

16. Utiliser les données de recherche pour peser le pour et le contre des politiques

Andrew D Oxman^{1}, John N Lavis², Atle Fretheim³ et Simon Lewin⁴*

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 Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S16** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S16
<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s16.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; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway
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

* 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 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.

Le présent article traite de l'utilisation des données probantes pour éclairer les jugements visant à peser le pour et le contre des propositions de politiques et de programmes. Nous proposons cinq questions susceptibles d'orienter cette évaluation :

1. Quelles sont les propositions à comparer?
2. Quels sont les principaux résultats potentiels des propositions à comparer?
3. Quelle est la meilleure estimation de l'impact des propositions à comparer pour chacun des résultats importants?
4. Quel degré de confiance les responsables de politiques et leurs collaborateurs peuvent-ils accorder à ces estimations des effets?
5. Un modèle économique formel pourrait-il faciliter la prise de décisions?

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 (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 cet outil et des autres présentés dans la série est la bienvenue et doit être envoyée à STP@nokc.no.

SCÉNARIO

Vous travaillez au ministère de la Santé. Le ministre de la Santé vous a chargé de présenter un résumé des avantages, des désavantages et des coûts que pourraient engendrer une importante modification de la politique de santé que le Ministère envisage.

CONTEXTE

Le présent article propose cinq questions que les responsables de politiques et leurs collaborateurs peuvent poser afin de s'assurer que les jugements sur le pour et le contre des propositions de politiques et de programmes sont éclairés par les données issues de la recherche. Ces questions peuvent s'appliquer à des scénarios tels que celui décrit ci-dessus.

La recherche proprement dite ne prend pas de décisions [2]: c'est à des personnes qu'il incombe de poser les jugements sans cesse requis, notamment quant aux données probantes à utiliser, à leur interprétation et à la confiance qu'on peut leur accorder. De plus, pour prendre des décisions sur les propositions envisagées, il faut déterminer si les conséquences souhaitables escomptées l'emportent sur les désavantages [3] (voir la figure 1). Outre les jugements concernant l'ampleur probable des impacts, les processus décisionnels exigent des jugements sur l'importance des effets d'une proposition, sur les ressources nécessaires pour la mettre en œuvre [4] et sur la mesure dans laquelle cette proposition est prioritaire par rapport aux autres façons dont on pourrait employer ces ressources.

Il serait simple de prendre une décision si la proposition envisagée permettait d'espérer de grands avantages, peu de désavantages et des coûts faibles, si nous étions certains de la fiabilité des données et de l'importance des avantages, et si la proposition était clairement une priorité. Malheureusement, c'est rarement le cas. Dans la plupart des cas, les impacts et les coûts escomptés sont incertains, de sorte que les décisions exigent des jugements complexes et difficiles.

Les questions proposées dans le présent article n'atténuent en rien l'importance des jugements. Cependant, une analyse systématique de ces questions pourrait prévenir l'omission de facteurs importants et mieux éclairer les jugements susceptibles, notamment, de résoudre les différends ou du moins d'y apporter des éclaircissements. S'ils sont posés de façon transparente, ces jugements pourraient aider d'autres intervenants à saisir le raisonnement qui sous-tend les décisions en matière de politiques de santé.

L'établissement d'un bilan (fondé sur le tableau 1 et les quatre premières questions analysées ci-dessous) peut favoriser la prise de décisions éclairées. Le recours à un modèle économique formel, telle une analyse coût-efficacité, peut aussi être utile, comme on le démontre ci-dessous dans l'examen de la cinquième question. Les considérations exposées dans le présent article se fondent sur les travaux du groupe de travail GRADE [5]. Bien que le groupe s'intéresse essentiellement aux directives de pratique en milieu clinique, sa démarche décisionnelle en matière d'interventions cliniques peut aussi s'appliquer aux politiques et aux programmes [6].

QUESTIONS À ENVISAGER

Les cinq questions suivantes peuvent orienter l'utilisation des données probantes afin d'éclairer les jugements sur le pour et le contre des propositions de politiques et de programmes de santé.

1. Quelles sont les propositions à comparer?
2. Quels sont les principaux résultats potentiels des propositions à comparer?
3. Quelle est la meilleure estimation de l'impact des propositions à comparer pour chacun des résultats importants?
4. Quel degré de confiance les responsables de politiques et leurs collaborateurs peuvent-ils accorder à l'estimation des effets des propositions envisagées?
5. Un modèle économique formel pourrait-il faciliter la prise de décisions?

Les quatre premières questions visent à orienter l'utilisation de bilans dans la prise de décisions relatives à l'élaboration de politiques. La réponse à la dernière peut aider à faire en sorte que les ressources limitées utilisées dans les analyses économiques complètes se retrouvent là où elles sont le plus nécessaires.

Idéalement, les bilans (et les modèles économiques) devraient être établis par des chercheurs ou des spécialistes en soutien technique, en collaboration avec les responsables de politiques. Ils devraient également reposer sur des études méthodiques, et ce, pour les mêmes raisons décrites dans l'article 7 de la présente série, qui met en lumière l'importance des études méthodiques en général [7]. Nous ne nous attarderons pas sur les jugements multiples et complexes qui doivent être posés pour élaborer un bilan, puisque cet aspect fait l'objet d'un autre article [8]. Il est très rare que les responsables de politiques soient tenus de poser eux-mêmes de tels jugements. Toutefois, même lorsqu'ils disposent de personnel de soutien technique compétent pour préparer un bilan, les responsables de politiques doivent savoir quoi chercher et quelles questions poser afin de pouvoir utiliser les bilans de manière judicieuse pour éclairer les décisions dont ils doivent rendre compte.

