

3. Établissement de priorités à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes

John N Lavis^{1}, Andrew D Oxman², Simon Lewin³ et Atle Fretheim⁴*

Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking.** Health Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S3** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S3.

<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s3.pdf>

1. Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, and Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5
2. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway
3. 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 (lavisj@mcmaster.ca)

Il s'agit de la traduction d'un article publié dans le Health Research Policy and Systems, 2009; 7:Supplement 1 (www.health-policy-systems.com/supplements/7/S1). La reproduction, la distribution et l'utilisation de 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.

Comme les responsables de politiques disposent de ressources limitées pour élaborer des politiques et des programmes éclairés par les données probantes ou favoriser leur conception (temps de travail et besoins en infrastructures du personnel – p. ex., accès à un bibliothécaire ou achat d'articles de revue – perfectionnement professionnel, etc.), ils pourraient préférer confier ces tâches à des unités autonomes dotées d'un personnel mieux qualifié et d'une infrastructure plus appropriée. Toutefois, les ressources financières à leur disposition pour ce faire peuvent également être restreintes. Que le soutien à l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes soit assuré à l'interne ou sous-traité et qu'il soit centralisé ou décentralisé, les ressources devront toujours être exploitées avec circonspection afin d'en maximiser l'impact. Parmi les exemples de pratiques à éviter dans le cadre d'une approche visant l'établissement de priorités, mentionnons la négociation au cas par cas des délais d'exécution à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes (au lieu de déterminer des normes claires sur les degrés d'appui possibles selon chaque délai fixé), l'établissement de priorités en fonction de critères implicites (et non explicites), le recours à un processus d'établissement de priorités ponctuel (et non systématique et explicite) et l'absence de plans visant à la fois les communications ainsi que la surveillance et l'évaluation. Le présent article propose des questions susceptibles d'orienter les personnes qui définissent les priorités relativement au repérage et à l'utilisation des données de recherche dans l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes, à savoir : 1. L'approche adoptée pour établir les priorités précise-t-elle clairement les délais d'exécution fixés en vue de s'attaquer par divers moyens aux dossiers hautement prioritaires? 2. L'approche comporte-t-elle des critères explicites de définition des priorités? 3. L'approche inclut-elle un processus explicite de définition des priorités? 4. L'approche comprend-elle une stratégie de communication ainsi qu'un plan de surveillance et d'évaluation?

À PROPOS DES OUTILS DU PROJET SUPPORT

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

SCÉNARIOS

Scénario 1 : Vous êtes un haut fonctionnaire qui doit soumettre au ministre un plan d'affectation des ressources humaines et autres en vue d'assurer que les programmes en vigueur demeurent bien gérés, que les nouveaux dossiers reçoivent l'attention appropriée et qu'un soutien soit apporté à l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes à l'égard de dossiers prioritaires. Selon votre expérience, l'administration des programmes et le traitement réactif des dossiers nuisent aux efforts proactifs visant l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes. Par conséquent, vous désirez inclure dans le plan une approche d'établissement des priorités qui favorisera l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes.

Scénario 2 : Vous travaillez au ministère de la Santé, où vous préparez un rapport sommaire sur la manière dont l'unité chargée du soutien décisionnel sera utile au personnel du Ministère, ce soutien allant de la réponse rapide aux demandes de synthèse des meilleures données probantes disponibles sur des sujets particuliers jusqu'à l'analyse exhaustive de problèmes, assortie de solutions possibles en fonction des données probantes, et ce, en tenant compte d'un processus de mise en œuvre pouvant exiger plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Vous devez envisager dans le document la manière dont l'unité établira l'ordre de priorité des types particuliers d'appuis qui seront associés à chaque cas.

Scénario 3 : Vous travaillez au sein d'une unité autonome qui aide le ministère de la Santé à mettre à profit les données probantes aux fins de l'élaboration de politiques. Vous préparez à l'intention du Ministère une proposition détaillée qui définira l'ordre de priorité des questions pour lesquelles des précis politiques et des dialogues sur les politiques seront requis afin que des données probantes éclairent l'élaboration de

politiques (ces deux situations sont l'objet des outils du projet SUPPORT traités en profondeur dans les articles 13 [2] et 14 [3]).

