

1. Qu'est-ce que l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes?

Andrew D Oxman^{1}, John N Lavis², Simon Lewin³ et Atle Fretheim⁴*

Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking?** Health Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S1**
doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S1.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s1.pdf>

1. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
2. 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
3. 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
4. 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 (oxman@online.no)

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 ces articles, 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.

Dans cet article, nous répondons aux trois questions suivantes : Qu'entend-on par données probantes? Quel est le rôle des données de recherche dans la prise de décisions sur les politiques de santé? Qu'est-ce que l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes?

L'élaboration des politiques de santé éclairées par les données probantes est une approche décisionnelle visant à ce que toute décision prise soit fondée sur les meilleures données de recherche disponibles et caractérisée par l'accès systématique et transparent aux faits pris en considération et par leur analyse méthodique et claire. Bien qu'on ne pose pas en principe que l'ensemble du processus d'élaboration de politiques soit systématique et transparent, le recours à des processus méthodiques permet de repérer, d'évaluer et d'utiliser correctement les travaux de recherche pertinents. Il s'agit de processus transparents grâce auxquels d'autres peuvent examiner les données de recherche qui éclairent les décisions en matière de politiques et les jugements au sujet de ces données et de leurs incidences. L'élaboration de politiques éclairées par les données probantes aide les responsables de politiques à mieux comprendre ces processus.

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 éclairées par les meilleures données de recherche disponibles. L'introduction décrit 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 de la série est la bienvenue et doit être envoyée à STP@nokc.no.

SCÉNARIO

Vous travaillez au ministère de la Santé et le ministre vous a demandé de lui soumettre des propositions en vue d'accroître la protection offerte aux enfants par le régime d'assurance maladie. Vous voulez vous assurer que les décisions qui seront prises à ce sujet seront bien éclairées. Vous décidez de confier à une équipe, qui est chargée de veiller à ce que l'élaboration de politiques par le Ministère repose sur des données probantes, la préparation d'un précis politique portant à la fois sur les meilleures données probantes utiles dans ce dossier et sur les propositions possibles.

CONTEXTE

Le présent article propose aux principaux responsables de politiques et aux autres personnes qui interviendraient dans un tel scénario une interprétation commune des « données probantes », du rôle qu'elles jouent dans l'élaboration de politiques de santé, de l'« élaboration des politiques de santé éclairées par les données probantes » et de l'importance de celle-ci.

L'accès universel et équitable aux services de santé, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui touchent la santé et les autres objectifs en la matière sont plus susceptibles de se réaliser par l'adoption de politiques et de mesures bien éclairées [2-5]. Malheureusement, les politiques à ce chapitre ne reposent pas toutes sur des données issues de la recherche [5-8]. Si les services ne sont pas toujours offerts aux personnes qui en ont le plus besoin, si des indicateurs de santé ne sont pas exacts et si de nombreux pays risquent selon toute vraisemblance de ne pas atteindre les OMD relatifs à la santé, c'est en partie à cause de décisions mal éclairées [9]. Celles-ci

peuvent aussi nuire à l'efficacité (rapport qualité-prix) et à l'équité des systèmes de santé.

En Afrique subsaharienne, les dépenses consacrées aux services de santé se chiffrent en moyenne à 80 € par personne. Par contraste, elles s'élèvent à 190 € en Asie et à 2 700 € dans les pays à revenu élevé de l'OCDE [10]. Accablés par les besoins et dotés de ressources limitées, les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) doivent à tout prix savoir bien gérer leur budget de santé. Qui plus est, les pays à revenu élevé sont aux prises avec des besoins et des coûts croissants et doivent donc, eux aussi, se montrer prudents dans la gestion des ressources affectées à la santé.

L'accès aux services de santé n'est pas toujours équitable, surtout là où les systèmes de santé ne sont pas efficaces [11]. Et même lorsque l'accès est possible, les services peuvent être inférieurs aux normes ou onéreux. Pourtant, des interventions efficaces et peu coûteuses, comme l'administration de sulfate de magnésium en cas d'éclampsie ou de prééclampsie, ne sont tout simplement pas effectuées ou même possibles [12], tandis qu'on a parfois encore recours à des méthodes inefficaces ou exagérément coûteuses (comme les épisiotomies de routine et l'administration d'un soluté par voie intraveineuse plutôt que d'une solution de réhydratation par voie orale chez les enfants qui ont la diarrhée). Une meilleure utilisation des données de recherche dans le choix et la promotion d'interventions et des mécanismes de prestation de soins, de gestion financière et de gouvernance qui les appuieront aiderait à atténuer ces problèmes, comme le montrent les exemples fournis au tableau 1.

Une approche éclairée par les données probantes rend les responsables de politiques mieux à même de gérer leur propre utilisation des données de recherche ainsi que l'emploi abusif qu'en font des lobbyistes, dont certains chercheurs qui défendent des positions de principe particulières. Grâce à cette approche, les responsables de politiques peuvent :

- Poser des questions essentielles sur les données de recherche pouvant appuyer les politiques prônées
- Montrer que leurs décisions reposent sur des données fiables
- Veiller à ce que l'évaluation de leurs initiatives soit pertinente et à ce que les résultats mesurés soient réalistes et préétablis

Par cette approche, les responsables peuvent aussi reconnaître que certaines politiques reposent sur des données imparfaites. Il est ainsi possible de prévoir des mécanismes pour changer de cap lorsque des politiques ne donnent pas les résultats souhaités. De fait, le risque politique est beaucoup plus grand lorsqu'on prône des politiques sans tenir compte des limitations des données probantes disponibles et qu'on se conforme à des politiques sans égard à leurs résultats. Les responsables de politiques risqueraient ainsi d'être critiqués pour les échecs, que ceux-ci découlent ou non des politiques en cause.