1. Quelles sont les propositions à comparer?

Lorsqu'on utilise un bilan comme celui du tableau 2, il faut d'abord déterminer quelles sont les propositions à comparer, ce qui n'est pas toujours aussi simple qu'on pourrait le croire (voir l'exemple du tableau 3). Pour élaborer un bilan, il faut d'abord déterminer *non seulement* la proposition à examiner, *mais aussi* la proposition de comparaison. Celle-ci, qui est généralement le statu quo, peut varier d'un milieu à l'autre. Il faut donc déterminer quelles caractéristiques du statu quo seront considérées comme :

- Décisives : c.-à-d. Que l'on exclurait une recherche établissant une comparaison ne comportant pas les mêmes caractéristiques
- Importantes mais non décisives : auquel cas on inclurait une recherche établissant une comparaison qui ne comporterait pas les mêmes caractéristiques, mais sans présumer que les résultats seraient les mêmes dans le milieu choisi
- Sans importance : en l'occurrence, on peut avoir confiance que les résultats seront probablement les mêmes dans le milieu choisi

Il faut également poser les mêmes jugements au sujet des propositions envisagées : parmi leurs caractéristiques, lesquelles sont décisives, importantes ou sans importance pour ce qui est de leur influence sur les répercussions probables?

2. Quels sont les principaux résultats potentiels des propositions à comparer?

En règle générale, les responsables de politiques ont à cœur de bien servir les gens qu'ils représentent et devraient s'intéresser principalement à l'incidence des propositions de politiques et de programmes sur les résultats qui importent aux personnes touchées (voir l'exemple du tableau 4), qu'il s'agisse des résultats pour la santé, de l'accès aux services de santé ou de leur utilisation, des effets involontaires (méfaits) ou du recours aux ressources (coûts ou économies) [voir la figure 1]. Parmi les autres conséquences souvent importantes, mentionnons la répartition équitable des avantages et des coûts [9] et les effets de propagation à d'autres secteurs. Les questions

d'éthique – par exemple, les effets liés à la réduction de l'autonomie des gens – peuvent avoir aussi des retombées importantes.

Déterminer explicitement quels résultats sont importants peut aider à faire en sorte qu'aucune conséquence majeure d'une proposition ne sera laissée de côté. On peut en outre éviter ainsi d'attribuer trop de poids à des conséquences négligeables. Cela s'applique notamment aux résultats de substitution qui, en soi, ne revêtent pas d'importance particulière, mais qui sont considérés importants parce que l'on croit qu'ils reflètent des résultats importants. Par exemple, la plupart des gens ne se préoccupent pas outre mesure de leur pression artérielle. C'est le fait que l'hypertension artérielle soit liée aux accidents vasculaires cérébraux, aux crises cardiaques et à la mort qui lui confère une *réelle* importance aux yeux des gens. Aussi lorsqu'on envisage des propositions axées sur l'hypertension artérielle (ou d'autres facteurs de risque cardiovasculaire) les décisions devraient-elles être fondées sur les effets de ces propositions sur les résultats importants (les maladies cardiovasculaires). Les données probantes relatives aux seuls impacts sur la tension artérielle ne constituent qu'une forme de données indirectes des effets d'une proposition sur les maladies cardiovasculaires.

3. Quelle est la meilleure estimation de l'impact des propositions à comparer pour chacun des résultats importants?

Pour décider si les conséquences souhaitables d'une proposition compensent les conséquences indésirables, il faut évaluer l'importance de ces divers impacts (et leurs répercussions économiques). Idéalement, cette évaluation devrait se présenter comme une comparaison entre ce que l'on pourrait escompter pour chaque résultat important si une proposition *était* mise en œuvre, si elle ne *l'était pas* ou si une autre proposition était adoptée (voir l'exemple du tableau 5). Il est également utile de connaître le degré de précision de chaque estimation, c.-à-d. son « intervalle de confiance » (voir le tableau 6 pour plus de détails).

En matière d'estimations d'effets, les responsables de politiques doivent bien comprendre la différence entre les effets relatifs et les effets absolus. Les patients, les professionnels de la santé et les personnes chargées de prendre des décisions relativement aux politiques et aux programmes de santé sont plus susceptibles d'opter pour une intervention si ses effets sont présentés comme étant relatifs plutôt qu'absolus [10]. Par exemple, une étude indique que 61 p. 100 d'un échantillon de professionnels de la santé d'Australie étaient en faveur de la mise en œuvre d'un programme de dépistage du cancer colorectal qui réduirait de 17 p. 100 le taux de mortalité lié au cancer de l'intestin (la réduction du risque relatif). Par comparaison, seulement 24 p. 100 d'entre eux étaient en faveur d'un programme donnant lieu à une réduction absolue de 0,4 p. 100 des décès dus au cancer de l'intestin (la réduction du risque absolu [11]). En réalité, les deux estimations provenaient du même programme.

(Le tableau 4 de l'article 10 de la présente série explique la différence entre les effets relatifs et absolus [9]).

4 . Quel degré de confiance les responsables de politiques et leurs collaborateurs peuvent-ils accorder à l'estimation des effets des propositions envisagées?