CONTEXTE

Les responsables de politiques et les parties intéressées disposent de ressources limitées pour élaborer des politiques et des programmes éclairés par les données probantes ou favoriser leur conception. Outre celles associées au temps de travail du personnel, ces restrictions visent aussi la capacité des personnes qui sont en mesure d'assister les responsables de politiques. Cela signifie que le personnel qualifié ne peut consacrer toutes ses heures de travail ni au repérage et à l'utilisation des données de recherche pour circonscrire le problème en cause, définir des propositions en vue de le régler et déterminer comment ces dernières pourront être mises en œuvre (ces questions sont l'objet des outils du projet SUPPORT traités dans les articles 4 à 6 de la série [4-6]) ni aux autres efforts visant l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes, l'essentiel de son temps devant plutôt être employé à administrer les programmes existants et à réagir par divers moyens aux problèmes émergents. Les restrictions visant les ressources peuvent également s'étendre aux besoins en infrastructures du personnel (p. ex., accès à un bibliothécaire ou achat d'articles de revue) ou au perfectionnement professionnel.

Dans un tel contexte, les responsables de politiques et les parties intéressées peuvent décider de regrouper tout le personnel collaborant à l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes ou encore de le répartir dans divers domaines de programme. La figure 1 illustre deux approches à cet égard : une centralisée et une autre, décentralisée. La première peut faciliter l'adoption d'une démarche commune pour la définition des priorités et les procédures courantes, mais elle nécessite des liens étroits avec le personnel de programme qui connaît parfaitement les enjeux et la situation en cause (ce qui peut éventuellement être accompli par des comités directeurs temporaires chargés de superviser certaines analyses des données de recherche disponibles). La seconde, quant à elle, peut favoriser l'établissement au sein de chaque programme d'une philosophie d'élaboration de politiques éclairées par les données probantes, mais elle requerra, elle aussi, des liens solides entre le personnel affecté au soutien décisionnel qui remplit des fonctions semblables au sein d'autres programmes.

Les responsables de politiques et les parties intéressées peuvent également choisir de sous-traiter le travail en partie ou en totalité à des unités autonomes dotées d'un personnel qualifié et d'une infrastructure appropriée. Toutefois, le recours à cette possibilité est soumis aux ressources financières disponibles. Comme pour une approche interne et centralisée, l'octroi de contrats externes nécessite l'établissement de liens étroits avec les responsables de politiques et les parties intéressées qui connaissent les enjeux et le contexte et peut également supposer l'adoption de mécanismes pertinents tels des comités directeurs temporaires.

Que le soutien à l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes soit assuré à l'interne ou sous-traité à des unités autonomes et qu'il soit centralisé ou décentralisé, les ressources devront toujours être exploitées avec circonspection afin d'en maximiser l'impact. Très peu de dossiers peuvent faire l'objet d'une évaluation exhaustive de données de recherche pertinentes. Il importe par ailleurs de souligner que les ressources limitées peuvent également être un facteur à considérer au moment de choisir une proposition de politique ou de programme donnée ou de choisir entre diverses stratégies de mise en œuvre (ces points sont l'objet des articles 5 [5] et 6 [6] de la série). Le présent article porte sur l'emploi avisé des ressources afin de trouver et d'utiliser des données issues de la recherche à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes.

La deuxième colonne de la figure 2 présente des exemples de pratiques à éviter qui risquent d'être employées dans le cadre d'une approche d'établissement de priorités. Ainsi, si les échéanciers à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes sont négociés au cas par cas, les responsables de politiques ne seront pas en mesure de faire correspondre les contraintes de temps auxquelles ils doivent faire face (p. ex., période d'une demi-journée, de cinq jours, de deux mois) au soutien dont ils pourraient bénéficier (recherche ciblée d'une étude méthodique ou analyse exhaustive des données de recherche disponibles). Lorsqu'on a recours à des critères implicites pour fixer des priorités ou que ce processus est ponctuel, les responsables de politiques dont les besoins en données de recherche ne sont pas comblés peuvent être démoralisés par le manque d'attention accordé à leur programme ou désenchantés par la rhétorique de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes. De plus, en l'absence d'un plan de communication ou encore de surveillance et d'évaluation, ils ne pourront pas savoir *pourquoi* leurs besoins en données probantes sont ou ne sont pas comblés, pas plus qu'ils ne pourront déterminer s'il leur est possible de perfectionner leurs approches actuelles et, le cas échéant, comment le faire.