Cette série d'articles vise à améliorer l'efficacité et l'équité des politiques de santé par une utilisation plus judicieuse des données de recherche afin d'éclairer la prise de décisions. Nous nous intéressons principalement aux décisions sur la meilleure façon d'organiser les systèmes de santé, y compris les mécanismes de prestation de soins, de gestion financière et de gouvernance des services de santé, et les stratégies de changement [2,13]. Nous proposons ce type de décisions pour illustrer de quelles manières le processus décisionnel pourrait bénéficier de données issues de la recherche. Des approches semblables peuvent être utiles pour éclairer les décisions relatives aux programmes, aux services ou aux médicaments à fournir [14].

EN QUOI CONSISTENT LES DONNÉES PROBANTES?

Lorsqu'il s'agit de pratiques et d'élaboration de politiques éclairées par les données probantes, d'aucuns pourraient se demander en quoi consistent, exactement, les « données probantes ». Selon une interprétation commune, ce sont des faits (réels ou déclarés) destinés à appuyer une conclusion [15]. Un fait est une chose connue par expérience ou par observation. Signalons que les données probantes peuvent servir à justifier une conclusion mais qu'elles ne sont pas la conclusion en soi. Les données probantes ne constituent pas à elles seules des décisions.

Diverses conséquences découlent de cette interprétation. Premièrement, les opinions d'experts sont plus que des données probantes. Elles allient faits, interprétation des faits et conclusions. Les opinions d'experts sont toujours éclairées par des données probantes. L'utilisation avisée de telles données suppose la reconnaissance des faits (expérience ou observations) sur lesquels reposent les opinions ainsi que l'évaluation de la mesure dans laquelle les faits appuient les conclusions [16].

Deuxièmement, les données probantes ne sont pas toutes aussi convaincantes les unes que les autres. Tout dépend de la nature et de la qualité des observations formulées. Les données issues de la recherche sont généralement plus convaincantes que des observations aléatoires parce qu'elles sont le fruit de méthodes systématiques de collecte et d'analyse. De même, des travaux de recherche bien conçus et bien menés sont plus convaincants que ceux qui sont mal planifiés et mal exécutés.

Troisièmement, les jugements sur la confiance à accorder aux différents types de données probantes (autrement dit, ceux qui portent sur la « qualité des données ») peuvent être implicites ou explicites. Il vaut mieux procéder systématiquement et explicitement pour éviter les erreurs, résoudre les différends, faciliter l'évaluation critique et communiquer l'information. Pour ce faire, des décisions explicites doivent être prises quant aux types de données probantes dont il faut tenir compte.

Quatrièmement, les données probantes sont toutes contextuelles du fait que les observations dont elles découlent ont été faites dans un contexte particulier. Il faut

donc toujours juger de leur applicabilité en dehors de leur contexte initial, et ce, de manière systématique et explicite pour les mêmes raisons que celles exposées précédemment à propos de la qualité des données.

Cinquièmement, les « données probantes mondiales » (c.-à-d. les meilleures qui soient dans le monde) offrent un point de départ idéal pour juger de l'impact des politiques et des programmes. Les données probantes sont certes toutes contextuelles, mais on risque d'errer en prenant des décisions à la lumière d'un sous-ensemble d'observations censément plus pertinentes que d'autres dans un contexte donné (par exemple, celles qui visent un pays ou un groupe de la population [17]). L'ensemble de toutes les données probantes pertinentes apportera un meilleur éclairage lorsqu'on déterminera l'utilité d'un sous-ensemble de données pour tirer une conclusion [18].

Finalement, les données probantes locales (provenant du milieu visé par les décisions prises et les mesures envisagées) doivent éclairer la plupart des jugements sur des problèmes, des solutions possibles et des stratégies de mise en œuvre. En l'occurrence, elles porteront sur les facteurs modificateurs dans un contexte précis, l'intensité des besoins (p. ex., la prévalence de la maladie, des facteurs de risque ou des problèmes liés aux mécanismes de prestation de soins, de gestion financière et de gouvernance), les valeurs, le coût et la disponibilité des ressources.

COMMENT LES DONNÉES ISSUES DE LA RECHERCHE ÉCLAIRENT-ELLES LES DÉCISIONS SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ?

Pour prendre des décisions éclairées, notamment au sujet de la meilleure façon d'assurer l'accès universel et équitable aux services de santé, les responsables de politiques doivent disposer de données probantes fiables. Sans elles, ils ne sauraient déterminer quels services et programmes offrir ou garantir, comment assurer la prestation des services, quels mécanismes de gestion financière ou de gouvernance mettre en œuvre ni comment instaurer les changements [2]. Les études méthodiques sont utiles pour les grands dossiers dans chacun de ces domaines [4-6]. Le tableau 2 explique en quoi elles consistent et en donne des exemples. La figure 1 montre de quelle manière les données probantes provenant d'études méthodiques alliées à des données probantes locales peuvent éclairer les jugements concernant les décisions relatives aux politiques de santé.

D'autres facteurs que les données probantes influent aussi sur les décisions prises, qu'il s'agisse de contraintes, d'idées (y compris les valeurs) et d'intérêts institutionnels ou de facteurs externes comme une récession. De même, les données issues de la recherche ne sont pas les seules à éclairer les jugements qui interviennent dans la prise de décisions en matière de politiques. Il n'en reste pas moins qu'un recours accru à ces

données et la capacité d'en évaluer la pertinence et la qualité contribueront grandement à l'amélioration des services de santé et à un usage plus judicieux des ressources.

QU'EST-CE QUE L'ÉLABORATION DE POLITIQUES ÉCLAIRÉES PAR LES DONNÉES PROBANTES?

Il est possible de prendre des décisions éclairées en matière de politiques de santé lorsque l'obtention et l'évaluation des données de recherche se fait à l'aide de processus systématiques et transparents. L'élaboration de politiques de santé éclairées par les données probantes est une approche décisionnelle visant à ce que toute décision prise soit fondée sur les meilleures données de recherche disponibles. La façon de procéder peut varier et dépend de la nature de la décision et du contexte dans lequel elle se prend. Cette manière d'élaborer des politiques est néanmoins caractérisée par l'accès systématique et transparent aux faits pris en considération et par leur analyse méthodique et claire. Signalons que ce n'est pas le processus global qui est systématique et transparent, mais bien ceux auxquels on a recours pour que les travaux pertinents soient repérés, évalués et utilisés à bon escient. La transparence permet à d'autres d'examiner les données de recherche qui éclairent les décisions en matière de politiques et les jugements au sujet de ces données et de leurs incidences.