Six facteurs peuvent amoindrir notre degré de confiance à l'égard d'estimations des répercussions d'une politique ou d'un programme [12]:

- La faiblesse de la méthodologie de l'étude
- D'autres limites de l'étude
- L'imprécision
- Des résultats contradictoires
- L'extrapolation approximative des données probantes (*indirectness*)
- Un biais de publication

L'évaluation de ces facteurs est forcément d'ordre technique. Il n'est pas nécessaire que les responsables de politiques aient une compréhension approfondie de ces facteurs ou de la façon de les évaluer. Toutefois, tant les responsables de politiques que leur personnel de soutien technique ont intérêt à comprendre l'importance de prendre ces facteurs en considération.

Les études dans lesquelles un programme est assigné de façon aléatoire réduisent le risque qu'il y ait des différences inconnues ou non mesurées entre les groupes comparés. D'où la certitude accrue que les impacts sont attribuables au programme et non à quelque autre facteur [13-15]. Les méthodes de recherche qui ne recourent pas à l'assignation aléatoire ne peuvent rendre compte que des différences mesurées. Par exemple, une étude dans laquelle des collectivités sont assignées de façon aléatoire à une proposition de politique ou de programme, comme la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac, fournirait des données probantes plus concluantes quant aux effets d'une proposition qu'une étude comparant des collectivités qui auraient décidé elles-mêmes de la proposition à mettre en œuvre. En effet, les collectivités qui décident de la mise en œuvre d'une proposition sont susceptibles de présenter, par rapport à celles qui ne le font pas, des différences qui pourraient avoir un impact sur les résultats d'intérêt (la prévalence du tabagisme, dans le cas présent). Il serait donc impossible de savoir si la différence des résultats est due à la proposition de politique ou de programme ou aux autres différences observées entre les collectivités.

D'autres limites des études peuvent influencer sur les évaluations d'impact tant aléatoires que non aléatoires. Par exemple, des données incomplètes ou une mesure incertaine des résultats peuvent accroître le risque de fausser une évaluation et, donc, d'amoindrir la confiance dans les estimations qui en découlent.

L'imprécision (révélée par un large intervalle de confiance) est un autre facteur qui réduit la confiance avec laquelle on peut écarter la possibilité que le hasard soit à l'origine des différences de résultats observées entre les groupes comparés et qui, en conséquence, réduit également la confiance à l'égard de l'effet estimé. (Le tableau 6 explique de manière plus approfondie le concept des intervalles de confiance.)

Si différentes études de la même proposition de politique ou de programme donnent des résultats inconstants auxquels on ne trouve pas d'explication évidente, la certitude de connaître les effets escomptés de la mise en œuvre de la proposition en diminue d'autant.

Il arrive, pour diverses raisons, que des études ne s'appliquent pas directement à une question donnée, ce qui amoindrit la confiance accordée aux résultats. Comme nous l'avons fait remarquer précédemment, lorsqu'un résultat indirectement pertinent (la pression artérielle, par exemple) est mesuré au lieu d'un résultat important (la maladie cardiovasculaire), on n'accordera pas autant de confiance aux impacts sur le résultat important (dont le corollaire indirect est un résultat de substitution). La confiance sera également moindre lorsqu'on ne dispose que de comparaisons *indirectes*. Nous accorderions moins de confiance à des études dépourvues de comparaisons directes, par exemple, entre la proposition comparée à une « proposition témoin » (aucune intervention) et des études d'une proposition différente comparée à une proposition témoin. Les données probantes peuvent être indirectes d'autres façons, notamment lorsqu'il y a des différences entre une étude et le milieu d'intérêt sur le plan :

- Des caractéristiques de la population à l'étude
- De la proposition envisagée
- Du statu quo, ou proposition de comparaison

Les études qui révèlent des effets statistiquement significatifs ont plus de chances d'être publiées que celles qui n'en font pas état [16]. Lorsqu'un tel « biais de publication » semble probable, la confiance accordée aux estimations découlant seulement d'études publiées peut également être ébranlée. Il faut envisager la possibilité d'un biais de publication en présence de plusieurs petites études, surtout lorsqu'elles sont parrainées par l'industrie ou si les chercheurs sont connus pour avoir déjà eu d'autres conflits d'intérêts semblables.

En résumé, l'évaluation de la « qualité » ou de la solidité des données probantes et la confiance que l'on peut accorder aux estimations des impacts probables des propositions reposent sur la prise en compte de *tous* les facteurs présentés ci-dessus. Bien qu'il n'y ait pas de règle établie pour évaluer ces facteurs, des jugements sur la qualité des données probantes traitant explicitement de chaque facteur contribuent à réduire la possibilité d'omettre des éléments importants. Ces jugements aident aussi à réduire la probabilité d'une évaluation partielle des données probantes (voir l'exemple

du tableau 7). Le recours à une méthode systématique et transparente, comme celle du groupe de travail GRADE (voir le tableau 8), facilite l'examen des jugements posés⁵.

5. Un modèle économique formel pourrait-il faciliter la prise de décisions?

Des modèles économiques formels, telles des analyses coût-efficacité et des analyses coût-utilité, peuvent aider à éclairer les jugements visant à peser les conséquences souhaitables et indésirables d'une proposition [17]. Les modèles économiques sont également précieux pour prendre des décisions complexes et vérifier dans quelle mesure une décision tient compte des estimations ou des hypothèses clés. Toutefois, la qualité d'un modèle dépend toujours de celle des données sur lesquelles il repose. Lorsque les estimations des avantages, des désavantages ou de l'utilisation des ressources sont effectuées en fonction de données probantes de piètre qualité, les résultats seront forcément hautement hypothétiques (voir l'exemple du tableau 9).