Les responsables de politiques et les parties intéressées chargés d'élaborer une approche d'établissement de priorités à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes se heurtent à des obstacles de taille.

- Il leur faut combiner une approche *proactive* en matière d'établissement de priorités (p. ex., quelle priorité accorder à un élément d'un plan stratégique national pour le secteur de la santé?) à une approche *réactive* à l'égard des questions pressantes (p. ex., quelle priorité accorder à une question qui fait la une des journaux ou qui est l'objet d'un débat à l'assemblée législative?). Toute approche en matière d'établissement de priorités doit constituer un apport aux plans futurs tout en demeurant adaptable aux situations présentes parfois difficiles
- Il leur faut atteindre un équilibre entre les orientations fondées *sur une maladie* (p. ex., quelle priorité accorder au VIH/sida ou au diabète?), *sur un programme, un service ou un médicament* (p. ex., quelle priorité accorder à un programme de filtrage, à un service de counseling ou à une nouvelle catégorie de médicaments?) et

sur l'organisation du système de santé (p. ex., quelle priorité accorder à une modification réglementaire à la portée de la pratique infirmière, à un changement aux mécanismes financiers qui déterminent la rémunération des médecins ou aux dispositions relatives aux types de soins ne devant être offerts que dans des installations très achalandées?). Une approche d'établissement de priorités doit convenir simultanément à de multiples orientations présentant parfois des recoupements

- Il leur faut aussi établir un juste équilibre entre les questions de confidentialité à court terme et les engagements à plus long terme à l'égard de la transparence et de l'obligation de rendre compte, en particulier dans le cas des responsables de politiques, qui se fient beaucoup aux fonctionnaires pour l'évaluation de dossiers. Des dispositions strictes en matière de confidentialité sont souvent fixées afin de garantir que les questions en cause ne seront pas débattues sans l'autorisation des responsables de politiques, ce qui revêt une importance cruciale puisque ce sont ces derniers qui doivent très publiquement (par les élections périodiques) rendre compte de toute décision prise. Une approche d'établissement des priorités, du moins dans une optique gouvernementale, doit tenir compte d'un ensemble de dispositions visant la confidentialité et la transparence

Certaines des pratiques à privilégier dans une approche d'établissement de priorités à l'égard de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes découlent des outils et des ressources utilisés à cette fin dans d'autres domaines. Ceux-ci peuvent se répartir en trois catégories :

- Bien des outils et des ressources visent la détermination de la priorité d'intervention auprès de malades et de blessés; ils tendent à être axés sur l'utilisation des données disponibles relatives à la prévalence ou à l'incidence des maladies et blessures [7-10]
- La plupart des outils et des ressources sont destinés à établir la priorité entre des programmes, des services et des médicaments ciblant des maladies et des blessures précises ou sont tout simplement axés globalement sur le mauvais état de santé. Beaucoup portent à la fois sur les données relatives à la prévalence ou à l'incidence, d'une part, et sur les données issues de la recherche sur l'efficacité ou l'efficience des possibilités de prévention et de traitement, d'autre part [11-13]. Peu englobent un ensemble plus vaste de critères ou adoptent une approche plus holistique à l'égard de l'établissement de priorités [14-16]
- À peu près aucun outil ni aucune ressource ne semblent traiter de la détermination de priorités pour ce qui concerne l'organisation du système de santé (ou des changements qui y seraient apportés) en vue d'assurer la prestation efficiente de programmes, de services et de médicaments [17] ou le choix des diverses mesures destinées à agir sur les déterminants sociaux de la santé

Des outils et des ressources sont par ailleurs disponibles pour étayer l'établissement de priorités tant pour la recherche primaire que pour les études méthodiques dans le

secteur de la recherche [18-22] et encourager la formulation de recommandations destinées au secteur de la santé [23] (p. ex., directives de pratique clinique).