La présente série montre de quelles manières il est possible, grâce à l'élaboration de politiques de santé éclairée par les données probantes, de résoudre des problèmes de façon plus systématique et transparente, ce qui facilite la prise de décisions éclairées, et permet de préciser, de trouver et d'évaluer les données probantes nécessaires puis de s'en servir pour prendre des décisions (comme le montre la figure 2). Les processus systématiques et transparents, tels ceux décrits dans la présente série, ont l'avantage de prévenir les erreurs et les partis pris, comme en font foi les études méthodiques (dont certains exemples sont fournis au tableau 2). Ainsi, on risque moins de laisser des choses au hasard et d'être partial dans le choix et l'évaluation de données probantes.

La pertinence des données probantes est fonction de la question à l'étude et il est normal que la nature des « meilleures données probantes disponibles » ne fasse pas toujours l'unanimité [19]. Cependant, l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes vise à cerner les données pertinentes et à faire en sorte que les jugements sur des questions comme la pertinence, la fiabilité et l'applicabilité des données probantes retenues soient portés de manière systématique et transparente. Cette approche vise aussi à empêcher que des conflits d'intérêts n'influent sur les jugements en cause ou sur toute nouvelle recherche entreprise en vue de l'élaboration de politiques.

Cette approche se distingue aussi par le fait que les responsables de politiques comprennent les processus systématiques qui servent à trouver, à évaluer et à utiliser à bon escient les travaux de recherche pertinents de même que les usages possibles de

ces processus. L'un des objectifs de la présente série d'articles consiste précisément à favoriser davantage cette compréhension.

Depuis le début des années 1990, la médecine factuelle gagne en importance. Elle consistait à l'origine à réserver la prise de décisions aux médecins [20,21], mais aujourd'hui d'autres professionnels de la santé, tout comme les consommateurs, sont mis à contribution. Aussi emploie-t-on des expressions plus globales pour décrire cette réalité : « médecine fondée sur les données probantes », « services de santé fondés sur les données probantes » et « pratique fondée sur l'expérience clinique ». Dans le contexte de la gestion et de l'élaboration de politiques, qui est aussi touché par ce mouvement, on parle de « politiques fondées sur les données probantes » [22]. Dans un secteur comme dans l'autre, on continue à s'interroger sur la nature de cette approche et sur ce qui la distingue des pratiques courantes ainsi que sur ses avantages et ses risques relatifs. Tant en médecine qu'en gestion, la méthode a été critiquée parce qu'elle suppose que les décisions en matière de pratique et de politiques reposeraient essentiellement sur des données issues de la recherche [4,23-25]. Or, c'est bien mal comprendre l'approche proposée que de lui prêter cette vision des choses, car ni les décisions d'ordre thérapeutique ni celles qui concernent les politiques ne peuvent se prendre sur la seule base des données probantes : jugements, valeurs et autres facteurs entrent toujours en ligne de compte.

Bien que les expressions « fondé sur les données probantes » et « éclairé par les données probantes » soient interchangeable, nous privilégions la seconde car nous estimons qu'elle représente mieux le rôle des données probantes dans l'élaboration de politiques et l'aspiration à faire en sorte que les décisions prises soient davantage éclairées par les données issues de la recherche [4,26].

CE QUE L'ÉLABORATION DE POLITIQUES ÉCLAIRÉES PAR LES DONNÉES PROBANTES N'EST PAS

Comme tous les autres outils, ceux qui servent à promouvoir le recours aux données probantes dans l'élaboration de politiques ne sont pas à l'abri des emplois abusifs. Parmi les conséquences néfastes de tels usages, mentionnons les processus bureaucratiques inefficaces, l'interdiction ou le report inutiles de programmes prometteurs, la présentation fallacieuse de problèmes, la manipulation de l'opinion publique et l'inobservation du programme de recherche.

Les emplois abusifs peuvent comprendre l'utilisation sélective de données probantes, la répression de leur usage approprié et la création d'une fausse impression d'incertitude. Les processus systématiques et transparents constituent encore le meilleur moyen de contrer ces mauvais usages, comme nous le ferons valoir dans d'autres articles de la présente série.

CONCLUSION

Recourir avec plus de sagesse aux données issues de la recherche dans la prise de décisions concernant la santé est un objectif qui suscite un intérêt croissant à l'échelle planétaire. Ainsi, en 2004, l'Organisation mondiale de la santé rendait public un rapport mondial sur les connaissances pour améliorer la santé (*World Report on Knowledge for Better Health: Strengthening Health Systems*), qui renferme un chapitre sur les liens à faire entre la recherche et l'action [27]. Le Sommet ministériel sur la recherche en santé tenu la même année à Mexico a donné lieu à une déclaration sur l'importance de la recherche pour assurer une santé optimale et renforcer les systèmes de santé [28]. De plus, en mai 2005, la 58^e Assemblée mondiale de la santé adoptait une résolution reconnaissant la déclaration de Mexico et invitant les États membres « à établir des mécanismes de transfert des connaissances à l'appui des systèmes de santé publique et de prestation de services de santé fondés sur des bases factuelles, et à renforcer ceux qui existent » [29]. Réunis à Bamako en 2008 et représentant 53 pays, les ministres de la Santé, des Sciences et de la Technologie, de l'Éducation et d'autres domaines ont aussi invoqué dans leur déclaration les progrès accomplis depuis le sommet de Mexico et lancé un appel à l'action en ce sens [30]. Dans cette foulée, il faudrait commencer par veiller à ce que les responsables de politiques et les chercheurs voient du même œil les données issues de la recherche et le rôle qu'elles peuvent jouer pour éclairer les décisions en matière de politiques.