Un modèle économique complet est plus susceptible de contribuer à éclairer une décision dans les cas suivants :

- S'il existe une grande différence dans les ressources consommées dans chacune des propositions comparées
- Si d'importantes dépenses en immobilisations s'imposent, comme la construction de nouvelles installations
- S'il n'est pas certain que les avantages nets soient intéressants, compte tenu des coûts différentiels
- Si on dispose de données probantes de qualité sur la consommation des ressources

Un modèle économique peut également servir à préciser les besoins d'information en examinant dans quelle mesure une analyse s'applique à une gamme d'estimations plausibles.

Malheureusement, les analyses coût-efficacité publiées, particulièrement celles qui concernent les médicaments, ont de fortes chances d'être entachées d'erreurs ou de partialité. De plus, elles concernent des milieux précis qui peuvent différer du milieu d'intérêt [18]. Les responsables de politiques pourraient donc envisager d'élaborer leurs propres modèles économiques, à condition de disposer de l'expertise et des ressources nécessaires.

CONCLUSION

Les décisions stratégiques sont éclairées par des évaluations de l'équilibre entre le pour et le contre des propositions envisagées. Comme nous l'avons recommandé, ces évaluations doivent être effectuées de manière systématique et transparente. Lorsque l'avantage net (c.-à-d. la différence entre les conséquences souhaitables et les conséquences indésirables) est important par rapport aux coûts, la décision inspire

davantage confiance. À l'inverse, notre confiance est moins grande lorsque l'avantage net est peu important par rapport aux coûts.

De façon générale, plus nous entretenons d'incertitude quant aux impacts probables d'une proposition, moins nous aurons confiance au moment de prendre une décision. Il y a tout de même des exceptions : d'abord, les répercussions d'une proposition ou d'une intervention peuvent nous paraître si incertaines qu'il est facile de s'abstenir.

Ensuite, même si nous accordons peu de confiance aux avantages d'une proposition donnée, il peut être facile de décider de passer à l'action pour la simple raison que les risques de méfaits sont faibles ou inexistants, que les coûts sont peu élevés et qu'on peut en retirer des bienfaits. Il peut en être ainsi d'un grand nombre de propositions d'information sur la santé. Toutefois, les responsables de politiques ne devraient pas en conclure pour autant que les politiques et les programmes qui semblent sans danger *ne sont pas* sans méfaits [19]. Même une mesure aussi simple que de diffuser de l'information en matière de santé peut, de fait, avoir des conséquences fatales [20]. À preuve, le conseil donné aux mères de bien des pays, pendant près de 50 ans, de coucher les bébés sur le ventre : ce conseil apparemment anodin a pourtant causé des dizaines de milliers de décès dus au syndrome de mort subite du nourrisson [21].

Enfin, en dépit d'une grande incertitude quant aux impacts probables d'une politique ou d'un programme, il peut être facile de décider qu'une mesure prometteuse ne doit être adoptée qu'à la lumière d'une évaluation d'impact bien conçue [22].

Même quand il y a lieu d'être optimiste quant aux répercussions d'une politique ou d'un programme, sa mise en œuvre n'est pas nécessairement prioritaire. Notre degré de confiance est un facteur déterminant au moment de décider de ce qu'il convient de faire et de la mesure dans laquelle cette mesure est prioritaire. D'autres facteurs (comme ceux décrits au tableau 10) peuvent également déterminer si la mise en œuvre d'une politique ou d'un programme constitue ou non une priorité.

RESSOURCES

Documents utiles et lecture complémentaire

Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schunemann HJ et le groupe de travail GRADE. 2008. « GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations ». *BMJ*; 336:924-926.

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ et le groupe de travail GRADE. 2008. « What is 'quality of evidence' and why is it important to clinicians? » *BMJ* ; 336:995-998.

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Vist GE, Schunemann HJ et le groupe de travail GRADE. 2008. « Incorporating considerations of resource use ». *BMJ*; 336:1170-1173.

Sites Web

Projet SUPPORT : www.support-collaboration.org/index.htm –Résumés concis d'études méthodiques portant sur le pour et le contre des politiques et des programmes de santé, à l'intention des PRFI.

GRADE Working Group.: www.gradeworkinggroup.org – Le groupe de travail GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) a mis au point un système pour évaluer la qualité des données probantes et la force des recommandations en matière de services de santé

CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

CONTRIBUTION RESPECTIVE DES AUTEURS

ADO a rédigé l'ébauche initiale du présent article; JNL, AF et SL 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 Benjamin Djulbegovic et à deux réviseurs anonymes 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. 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**.
3. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al: **Going from evidence to recommendations.** *BMJ* 2008, **336:1049-51**.