Certains des outils et des ressources évoqués ci-dessus peuvent servir à façonner une approche d'agencement des priorités pour les questions visées par l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes. Ainsi, les données sur la charge de morbidité pourraient servir à éclairer l'évaluation de la contribution d'une maladie particulière à la répercussion globale du mauvais état de santé : les données de recherche portant sur l'efficacité des programmes, des services et des médicaments peuvent contribuer à éclairer l'évaluation des propositions avancées dans le but de s'attaquer à cette cause. De même, les approches d'établissement de priorités à l'égard de la recherche fondamentale, de la recherche appliquée et des études méthodiques (qui peuvent s'étendre, respectivement, sur un horizon de cinq à vingt-cinq ans, de deux à cinq ans et de six à dix-huit mois) permettent aussi de mieux comprendre le processus en ce qui concerne les précis politiques élaborés au cours d'une période de un à six mois (l'article 13 de la présente série traite plus en profondeur de la préparation et de l'utilisation de précis politiques [2]). En ce qui a trait aux recommandations, ces mêmes approches peuvent en outre ouvrir des perspectives sur les priorités associées au repérage et à l'utilisation des données de recherche dans l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes. Toutefois, une revue récente de la question conclut qu'il existe peu de données empiriques probantes pour orienter le choix des critères et des processus d'établissement de priorités [23]. Le tableau 1 présente des exemples d'organismes auxquels une approche d'établissement de priorités pourrait être profitable.

QUESTIONS À ENVISAGER

Les questions suivantes peuvent orienter l'établissement de priorités aux fins du repérage et de l'utilisation des données de recherche dans l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes.

1. L'approche adoptée pour établir les priorités précise-t-elle clairement les délais d'exécution fixés pour s'attaquer par divers moyens aux dossiers hautement prioritaires?
2. L'approche comporte-t-elle des critères explicites d'établissement des priorités?
3. L'approche inclut -elle un processus explicite de définition des priorités?
4. L'approche comprend-elle une stratégie de communication ainsi qu'un plan de surveillance et d'évaluation?

1. L'approche adoptée pour établir les priorités précise-t-elle clairement les délais d'exécution fixés pour s'attaquer par divers moyens aux dossiers hautement prioritaires?

Les processus d'élaboration de politiques peuvent s'étendre sur des jours, des semaines, voire des années. Cependant, les processus systématiques et explicites d'établissement de priorités ne conviennent généralement pas aux échéanciers très courts (p. ex., heures et jours), car leur délai d'exécution pourrait à lui seul être plus long que le temps alloué pour prendre une décision. Toutefois, les critères explicites peuvent contribuer à éclairer le raisonnement sur les dossiers qui nécessitent une approche requérant la mobilisation de tout le personnel à l'égard du repérage et de l'utilisation des données de recherche (p. ex., lorsqu'un ministre dit : « Il nous faut ça sur-le-champ! »), mais aussi à déterminer les questions pouvant être traitées sur une période plus longue ou être écartées entièrement, en plus de celles qui se retrouvent entre ces deux extrêmes.

En ce qui concerne les processus d'élaboration de politiques étalés sur des semaines ou des mois, des critères explicites d'établissement de priorités de même que des processus systématiques et sans équivoque à cet égard peuvent présenter des avantages, en particulier lorsque les responsables de politiques et les parties intéressées se montrent réceptifs à une évaluation indépendante des données de recherche, un précis politique par exemple (l'article 13 traite plus en profondeur de la préparation et de l'utilisation de précis politiques à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes), ou sont disposés à obtenir, au moyen d'un dialogue sur les politiques, la rétroaction de parties intéressées, éclairée par les données probantes (l'article 14 de la présente série porte sur la manière d'organiser des dialogues et de s'en servir pour soutenir l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes [2,3]). Pour assurer un équilibre significatif entre approches proactives et approches réactives, les processus de ce genre doivent être dynamiques et revus à intervalles de quelques semaines ou de quelques mois.