RESSOURCES

Documents utiles et lecture complémentaire

Documentaires sur l'élaboration de politiques de santé éclairées par les données probantes : www.kunnskapssenteret.no/Artikler/2061.cms – Ces vidéos convaincantes font partie d'un rapport sur plus de 150 organismes, provenant particulièrement des PRFI, qui travaillent à traduire les données probantes en politiques (www.nchs.no/Publikasjoner/469.cms). Les documentaires relatent huit études de cas réalisées sur six continents, dans lesquelles des gens tentent d'améliorer les systèmes de santé en utilisant des données de recherche pour éclairer la prise de décisions

Déclaration de Mexico sur la recherche en santé, 2004

www.who.int/rpc/summit/agenda/Mexico_Statement-French.pdf

Assemblée mondiale de la santé. Résolution sur la recherche en santé, 2005

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_34-fr.pdf

L'appel à l'action de Bamako sur la recherche pour la santé, 2008

www.who.int/rpc/news/LAppel%20a%20laction%20de%20Bamako.pdf

Chalmers I. 2005. « If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? ». Evidence & Policy; 1: 227-242.

www.ingentaconnect.com/content/tpp/ep/2005/00000001/00000002/art00006

Isaacs D., Fitzgerald D. 1999. « Seven alternatives to evidence-based medicine ». BMJ; 319: 1618. www.bmj.com/cgi/content/full/319/7225/1618

Macintyre S., Petticrew M. 2000. « Good intentions and received wisdom are not enough ». Journal of Epidemiology and Community Health; 54: 802-803.

<http://jech.bmj.com/cgi/content/full/54/11/802>

Moynihan R. 2004. « Using health research in policy and practice: Case studies from nine countries ». Milbank Memorial Fund report.

www.milbank.org/reports/0409Moynihan/0409Moynihan.html

Sites Web

Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) : www.who.int/rpc/evipnet/en/ [en anglais] – EVIPNet est une initiative visant à promouvoir le recours systématique aux données probantes issues de la recherche en santé pour l'élaboration de politiques. Principalement axé sur les PRFI, le réseau EVIPNet favorise la formation de partenariats nationaux entre les responsables de politiques, les chercheurs et les représentants de la société civile afin de faciliter l'élaboration et l'application des politiques fondées sur les meilleures données scientifiques disponibles

Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé : www.who.int/alliance-hpsr/fr/index.html – L'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (Alliance for Health Policy and Systems Research – HPSR) est une initiative internationale chapeauté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle a pour but de promouvoir la recherche sur les politiques et les systèmes de santé afin d'améliorer les systèmes de santé des pays en développement

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : www.fcrss.ca/ – La Fondation encourage et finance la recherche sur la gestion et la politique des services de santé et des services infirmiers afin d'améliorer la qualité, la pertinence et l'utilité de cette recherche pour les stratèges et les gestionnaires du système de santé. En outre, la Fondation travaille avec ces décideurs pour soutenir et favoriser leur utilisation des données de recherche lorsque des défis particuliers se posent dans la politique ou la gestion des services de santé

Plaque tournante des politiques du gouvernement du Royaume-Uni : www.nationalschool.gov.uk/policyhub/index.asp – Ce site vise à favoriser la réflexion stratégique et à améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques au sein du

gouvernement. Il a pour objet d'offrir à ses utilisateurs l'accès à une grande diversité de points de vue en matière de politiques

CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

CONTRIBUTION DE CHAQUE AUTEUR

ADO a rédigé l'ébauche initiale du présent article; JNL, SL 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 Francisco Becerra, à Sara Bennett et à Yogan Pillay 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, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S4)**.
3. Task Force on Health Systems Research: **Informed choices for attaining the millennium development goals: towards an international cooperative agenda for health systems research.** *Lancet* 2004, **364**:997-1003.
4. Chalmers I: **If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory?** *Evidence & Policy* 2005, **1**:227-42.
5. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **The use of evidence in WHO recommendations.** *Lancet* 2007, **369**:1883-9.
6. Lavis JN, Davies HTO, Oxman A, Denis JL, Golden-Biddle K, Ferlie E: **Towards systematic reviews that inform healthcare management and policymaking.** *J Health Serv Res Policy* 2005, **10**:35-48.
7. Innvaer S, Vist G, Trommald M, Oxman A: **Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review.** *J Health Serv Res Policy* 2002, **7**:239-44.

8. Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, Hohenadel JM, Stoddart GL, Woodward CA, et al: **Examining the role of health services research in public policymaking.** *Milbank Quarterly* 2002, **80**:125-54.
9. United Nations: *The Millennium Development Goals Report 2007*.
10. United Nations Development Programme: *Human Development Report 2006*.
11. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP: **Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough.** *Lancet* 2003, **362**:233-41.
12. Sevene E, Lewin S, Marino A, Woelk G, Oxman A, Matinhure S, et al: **Can a drug be too cheap? The unavailability of magnesium sulphate for the treatment of eclampsia and preeclampsia in Mozambique and Zimbabwe: systems and market failures.** *BMJ* 2005, **331**:765.
13. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, **364**:1615-21.
14. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ: *Users' Guides to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*, Second edn. New York: McGraw Hill; 2008.
15. Lomas J, Culver T, McCutcheon C, McAuley L, Law S: *Conceptualizing and Combining evidence for health system guidance*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation. 2005.
16. Schuneman HJ, Fretheim A, Oxman A: **Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 9. Grading evidence and recommendations.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4**:12.
17. Counsell CE, Clarke MJ, Slattery J, Sandercock PA: **The miracle of DICE therapy for acute stroke: fact or fictional product of subgroup analysis?** *BMJ* 1994, **309**:1677-81.
18. Guyatt G, Wyer P, Ioannidis J: **When to believe a subgroup analysis.** In *Users' Guide to the Medical Literature. A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Edited by Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. New York: McGraw Hill; 2008:571-93.
19. Oxman AD, Fretheim A, Schuneman HJ: **Improving the Use of Research Evidence in Guideline Development: 7. Deciding what evidence to include.** *Health Res Policy Syst* 2006, **4**:19.
20. Evidence-Based Medicine Working Group: **Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.** *JAMA* 1992, **268**:2420-5.
21. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt G, for the Evidence-Based Medicine Working Group: **Users' guides to the medical literature, I. how to get started.** *JAMA* 1993, **270**:5.
22. Packwood A: **Evidence-based policy: rhetoric and reality.** *Social Policy and Society* 2002, **1**:267-72.
23. Straus SE, McAlister FA: **Evidence-based medicine: a commentary on common criticisms.** *CMAJ* 2000, **163**:837-41.
24. Clarence E: **Technocracy reinvented: the new evidence based policy movement.** *Public Policy and Administration* 2002, **17**:1-11.