4. Oxman AD, Fretheim A, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 12. Finding and using research evidence about resource use and costs.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S12)**.
5. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al: **GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations.** *BMJ* 2008, **336**:924-6.
6. The SUPPORT Collaboration: *How SUPPORT Summaries are prepared.* [<http://www.support-collaboration.org/summaries/methods.htm>]. 2009.
7. 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)**.
8. Guyatt G, Oxman A, Kunz R, Vist G, Brozek J, Norris S, et al: **GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and Summary of Findings tables.** *J Clin Epidemiol.* 2009. In Press
9. 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)**.
10. Akl E, Oxman A, Herrin J, Vist G, Terrenato I, Sperati F, et al: **Using alternative statistical formats for presenting risks and risk reductions.** *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009. In Press
11. Adily A, Ward J: **Evidence based practice in population health: a regional survey to inform workforce development and organisational change.** *J Epidemiol Community Health* 2004, **58**:455-60.
12. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ: **What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians?** *BMJ* 2008, **336**:995-8.
13. Kleijnen J, Gotzsche P, Kunz R, Oxman A, Chalmers I: **So what’s so special about randomisation.** In *Non-Random Reflections on Health Care Research: On the 25th Anniversary Of Archie Cochrane’s Effectiveness and Efficiency.* Edited by Chalmers I, Maynard A. London: BMJ Publishers; 1997:93-106.
14. Kunz R, Oxman AD: **The unpredictability paradox: review of empirical comparisons of randomised and non-randomised clinical trials.** *BMJ* 1998, **317**:1185-90.
15. Savedoff WD, Levine R, Birdsall N: *When will we ever learn? Improving lives through impact evaluation.* Washington DC, Center for Global Development. 2006.
16. Hopewell S, Loudon K, Clarke MJ, Oxman AD, Dickersin K: **Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results.** *Cochrane Database Syst Rev* 2009, **1**:MR000006.
17. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, et al: **Incorporating considerations of resources use into grading recommendations.** *BMJ* 2008, **336**:1170-3.

18. Friedberg M, Saffran B, Stinson TJ, Nelson W, Bennett CL: **Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology.** *JAMA* 1999, **282**:1453-7.
19. Macintyre S, Petticrew M: **Good intentions and received wisdom are not enough.** *J Epidemiol Community Health* 2000, **54**:802-3.
20. Chalmers I: **Invalid health information is potentially lethal.** *BMJ* 2001, **322**:998.
21. Gilbert R, Salanti G, Harden M, See S: **Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002.** *Int J Epidemiol* 2005, **34**:874-87.
22. Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 17. Dealing with insufficient research evidence.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S17)**.
23. Eddy DM: **Comparing benefits and harms: the balance sheet.** *JAMA* 1990, **263**:2493, 2498, 2501.
24. Stead LF, Lancaster T: **Interventions for preventing tobacco sales to minors.** *Cochrane Database Syst Rev* 2005, **1**:CD001497.
25. Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK: **Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda.** *Health Policy* 2007, **82**:78-94.
26. Aaserud M, Trommald M, Oxman AD, Innvaer S: **[Evaluation of reimbursement applications for new drugs].** *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002, **122**:2619-23.

Figure 1. Peser le pour et le contre des politiques et des programmes de santé*



Conséquences souhaitables, dont :

- Améliorations sur le plan de la santé
- Meilleur accès aux services de santé
- Utilisation plus appropriée des services de santé
- Économies
- Réduction des inégalités
- Incidences d'ordre éthique telles que l'accroissement de l'autonomie

Conséquences indésirables, dont :

- Effets involontaires sur la santé (méfaits)
- Accès réduit aux services de santé
- Utilisation moins appropriée des services de **santé**
- Coûts
- Accroissement des inégalités
- Incidences d'ordre éthique telles que la **réduction** de l'autonomie

* Les décisions au sujet des propositions de politiques et de programmes de santé nécessitent des jugements pour déterminer si les conséquences souhaitables d'une proposition compensent les conséquences indésirables

Tableau 1. Bilans : le pour et le contre

Un bilan est un outil simple mais efficace pour présenter les avantages et les désavantages de diverses propositions, y compris les propositions de politiques [17,23]. Dans la présente section, nous décrivons les données probantes et les jugements nécessaires pour élaborer et utiliser un bilan comme celui qui est illustré au tableau 2. Nous décrivons aussi les avantages du bilan comparativement aux jugements d'experts qui ne sont pas posés de manière systématique et transparente.

Le bilan a pour but d'aider les décideurs à bien saisir les conséquences importantes des propositions comparées, et il le fait de plusieurs façons. Premièrement, un bilan condense l'information la plus importante, ce qui permet de l'évaluer efficacement. Deuxièmement, il met l'accent sur les résultats les plus importants, augmentant d'autant la probabilité que les décideurs aient une idée exacte de ce que l'on sait au sujet des propositions envisagées et des conséquences importantes. Troisièmement, le processus même d'élaboration d'un bilan est un mécanisme utile pour organiser la pensée, structurer l'analyse des données probantes et orienter le débat. Quatrièmement, un bilan peut aider à former des jugements plus explicites au sujet des principales conséquences des propositions de politiques, des données sous-jacentes et des jugements subséquents sur les avantages et les désavantages relatifs des diverses propositions. Enfin, un bilan peut être une source d'« information brute » pour d'autres décideurs, les aidant ainsi à poser leurs propres jugements quant aux compromis entre les conséquences souhaitables et les conséquences indésirables.

Il convient toutefois de tenir compte de deux contraintes quand on utilise des bilans pour prendre des décisions. D'abord, lorsqu'il faut prendre en considération des compromis complexes entre divers résultats, les responsables de politiques doivent souvent traiter beaucoup d'information afin de poser des jugements. Ensuite, lorsqu'il faut soupeser différents résultats, les jugements de valeur posés par les responsables de politiques pourraient demeurer implicites. Le recours à des modèles économiques formels pourrait aider à surmonter ces contraintes en faisant en sorte que toute hypothèse sous-jacente (y compris les jugements de valeur) devienne plus explicite. On peut alors recourir à des analyses de sensibilité pour explorer les effets sur les résultats, tant des incertitudes que des diverses hypothèses.

Tableau 2. La délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac devrait-elle être conditionnelle au fait de ne pas vendre de tabac aux mineurs?

