires de soins à domicile et leur famille peuvent avoir à parcourir de très longues distances pour obtenir des soins actifs. Certains d'entre eux, par conséquent, peuvent vouloir prolonger leur séjour à l'hôpital; dans d'autres cas, la difficulté d'un transfert d'un hôpital à un autre peut contribuer aux souffrances du patient
 - Au Canada, le personnel infirmier s'expose à une réduction salariale s'il passe de l'hôpital au milieu communautaire. Les infirmiers et infirmières peuvent donc être nombreux à s'opposer farouchement à l'éventualité de remplacer les services en milieu hospitalier par les soins à domicile

- Au Canada, il existe une démarcation beaucoup plus nette entre les services de santé et les services sociaux (à tout le moins, à l'extérieur du Québec) que ce n'est le cas au R.-U., de sorte que les prestataires de soins peuvent devoir s'acquitter d'une charge accrue que n'assumeront pas les services sociaux
3. Existe-t-il d'importantes différences dans l'organisation du système de santé pouvant modifier le mode de fonctionnement qu'une proposition donnée?
- Au Canada, comme nous l'avons indiqué précédemment, les bénéficiaires de soins à domicile et leur famille ne peuvent pas compter sur la même étendue de services que ceux qui sont offerts au R.-U. (à tout le moins, à l'extérieur du Québec)
 - Au Canada, contrairement au R.-U., le gouvernement s'engage à assurer la couverture, à partir du premier dollar, des soins hospitaliers et des soins médicaux, mais non des soins à domicile, si bien que les Canadiens et leur famille peuvent avoir à faire face à des obstacles financiers considérables pour avoir accès aux soins à domicile
 - Au Canada, contrairement au R.-U., la majorité des citoyens ne sont pas « attachés » à un établissement de santé multidisciplinaire de première ligne et certains bénéficiaires de soins à domicile n'ont même pas un fournisseur régulier de services de santé de première ligne
4. Existe-t-il d'importantes différences dans les situations de référence qui pourraient produire des effets tout à fait différents sans influencer sur l'efficacité relative?
- Au Canada, les services à domicile sont déjà bien établis pour la plupart des types de soins, de sorte que les prestations peuvent être minimales en termes absolus, à tout le moins pour les personnes qui n'ont pas de difficultés financières
 - Quels enseignements peut-on tirer des propositions, de leur mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation?
 - Au Canada, les mécanismes d'évitement d'hospitalisations constituent sans doute une proposition relativement peu connue comparativement aux modes de fonctionnement établis tels que le congé précoce des patients âgés ou des patients ayant subi une chirurgie ou les soins aux patients en phase terminale

La revue dont ces données sont issues a été mise à jour et divisée en deux études distinctes, dont l'une, qui porte précisément sur les mécanismes d'évitement d'hospitalisations, serait particulièrement pertinente au Canada [25].

Tableau 2. Une évaluation de l'applicabilité à l'échelle locale d'une étude méthodique sur les interventions des travailleurs de la santé non professionnels (du point de vue d'un responsable de politiques sud-africain)

Les responsables de politiques évaluant l'applicabilité d'une revue réalisée en 2006 sur les interventions des travailleurs de la santé non professionnels en matière de santé maternelle et infantile dans les établissements de première ligne et les centres de santé communautaires pourraient tenir compte des questions suivantes [26,27]:

1. Les données sont-elles issues d'une étude méthodique menée dans le même milieu ou les résultats étaient-ils les mêmes dans tous les milieux ou pour toutes les périodes visées?
 - La revue comprenant 48 études méthodiques :
 - 25 des États-Unis (É.-U.)
 - Trois du Royaume-Uni (R.-U.)
 - Deux du Brésil, de l'Afrique du Sud et de la Tanzanie, respectivement
 - Une de chacun des pays suivants : Bangladesh, Canada, Éthiopie, Ghana, Inde, Irlande, Mexique, Népal, Nouvelle-Zélande, Pakistan, Philippines, Thaïlande, Turquie et Vietnam
 - Les résultats n'étaient pas toujours uniformes d'un milieu à l'autre
 - La plupart des études ont été publiées à partir de 1995, bien que l'une d'elles ait été publiée en 1980. La revue n'indique pas clairement si les résultats étaient constants au fil du temps