25. Parsons W: **From muddling through to muddling up – evidence based policy making and the modernisation of British Government.** *Public Policy and Administration* 2002, **17**:43-60.
26. Nutley S: *Bridging the policy/research divide: reflections and lessons from the UK.* St. Andrews, University of St. Andrews. 2003.
27. World Health Organization (WHO): *World report on knowledge for better health.* Geneva, World Health Organisation. 2004.
28. World Health Organization (WHO): *The Mexico statement on health research.* Geneva, World Health Organisation. 2004.
29. World Health Assembly: *Resolution on health research.* 2005.
30. World Health Organization (WHO): *The Bamako call to action on research for health.* Geneva, World Health Organisation. 2008.
31. Duley L, Henderson-Smart D: **Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **4**:CD000127.
32. Duley L, Gulmezoglu AM, Henderson-Smart DJ: **Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia.** *Cochrane Database Syst Rev* 2003, **2**:CD000025.
33. Langer A, Villar J, Tell K, Kim T, Kennedy S: **Reducing eclampsia-related deaths--a call to action.** *Lancet* 2008, **371**:705-6.
34. Oxman AD, Fretheim A: **Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing.** *Journal of Evidence-Based Medicine* 2009, **2**:70-83.
35. Fox DM, Oxman A: *Informing Judgment: Case Studies of Health Policy and Research in Six Countries.* New York: Milbank Memorial Fund; 2001.
36. Maclure M, Carleton B, Schneeweiss S: **Designed delays versus rigorous pragmatic trials: lower carat gold standards can produce relevant drug evaluations.** *Med Care* 2007, **45**:S44-9.
37. Schneeweiss S, Patrick AR, Sturmer T, Brookhart MA, Avorn J, Maclure M, et al: **Increasing levels of restriction in pharmacoepidemiologic database studies of elderly and comparison with randomized trial results.** *Med Care* 2007, **45**:S131-42.
38. Maclure M, Nguyen A, Carney G, Dormuth C, Roelants H, Ho K, et al: **Measuring prescribing improvements in pragmatic trials of educational tools for general practitioners.** *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2006, **98**:243-52.
39. Schneeweiss S, Maclure M, Carleton B, Glynn RJ, Avorn J: **Clinical and economic consequences of a reimbursement restriction of nebulised respiratory therapy in adults: direct comparison of randomised and observational evaluations.** *BMJ* 2004, **328**:560.
40. Moynihan R, Oxman A, Lavis JN, Paulsen E. Evidence-Informed Health Policy: *Using Research to Make Health Systems Healthier.* Rapport nr. 1-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.

41. Frenk J, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM: **Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico.** *Lancet* 2006, **368**:1524-34.
42. Frenk J: **Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico.** *Lancet* 2006, **368**:954-61.
43. Savedoff WD, Levine R, Birdsall N: *When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation.* Washington DC, Center for Global Development. 2006.
44. Congress of the United Mexican States. General Law of Social Development: *Title V. Evaluation of the Social Development Policy. [Ley General de Desarrollo Social. Publicado en el Diario Oficial de la Federación 20 de enero de 2004. Título quinto « De la Evaluación de la Política de Desarrollo Social ».].* New Law DOF 20-01-2004. Center for Documentation, Information and Analysis. 2004.
45. 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.
46. 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.
47. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD: **Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material.** *Cochrane Database Syst Rev* 2006, **3**:CD004563.
48. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al: **Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, **2**:CD003030.

Figure 1. Exemple du rôle des données probantes dans l'élaboration de politiques de santé