Population : Mineurs (au sens d'âge de la majorité)

Milieu : Europe

Interventions : Délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac + vérifications de conformité¹

Comparaison : Aucune exigence de permis ou vérification de conformité

Résultats	Impact			Nombre d'études	Qualité des données probantes (GRADE) ²
	Pessimistes	Meilleure hypothèse	Optimistes		
Réduction du nombre de fumeurs par année	0	?	1 650 dans le pays à l'étude (population de 4,5 millions)	4	⊕○○○ Très faible ³
Années de vie sauvées par année	0	?	9 240 dans le pays à l'étude (population de 4,5 millions)	4	⊕○○○ Très faible ⁴
Coût par année	10,5 millions € (3 contrôles par année)	?	7,2 millions € (1 contrôle par année + contrôle interne)	0	⊕○○○ Très faible ⁵

1. En vertu du projet loi envisagé dans le pays d'Europe en question, les détaillants devraient obtenir un permis pour vendre du tabac. Les propositions de politiques envisagées prévoient trois vérifications de conformité par année ainsi qu'une par année, assortie d'un contrôle interne. Les vérifications de conformité (faites par un adolescent essayant d'acheter du tabac) ont pour but de s'assurer que l'on ne vend pas de tabac à des mineurs. Le non-respect est sanctionné par le retrait du permis de vente. Par contrôle interne, on entend que les détaillants devraient établir leurs propres stratégies pour contrôler la vente de tabac à des mineurs

2. Voir le tableau 8

3. L'étude méthodique sur laquelle est fondé le présent résumé (qui n'a pas servi au rapport d'expert auquel il est fait référence dans les tableaux subséquents) comprend un essai clinique à répartition aléatoire pertinent et trois études comparatives avant-après comportant des limites importantes. Le risque de partialité est très élevé en ce qui concerne les estimations de l'impact sur la prévalence du tabagisme. Des variations importantes dans les résultats n'étaient pas expliquées de manière satisfaisante. Les études incluses dans l'examen ont été réalisées aux États-Unis (2), au Royaume-Uni (1) et en Australie (1), et comportent des différences sur le plan des interventions en plus de laisser planer des doutes à savoir si des résultats semblables peuvent être escomptés dans le pays où la mise en œuvre de cette politique est envisagée. Deux études font état, dans les groupes d'âge plus jeunes, d'un effet qui n'a pas été confirmé dans une autre, tandis que deux études n'ont pas démontré de changements dans les comportements tabagiques. Sur la base de ces études, il est difficile d'établir la meilleure estimation de l'impact de la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac, avec vérifications de conformité, sur la réduction du nombre de fumeurs. L'estimation la plus faible serait que cette intervention n'aurait aucun impact; l'estimation la plus élevée provient d'un rapport d'experts (voir les tableaux 3 à 5)

4. L'estimation la plus élevée quant au nombre d'années de vie sauvées, tirée du même rapport d'experts, présente les mêmes limites que l'estimation de l'impact sur les comportements tabagiques, puisqu'elle se fonde sur cette même estimation. En outre, elle repose sur des hypothèses de ce qu'il adviendrait longtemps après la période visée par les études qui avaient aussi évalué les effets de cette politique sur les comportements tabagiques et sur des hypothèses quant à l'incidence sur la mortalité de la modification des comportements tabagiques

5. Les estimations du coût de la politique sont tirées du rapport d'experts (décrit dans les tableaux qui suivent). Elles reposent sur une estimation du nombre de détaillants qui ont vendu des produits du tabac ainsi que sur une hypothèse relative au coût du traitement de chaque permis et de chaque vérification de conformité

Tableau 3. Quelles sont les propositions à comparer? Exemple de cas : la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac

La réduction du tabagisme chez les adolescents était une priorité pour le ministre de la Santé d'un pays d'Europe. Le gouvernement en question a commandé un rapport sur les propositions de politiques à cet égard, qui a été réalisé par de grands spécialistes en santé publique. L'une des propositions envisagées consistait à délivrer des permis aux détaillants de produits du tabac, la vente de tabac à des mineurs étant sanctionnée par le retrait du permis. Le rapport comparait cette proposition au statu quo, c'est-à-dire à l'absence de permis pour la vente de tabac. Les experts en santé publique n'ont pas entrepris ou utilisé d'étude méthodique ni précisé quelles caractéristiques de la proposition de politique (ou comparateurs) étaient, selon eux, essentielles ou importantes.

Le rapport laisse de côté plusieurs questions cruciales. Par exemple, il pourrait y avoir eu des variations importantes entre le statu quo dans les régions où les responsables de politiques envisageaient de mettre en œuvre la politique et celles où les études ont été réalisées. Le rapport aurait pu étudier d'autres politiques déjà en place pour réduire la vente de tabac aux mineurs. Il est possible que les lois en vigueur interdisent la vente de tabac à des mineurs ou prévoient d'autres façons de mettre l'interdiction en application – par exemple, des amendes ou d'autres sanctions pour la vente illégale de tabac, la sensibilisation directe des détaillants (information sur les dispositions de la loi) ou des campagnes médias (pour sensibiliser les collectivités). Il pourrait aussi y avoir eu des différences quant à la facilité avec laquelle des mineurs pouvaient obtenir du tabac d'autres sources (p. ex., auprès des parents et amis ou par le vol).