En ce qui a trait aux questions politiques « perpétuelles » et aux processus d'élaboration de politiques répartis sur des mois ou des années, les responsables de politiques et les autres parties intéressées peuvent opter pour une approche d'établissement de priorités plus stratégique, par exemple en retenant les services de scientifiques pour mener une étude méthodique des documents de recherche portant sur une question de politique ou de programme particulière ou pour évaluer l'impact d'une politique ou d'un programme (il s'agit là du sujet de l'article 18 de la présente série [24]).

Idéalement, une approche d'établissement de priorités devrait énoncer clairement les échéanciers fixés pour traiter les dossiers prioritaires selon diverses méthodes afin que les responsables de politiques et les parties intéressées puissent par la suite déterminer

le temps dont ils disposent (une demi-journée, cinq jours ou deux mois, par exemple) pour les types de soutien dont ils pourraient bénéficier, notamment :

- La recherche d'études méthodiques sur une question précise
- Un résumé des conclusions d'études méthodiques dont la qualité est éprouvée et qui abordent de multiples facettes d'une question
- Une analyse exhaustive des données de recherche disponibles afin de circonscrire le problème en cause, de définir des propositions en vue de le régler et de déterminer comment une proposition particulière peut être mise en œuvre (p. ex., grâce à un précis politique, comme le décrit l'article 13 [2])

La dernière colonne de la figure 2 fait ressortir des pratiques à privilégier qui peuvent être mises en application dans le cadre d'une approche d'établissement de priorités, y compris le recours à des normes relatives aux échéanciers selon divers types de soutien. Les autres pratiques qui y sont présentées sont traitées aux questions 2 à 4 ci-dessous. Le tableau 2 donne un exemple d'échéancier pour (et de capacité de fournir) divers types de soutien ainsi que des mises en application des perspectives envisagées aux questions 2 à 4 relativement à l'approche d'établissement des priorités employées au ministère de la Santé cité.

2. L'approche comporte-t-elle des critères explicites d'établissement des priorités?

Les critères explicites peuvent contribuer à orienter les personnes engagées dans un processus d'établissement de priorités *et*, si les restrictions visant la confidentialité le permettent, justifier auprès des responsables de politiques les décisions prises au sujet des priorités. Il existe trois critères possibles pour déterminer la présence d'une question :

- Le ou les problèmes sous-jacents, s'ils sont bien traités, pourraient amener des bienfaits pour la santé, entraîner des améliorations au chapitre de l'équité en santé ou avoir d'autres impacts positifs, dès maintenant ou à l'avenir
- Les propositions viables, si elles sont mises en œuvre correctement, pourraient avoir une incidence sur les problèmes sous-jacents et se traduire par des bienfaits pour la santé, des améliorations au chapitre de l'équité en santé ou d'autres impacts positifs, ou encore réduire les désavantages, entraîner des économies ou accroître la rentabilité
- L'actualité politique pourrait susciter (ou avoir déjà suscité) des occasions de changement. Ainsi, en 1993, le président de Taïwan a déposé auprès du Parlement un projet de loi sur le régime national d'assurance maladie afin de contrer une objection d'un parti d'opposition [25]. L'objection en suspens a suscité de multiples possibilités de changement ainsi que de repérage et d'exploitation des données issues de la recherche à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes relativement au régime national d'assurance maladie

L'application de ces critères nécessite des données issues de la recherche et facilement accessibles de même qu'un jugement collectif (fondé notamment sur ces considérations) sur l'opportunité d'accorder une priorité accrue à une question. Une évaluation approfondie serait requise uniquement pour certaines questions considérées comme prééminentes.

Le premier de ces critères a trait, en partie, à des préoccupations telles que la charge de morbidité et la gravité probable des maladies nouvelles, mais également aux jugements relatifs à la possibilité de régler les problèmes sous-jacents. Ces derniers peuvent varier dans leur portée, allant d'une préoccupation centrale très ciblée pour les caractéristiques propres à des maladies ou à des blessures particulières jusqu'aux programmes, aux services et aux médicaments servant à les prévenir ou à les traiter, en passant par une organisation du système de santé favorisant la prestation de programmes, de services ou de médicaments. Puisque les données, notamment issues de la recherche, qui portent sur les problèmes sous-jacents ne sont pas toujours facilement accessibles, si tant est qu'elles le soient, d'autres éléments doivent être pris en considération (l'article 4 de la présente série fait un survol des processus en cause dans l'utilisation des données de recherche pour circonscrire les problèmes [4]).