2. Existe-t-il sur le plan des réalités et des contraintes locales d'importantes différences pouvant modifier grandement la possibilité de mise en œuvre et l'acceptabilité de la proposition envisagée?
 - En Afrique du Sud, on s'interroge sur les capacités du système de santé et des organisations non gouvernementales (ONG) de fournir un soutien clinique et de gestion pour la généralisation des programmes destinés aux travailleurs de la santé non professionnels, surtout dans les secteurs qui manquent actuellement de ressources qui, pourrait-on soutenir, en ont le plus besoin. Ces capacités peuvent différer de celles que possèdent les pays à revenu élevé (É.-U., R.-U.) où de nombreuses études ont été menées
 - En Afrique du Sud, le personnel infirmier et les associations professionnelles d'infirmières et d'infirmiers s'opposent, pour une bonne part, à l'extension du champ d'activité des travailleurs de la santé non professionnels. Cette opposition peut avoir pour effet de restreindre l'étendue des tâches qui seront confiées à ces derniers. Selon les observations dégagées de programmes en vigueur, les consommateurs acceptent assez bien le concours des travailleurs de la santé non professionnels, quoique cette acceptation ne soit pas uniforme dans

tous les milieux des pays à l'étude et ni pour toutes les tâches (p. ex., la promotion de la vaccination ou de l'allaitement maternel)

- En Afrique du Sud, la plupart des travailleurs de la santé non professionnels offrent présentement des soins à domicile aux personnes atteintes du VIH/sida ainsi qu'un soutien durant les traitements de ce groupe et des personnes atteintes de tuberculose. La revue n'indique pas clairement s'il est possible d'inclure dans les tâches des travailleurs de la santé non professionnels les domaines où leur intervention serait efficace (promotion de la vaccination et de l'allaitement maternel, traitement des maladies infectieuses de l'enfant). De plus, ces domaines d'intervention avaient trait à des questions de santé très précises, comme la promotion de l'allaitement maternel ou le taux de vaccination. Les données probantes sont rares s'agissant de l'efficacité des travailleurs de la santé non professionnels plus « généralistes » chargés de la prestations de diverses interventions de première ligne
- En Afrique du Sud, les normes et les traditions relatives à l'allaitement maternel, de même que les différences quant à la durée minimale de l'allaitement maternel et le taux élevé de VIH/sida parmi les mères, peuvent modifier l'applicabilité des résultats de l'étude sur les travailleurs de la santé non professionnels pour ce qui est de la promotion de l'allaitement maternel

3. Existe-t-il d'importantes différences dans l'organisation du système de santé pouvant modifier le mode de fonctionnement qu'une proposition donnée?

- En Afrique du Sud, les travailleurs de la santé non professionnels ne sont pas autorisés à administrer des antibiotiques pour traiter les infections respiratoires aiguës chez l'enfant ou des médicaments antipaludiques. Par conséquent, il ne sera sans doute pas facile d'étendre leur champ d'activité à court terme ou à moyen terme, même si, selon une étude méthodique, leur efficacité en serait accrue
- En Afrique du Sud, la plupart des travailleurs de la santé non professionnels sont employés par des ONG et leur salaire est financé par l'État. La sécurité de ce mode de financement n'a pas été clairement établie

4. Existe-t-il d'importantes différences dans les situations de référence qui pourraient produire des effets tout à fait différents sans influencer sur l'efficacité relative?

- Le taux de vaccination de base est vraisemblablement moins élevé en Afrique du Sud que dans certains des milieux où des études ont été menées sur l'intervention des travailleurs de la santé non professionnels en matière de vaccination (Irlande, É.-U.). On peut donc s'attendre à des effets absolus plus importants dans ce pays

5. Quels enseignements peut-on tirer des propositions, de leur mise en œuvre, de la surveillance et de l'évaluation?

- La plupart des interventions des travailleurs de la santé non professionnels dont l'efficacité a été démontrée portaient essentiellement sur des tâches distinctes.

Reste à évaluer l'efficacité des travailleurs de la santé non professionnels
« généralistes » chargés de la prestation de diverses interventions de première
ligne