Les experts ont abordé de manière explicite deux propositions de politiques visant la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac, soit trois vérifications de conformité par année (par un adolescent essayant d'acheter du tabac) pour s'assurer que les détaillants ne vendent pas de tabac à des mineurs ainsi qu'une vérification de conformité par année, assortie d'un contrôle interne (les détaillants eux-mêmes s'assurant qu'on ne vend pas de tabac à des mineurs). Dans les deux cas, le non-respect était sanctionné par le retrait du permis. Il existe aussi d'autres façons de veiller à l'application du règlement sur le tabac, dont certaines ont été évaluées dans d'autres études. Les auteurs du rapport d'experts ne se sont pas penchés explicitement sur la question de savoir si des méthodes différentes de contrôle de l'application des mesures relatives aux permis de vente de tabac étaient susceptibles d'occasionner des variations importantes dans l'efficacité de la politique.

Tableau 4. Quels sont les principaux résultats potentiels? Exemple de cas : la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac

Le principal résultat étudié dans le rapport d'experts commandé par le gouvernement avait trait à la prévalence du tabagisme, les constatations étant étayées par un résultat de substitution relatif aux effets de l'usage du tabac. L'estimation de l'incidence sur le nombre d'années de vie sauvées se fonde sur l'impact estimé sur la prévalence du tabagisme ainsi que sur des données épidémiologiques liant le tabagisme et la mortalité. Les répercussions sur la morbidité n'ont pas été étudiées. D'autres impacts ont toutefois été explicitement examinés par les spécialistes, notamment les frais d'administration, l'acceptabilité politique et l'acceptabilité publique. Le rapport d'experts aurait pu se pencher sur d'autres résultats, par exemple :

- Les coûts pour les détaillants et les méfaits possibles (p. Ex, l'augmentation des vols et les achats transfrontaliers)
- Qui assumerait les frais administratifs de ces mesures
- La différence éventuelle de répercussions de la politique sur diverses populations (p. Ex., les mineurs de milieux défavorisés sur le plan socioéconomique ou les gens qui vivent près des frontières – susceptibles de traverser les frontières pour acheter du tabac)
- Les conséquences d'ordre éthique (p. Ex. L'utilisation d'un mineur ou d'une personne qui prétend être mineure aux fins des vérifications de conformité ou encore l'impartialité de la politique en ce qui a trait aux impacts différents qu'elle pourrait avoir sur différents groupes de mineurs et différents détaillants)

**Tableau 5. Quelles sont les meilleures estimations des impacts?
Exemple de cas : la délivrance de permis aux détaillants de produits
du tabac**

Le rapport d'experts sur les politiques visant à réduire le tabagisme chez les adolescents commandé par le gouvernement en question révèle que la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac entraînerait une diminution relative de 10 p. 100 du nombre de fumeurs. En prenant comme référence la prévalence actuelle des fumeurs, on a estimé que l'effet absolu de la politique serait une réduction de 1 650 fumeurs par année. En se fondant sur des modèles épidémiologiques liant le tabagisme à un risque accru de mortalité, les experts ont estimé que la politique sauverait 9 240 vies par année. Ils n'ont pas présenté d'intervalles de confiance, mais ils ont souligné que l'effet réel était très incertain et utilisé une vaste gamme d'estimations pour calculer le rapport coût-efficacité de la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac. L'estimation des frais d'administration se fonde sur une estimation du nombre de détaillants qui avaient vendu du tabac, sur une hypothèse quant au coût de traitement de chaque permis et sur une hypothèse quant au coût de chaque inspection (pour vérifier la conformité à l'interdiction de vendre du tabac à des mineurs).

Selon ces hypothèses, le coût estimatif total se situerait entre 7,2 millions € et 10,5 millions € par année.

Tableau 6. Les intervalles de confiance

L'intervalle de confiance (IC) est la plage à l'intérieur de laquelle la précision des résultats est établie. C'est un guide indiquant le degré de certitude que l'on peut accorder au nombre qui nous intéresse (p. ex., l'incidence d'une proposition de politique sur un résultat d'intérêt). Plus l'écart est étroit entre les nombres inférieurs et supérieurs de l'IC, plus l'estimation est précise et plus on peut avoir confiance d'obtenir une valeur réelle. Inversement, plus cet écart est large, plus le degré de certitude décroît. L'écart ou la plage de l'intervalle de confiance reflète la mesure dans laquelle le hasard pourrait être responsable d'une estimation observée (des intervalles plus larges laissent entendre que le hasard est plus susceptible d'être en cause). Un IC de 95 p. 100 signifie que l'on peut être certain à 95 p. 100 que la taille réelle d'un effet se situe entre les limites inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance. À l'inverse, il y a 5 p. 100 de possibilités que l'effet réel se situe à l'extérieur de cette plage.

**Tableau 7. Dans quelle mesure peut-on se fier aux impacts estimés?
Exemple de cas : la délivrance de permis aux détaillants de produits
du tabac**

Le rapport d'experts commandé par le gouvernement en cause conclut que la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac repose sur un fondement empirique « solide », mais ce jugement n'a pas été clairement étayé. Les experts n'ont pas réalisé d'étude méthodique ni cité l'étude méthodique dont il est question au tableau 3, non plus qu'aucune autre étude méthodique à l'appui de leurs estimations, même si une telle étude était disponible [24]. À la différence du jugement inexplicé des experts, l'évaluation, par la méthode GRADE, des données résumées dans l'étude méthodique laisse entendre que la qualité des données était très faible pour tous les résultats d'importance (le tableau 8 présente en détail la méthode d'évaluation GRADE). Le tableau 1 résume, sous la forme d'un bilan, les conclusions du rapport d'experts sur cette décision stratégique et évalue la qualité des données probantes sur lesquelles reposent trois estimations réalisées par la méthode GRADE.