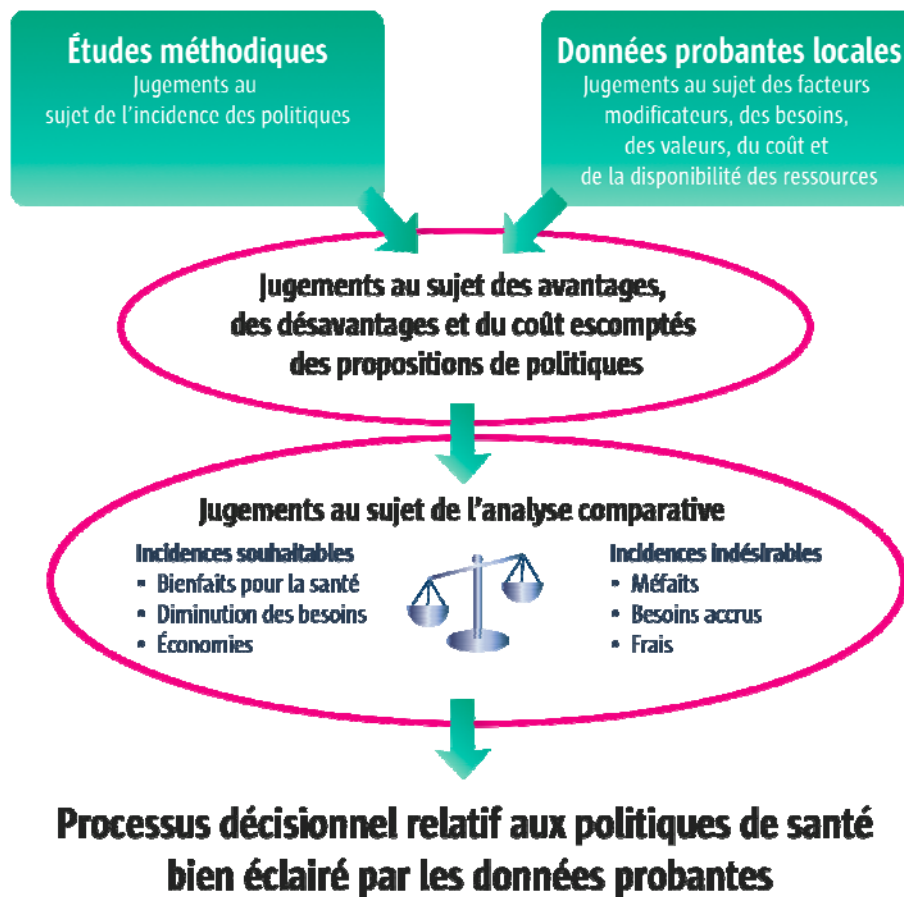
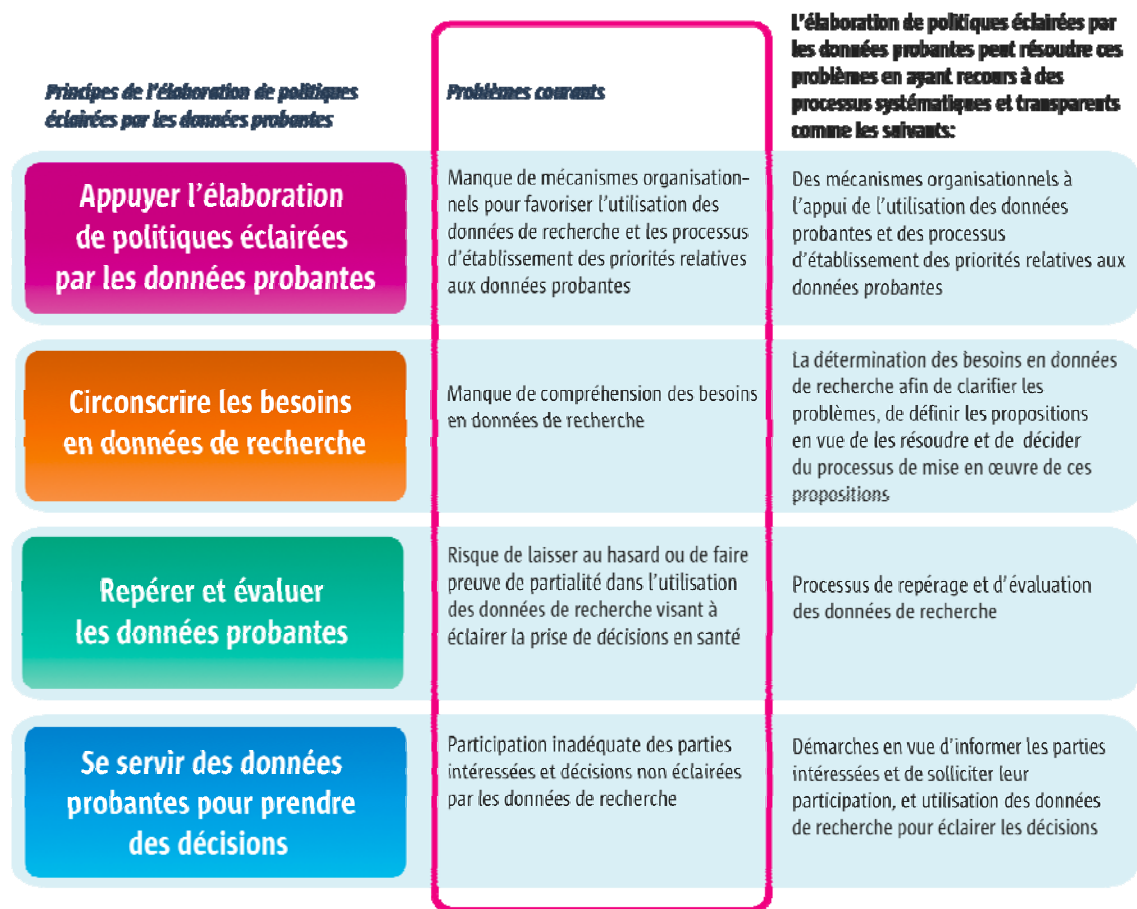


Figure 2. L'élaboration de politiques de santé éclairées par les données probantes comme solution aux problèmes courants à ce



chapitre

Tableau 1. Exemples du recours aux données issues de la recherche dans l'élaboration de politiques

Le sulfate de magnésium comme traitement de l'éclampsie ou de la prééclampsie – exemple d'une organisation du système de santé impropre à l'adoption d'une intervention peu coûteuse et efficace

D'excellentes données probantes montrent que le sulfate de magnésium, un médicament peu coûteux, est un traitement efficace de l'éclampsie et de la prééclampsie [31,32]. Toutefois, comme bien d'autres traitements efficaces, le médicament n'est pas facile à obtenir dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) [12,33]. Au Mozambique et au Zimbabwe, par exemple, de mauvais mécanismes d'enregistrement, d'achat et de distribution sont en cause [12]. Ailleurs, ce sont l'absence de lignes directrices sur son utilisation, son omission dans les listes de médicaments essentiels, le fait de ne pas mettre en œuvre les lignes directrices existantes à son sujet et les rares établissements et professionnels de la santé autorisés à l'administrer qui limitent le recours à ce médicament [33]. Bien que l'éclampsie et la prééclampsie grave touchent peu de femmes comparativement au nombre de personnes ayant d'autres problèmes de santé, environ 63 000 femmes en meurent chaque année dans le monde. On y associe également la mort néonatale.