Les auteurs de l'étude méthodique (qui portait sur une plus vaste gamme d'interventions et de méthodologies) ont conclu que les interventions touchant les détaillants peuvent entraîner d'importantes diminutions du nombre de points de vente de tabac aux jeunes. Toutefois, parmi les collectivités étudiées dans le cadre de cette étude, rares sont celles qui ont pu maintenir des niveaux élevés de conformité, ce qui expliquerait l'insuffisance de données démontrant l'effet d'une intervention sur la perception des jeunes quant à l'accessibilité du tabac et sur les comportements tabagiques. Les estimations « pessimistes » des avantages présentées au tableau 2, conformes aux conclusions de l'étude méthodique, n'ont pas été considérées dans le rapport d'experts.

Tableau 8. La méthode GRADE pour évaluer la qualité des données probantes

L'évaluation de la qualité de données probantes nécessite des jugements au sujet du degré de confiance à accorder à l'exactitude de l'estimation d'un effet. Le groupe de travail GRADE a mis au point une méthode systématique et transparente pour poser de tels jugements relativement à chacun des résultats qui importent dans la prise de décisions [12]. Les jugements se fondent sur la méthodologie de l'étude (essai clinique à répartition aléatoire ou études observationnelles), le risque de partialité (limites de l'étude) ainsi que la cohérence des résultats et la précision des estimations sur l'ensemble des études. Selon les facteurs pris en compte pour chacun des résultats, la qualité des données probantes est jugée élevée, moyenne, faible ou très faible, conformément aux définitions qui suivent :

⊗⊗⊗⊗ Élevée	<ul style="list-style-type: none">• Certitude que l'effet réel se situe près de l'effet estimé
⊗⊗⊗○ Moyenne	<ul style="list-style-type: none">• Probabilité que l'effet réel se situe près de l'effet estimé, mais possibilité qu'il s'en écarte considérablement
⊗⊗○○ Faible	<ul style="list-style-type: none">• L'effet réel pourrait s'écarter considérablement de l'effet estimé
⊗○○○ Très faible	<ul style="list-style-type: none">• L'estimation est très incertaine

Tableau 9. Un modèle économique formel serait-il utile? Exemple de cas : la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac

Le rapport d'experts commandé par le gouvernement en question comporte une analyse économique selon laquelle le coût pour chaque année de vie sauvée en assujettissant les détaillants de produits du tabac à l'obligation de détenir un permis et en effectuant des vérifications de conformité se situe entre 900 € et 92 000 €, la meilleure estimation étant de 8 000 €. Les auteurs ont souligné que, puisque leurs estimations étaient très incertaines, il valait mieux tenir compte de la plage d'estimations plutôt que de la meilleure estimation. Ils ont néanmoins présenté des estimations exactes (suivant leurs hypothèses) et conclu que le fondement empirique de la recommandation de délivrer des permis aux détaillants de produits du tabac était solide. En conséquence, les responsables de politiques qui n'auraient pas fait une lecture critique de ce rapport pourraient conclure (à tort, à notre avis) que le rapport présente des données probantes de grande qualité démontrant que la délivrance de permis aux détaillants de produits du tabac est aussi rentable (ou plus rentable) qu'une vaste gamme de services préventifs en milieu clinique financés par l'État. Un examen plus systématique des données probantes sous-jacentes [24] ainsi qu'un résumé des conclusions incluant des jugements systématiques et transparents sur la qualité des données (voir le tableau 4) auraient offert une meilleure base décisionnelle.

Tableau 10. Facteurs pouvant contribuer à déterminer l'importance de mettre en œuvre des politiques et des programmes de santé

Les facteurs suivants peuvent parfois être considérés séparément (ou en combinaison) pour l'établissement des priorités de mise en œuvre des politiques et des programmes de santé :

- Degré de gravité du problème – plus un problème est grave, plus la probabilité est élevée que la politique ou le programme visant à le régler sera prioritaire
- Nombre de personnes touchées par le problème – plus les personnes touchées sont nombreuses, plus la probabilité est élevée que la politique ou le programme visant à régler le problème sera prioritaire
- Avantages – plus les avantages sont importants, plus la probabilité est élevée que la mise en œuvre d'une politique ou d'un programme sera prioritaire
- Effets néfastes – plus le risque de conséquences indésirables est grand, plus la probabilité est faible que la mise en œuvre d'une politique ou d'un programme sera prioritaire
- Utilisation des ressources (coût) – plus le coût est élevé, plus la probabilité est faible que la mise en œuvre d'une politique ou d'un programme sera prioritaire
- Rapport coût-efficacité – plus le coût unitaire d'un avantage est faible, plus la probabilité est élevée qu'une politique ou un programme sera prioritaire
- Incidences sur l'équité – les politiques ou les programmes qui permettent de réduire les inégalités pourraient jouir d'une plus grande priorité que ceux qui n'ont pas cet effet (ou que ceux qui exacerbent les inégalités)

Les décisions relatives à l'établissement des priorités devraient reposer sur des critères ou des raisonnements communs comme ceux qui énoncés ci-dessus. Elles devraient être sujettes à vérification et il devrait être possible de les révoquer en doute à la lumière des arguments soulevés par les parties intéressées. Un règlement devrait prévoir le respect de ces trois conditions [25]. Lorsque des critères comme ceux qui sont décrits ci-dessus sont employés de façon implicite plutôt qu'explicite, il est difficile de juger si les critères ou les décisions étaient appropriés [26].