La rémunération au rendement – exemple de l'usage courant d'une organisation du système de santé ayant des effets incertains et dont l'évaluation de l'impact est inadéquate

La rémunération au rendement consiste à remettre de l'argent ou des biens matériels en fonction des actions mesurables d'une personne ou de l'atteinte d'objectifs de rendement prédéterminés. On préconise ce mode de rémunération répandu en vue d'améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé de même que pour atteindre d'autres objectifs dans le domaine de la santé, dont les OMD. En tout, 12 études méthodiques recensent les effets de cette forme de paiement dans le milieu de la santé, que ce soit au regard des patients, des professionnels, des organismes ou des gouvernements [34]. D'après ces études, les incitatifs financiers ciblant les bénéficiaires de services de santé et certains professionnels de la santé s'avèrent efficaces à court terme pour ce qui est d'atteindre des buts simples, distincts et bien définis sur le plan du comportement. Or, il n'en va pas ainsi pour le long terme, du moins pas selon les données probantes. Celles-ci font aussi défaut lorsqu'il s'agit de déterminer les effets de la rémunération au rendement sur les organismes et sur les PRFI. Dans ces derniers, les plans de rémunération au rendement ont généralement comporté des éléments secondaires, dont l'augmentation des ressources, de la formation et du soutien technique. Les évaluations réalisées jusqu'ici ont rarement porté sur les effets de la conditionnalité en soi. D'ailleurs, il n'existe pratiquement pas de données probantes sur le rapport coût-efficacité de la rémunération au rendement. De plus, celle-ci peut avoir des effets nocifs, dont la motivation de comportements non voulus, les distorsions (délaisser des tâches importantes qui ne sont pas assorties d'incitatifs), la simulation

(produire des rapports fallacieux au lieu d'améliorer le rendement), le tri sélectif des patients (choisir les patients selon qu'ils faciliteront ou non l'atteinte des objectifs de rendement), l'élargissement du fossé entre riches et pauvres et la dépendance grandissante à l'égard des incitatifs financiers.

L'établissement des prix de référence en Colombie-Britannique – exemple d'approche éclairée par les données probantes menant à de meilleures politiques en matière de médicaments

Depuis 1995, la province de la Colombie-Britannique, au Canada, gère un programme de médicaments de référence, mais la validité de plusieurs politiques connexes mises en place comme stratégies de limitation des coûts ne fait pas l'unanimité [35]. Ce sont les responsables de Pharmacare, le programme d'assurance-médicaments financé par le ministère de la Santé, qui ont instauré les politiques en question. Depuis des années, Pharmacare était aux prises avec une dette causée par la hausse fulgurante de ses dépenses annuelles en médicaments. Le nouveau programme visait essentiellement à offrir une protection uniforme pour des médicaments similaires sans faire augmenter d'autres coûts de santé ni provoquer d'effets préjudiciables pour la santé. L'industrie pharmaceutique s'est opposée au projet en alléguant qu'il était risqué pour les patients. Le Ministère a cependant réussi à le défendre et à le maintenir en soutenant qu'il était fondé sur des données probantes, des chercheurs indépendants en ayant évalué l'efficacité. Les chercheurs ont dû s'adapter au contexte des responsables de politiques, où intervenaient des définitions contraires de la nécessité médicale et un cycle de politiques qui accélérât et ralentissait rapidement [36-39]. Le fait pour les chercheurs de participer de façon soutenue aux travaux d'un comité consultatif sur la mise en œuvre de politiques a favorisé le respect et la compréhension entre chercheurs et responsables de politiques et facilité la réalisation d'un essai clinique aléatoire. Par contre, les relations personnelles établies entre les membres des deux groupes pour favoriser la collaboration avaient tendance à se rompre lorsque des membres du personnel cédaient leur place à de nouveaux venus qui n'avaient pas vécu cette expérience.

Seguro Popular au Mexique – exemple d'approche éclairée par les données probantes pour offrir l'assurance maladie au plus grand nombre et en évaluer les incidences

En 2004, le gouvernement du Mexique a mis en œuvre un nouveau système d'assurance maladie, le Seguro Popular, ou régime d'assurance maladie populaire, à l'intention des 50 millions de Mexicains qui ne jouissaient jusqu'alors d'aucune protection [40-42]. Implanté progressivement aux quatre coins du pays, en commençant par les collectivités les plus pauvres, le régime offrait un ensemble défini de services de santé. Si l'on en croit le secrétaire de la Santé de l'époque, Julio Frenk, il s'agit d'un cas classique où des données probantes ont d'abord changé les perceptions du public, puis éclairé le débat pour se traduire par une loi [40]. Parmi les données clés qui ont lancé le débat sur la nécessité d'une réforme, mentionnons celles qui

montraient que, contrairement à la croyance populaire, l'ancien système de santé était essentiellement financé par des cotisations privées dégressives. Les données probantes ont aussi contribué à l'évaluation du programme. Profitant du calendrier de mise en œuvre progressive, le gouvernement a mené un essai comparatif pour examiner les résultats obtenus en regard de la situation des collectivités qui ne bénéficiaient pas encore du programme. Le Mexique estime que les données issues de la recherche évaluative, comme dans le cas de cet essai comparatif, sont au cœur de sa démocratie revivifiée. En 2004, conscient de son obligation politique et morale de mesurer l'impact des décisions prises en matière de politiques, le gouvernement du Mexique a adopté une loi exigeant que des évaluations d'incidence soient menées pour divers programmes publics. Il reconnaissait ainsi explicitement l'importance de découvrir ce qui est efficace et pourquoi afin de s'en inspirer à l'avenir au moment de prendre des décisions budgétaires [43,44].

Tableau 2. Explication des études méthodiques et exemples

Une étude méthodique est une synthèse de données issues de la recherche qui vise à répondre à une hypothèse formulée clairement en recourant à des méthodes rigoureuses, systématiques et explicites de repérage, de sélection et d'évaluation critique des travaux pertinents ainsi que de collecte et d'analyse des données tirées des études incluses dans la revue. L'analyse et le résumé de ces études peuvent se faire ou non à l'aide de méthodes statistiques (méta-analyse). On trouvera dans le site Web du projet SUPPORT (www.support-collaboration.org) des résumés structurés d'études méthodiques portant sur des organisations du système de santé, dont ceux présentés ci-dessous.

Travailleurs de la santé non professionnels en soins primaires maternels et infantiles – exemple de mécanisme de prestation de soins [45]

Les travailleurs de la santé non professionnels n'ont pas de formation professionnelle mais sont normalement formés dans le cadre de leur emploi. Ils sont rémunérés ou bénévoles. Ils accomplissent diverses fonctions dans la prestation de services de santé et on les désigne de différentes façons : travailleurs de santé ruraux, bénévoles communautaires, pairs-conseillers, etc. Une recherche systématique d'essais cliniques aléatoires de travailleurs non professionnels réalisés jusqu'en août 2006 a permis de repérer 48 essais cliniques se rapportant à la santé maternelle et infantile et aux maladies entraînant un lourd fardeau financier. On a observé des différences dans les méthodes de recrutement et de formation, les destinataires ciblés, les contextes et les résultats mesurés. En voici les principales conclusions :

- Le recours aux travailleurs de la santé non professionnels dans les programmes de santé maternelle et infantile comporte des avantages prometteurs comparativement aux soins usuels ou à l'absence d'interventions dans les domaines suivants :
 - Immunisation volontaire accrue pour les enfants
 - Promotion de l'allaitement maternel
 - Réduction de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans
 - Réduction de la morbidité due aux maladies d'enfance courantes
- Les données probantes se font rares lorsqu'il s'agit de montrer l'efficacité du remplacement de professionnels de la santé par des travailleurs non professionnels ou l'efficacité de stratégies différentes pour former et encadrer ces derniers

Paiement de médicaments par le consommateur – exemple de mécanisme de gestion financière [46]

Les politiques de paiement des médicaments d'ordonnance par les consommateurs prévoient des *plafonds* (nombre maximal d'ordonnances ou de médicaments remboursés), des *quotes-parts fixes* (le consommateur paie un montant fixe par ordonnance ou par médicament), des *quotes-parts variables* (le consommateur paie un montant fixe par ordonnance ou par médicament, dont le coût dépend, par exemple, du

fait qu'un médicament de marque [breveté] ou un générique a été prescrit), la *coassurance* (le consommateur paie un pourcentage du coût du médicament) et des *maximums* (le consommateur paie le coût partiel ou entier du médicament jusqu'à concurrence d'un montant maximum fixe pour l'année, après quoi il débourse moins ou ne débourse rien du tout). Une recherche systématique d'études évaluant l'impact de ces politiques a permis de déceler 21 études portant sur 30 interventions très variées. En voici les principales conclusions :

- Les politiques prévoyant des plafonds, une coassurance avec un maximum et des quotes-parts peuvent réduire la consommation de médicaments et faire diminuer les dépenses des régimes d'assurance-médicaments ou d'assurance maladie
- Une réduction de la consommation a été constatée pour les médicaments essentiels au maintien de la vie et pour ceux qui jouent un rôle important dans le traitement d'états chroniques, entre autres
- Bien que les données sur les résultats cliniques soient insuffisantes pour le montrer, une réduction marquée de la consommation de médicaments importants pour la santé peut être nocive, notamment en haussant le recours aux services de santé et, par conséquent, les dépenses globales en santé
- Les politiques de paiement par le consommateur risquent moins de nuire à la santé uniquement dans la mesure où elles visent des médicaments non essentiels ou prévoient des exemptions grâce auxquelles les soins nécessaires seront fournis en cas de véritable nécessité

Participation du consommateur – exemple de mécanisme de gouvernance [47]

Si la participation du consommateur au régime de services de santé est généralement acceptée, d'après une étude méthodique, les données probantes sur la meilleure façon d'élaborer des politiques de santé en ce sens feraient cruellement défaut. Les consommateurs peuvent prendre part à l'élaboration de politiques de santé par des consultations ou par la collaboration. Les consultations peuvent être uniques ou échelonnées et se faire à grande ou à petite échelle, qu'il s'agisse de particuliers ou de groupes de consommateurs. Ces groupes peuvent être formés aux seules fins de la consultation ou constituer des regroupements de consommateurs existants. Quant aux tribunes et aux médias utilisés, ils varient. Une recherche méthodique sur les études comparant différentes façons d'intéresser activement les consommateurs réalisées jusqu'en mai 2006 a repéré une seule petite étude sur le sujet. Celle-ci présentait des données médiocres montrant que les conversations téléphoniques et les rencontres en personne avec les consommateurs les incitaient davantage que les sondages par la poste à participer à l'établissement de priorités en matière de santé communautaire et influaient sur les priorités retenues.

Activités de formation continue en groupe – exemple de stratégie pouvant faire changer les choses [48]

Les activités de formation continue en groupe (conférences, ateliers et cours) sont parmi les plus courantes dans toute la gamme des possibilités de perfectionnement professionnel du domaine de la santé. Leur contenu, le nombre de participants, le niveau et le type d'interaction ainsi que leur durée et leur fréquence varient considérablement. Une recherche systématique d'essais cliniques aléatoires sur la vérification et la rétroaction effectués jusqu'en mars 2006 a repéré 81 études répondant aux critères de l'analyse. Dans la plupart des essais cliniques, les participants étaient des médecins. Les interventions étaient de contenu et de format divers et les mesures de résultats variaient considérablement. En voici les principales conclusions :

- Les activités de formation en groupe peuvent améliorer l'exercice de la profession et l'état de santé des patients
- L'effet médian oscille entre faible et modeste et est comparable à celui d'autres activités de formation continue comme la vérification et la rétroaction de même que les services d'approche en matière de sensibilisation
- Les effets signalés dans les différentes études varient beaucoup, il n'est pas possible de déterminer quel type de formation est le plus efficace
- L'effet semble plus important dans le cas des activités de formation en groupe comportant un volet interactif et un volet didactique