Le deuxième critère nécessite un jugement pour déterminer la probabilité que les propositions soient assorties de coûts acceptables et entraînent les conséquences voulues (c.-à-d. si elles doivent être estimées viables). Définir des propositions en vue de régler un problème – objet de l'article 5 de la présente série – exige l'examen systématique d'études afin de cerner les avantages et les désavantages de chacune, et l'analyse rigoureuse de données, notamment issues de la recherche, au sujet des coûts et de la rentabilité [5]. Deux percées récentes, soit l'expansion des bases de données référençant des études méthodiques ainsi que la disponibilité croissante de sommaires de telles études adaptés pour les responsables de politiques et accessibles depuis ces bases de données (qui sont l'objet de l'article 7), ont rendu de plus en plus possibles les évaluations préliminaires de ce genre [26]. Toutefois, lorsque les données de recherche sur la viabilité de diverses propositions ne sont pas facilement accessibles, d'autres éléments devront être pris en considération.

Le troisième critère nécessite un jugement quant à la possibilité que des occasions d'agir se présentent ou existent déjà [27]. Comme nous le verrons dans l'article 4, ces occasions peuvent découler de l'attention accordée à un problème à différents moments [4]. Des cas documentés de lacunes majeures relatives à la qualité de la prestation de soins d'oncologie et à l'accès à ces derniers pourraient, par exemple, faire l'objet d'une vaste couverture médiatique. Par contre, ces occasions peuvent cesser tout aussi brusquement, car les médias tendent à passer rapidement à d'autres sujets. Des occasions peuvent par ailleurs être suscitées par l'actualité politique, par exemple, la formation d'une coalition de parties intéressées qui ont décidé de prendre des mesures dans un dossier particulier ou la nomination au poste de ministre de la Santé d'un politicien s'intéressant personnellement à une question donnée. Certains événements

associés à des problèmes ou à des politiques peuvent être anticipés (publication de rapports périodiques d'organismes nationaux de statistique, préparation d'un plan stratégique sur le secteur de la santé à l'échelle du pays, processus budgétaires annuels, élections, etc.) mais souvent, la *nature* précise de l'occasion, elle, ne peut l'être.

3. L'approche inclut-elle un processus explicite de définition des priorités?

Les critères explicites ne prennent pas de décisions : cette tâche incombe à des personnes. Un processus systématique et sans équivoque peut aider les décideurs à s'acquitter de leurs responsabilités de manière justifiable. Voici quatre des caractéristiques souhaitables d'un processus d'établissement de priorités :

- Il est éclairé par un résumé préalablement distribué des données, notamment probantes, qui sont disponibles et par un échange sur l'application de critères explicites aux dossiers parmi lesquels établir un ordre de priorité
- Il garantit une représentation équitable des personnes qui prendront part aux décisions concernant les dossiers parmi lesquels établir un ordre de priorité ou seront touchées par ces décisions
- Il se fait en collaboration avec un facilitateur qui se fonde sur des questions bien définies pour obtenir une rétroaction justifiée sur la priorité qui devrait être accordée à chacune
- Il recourt aux services d'une équipe chevronnée de responsables de politiques et de chercheurs afin de traduire les enjeux prioritaires en problèmes clairement définis et en propositions viables qui feront l'objet d'évaluations plus poussées

La préparation d'un sommaire des données, notamment probantes, qui sont disponibles au sujet des questions potentiellement prioritaires à faire circuler d'avance constitue un moyen très efficace de préparer les participants à un processus d'établissement des priorités. Les lacunes constatées dans ces données peuvent servir tout autant à décrire ce qui est disponible. Ces sommaires peuvent représenter une assise commune pour les échanges.

Idéalement, un processus d'établissement de priorités devrait réunir les divers groupes qui prendront part aux décisions concernant les dossiers parmi lesquels établir un ordre de priorité ou qui seront touchés par elles, ce qui exige un recensement soigné de tout l'éventail des parties intéressées afin de sélectionner les bons représentants pour chacune. Les dispositions relatives à la confidentialité peuvent être particulièrement problématiques si elles interdisent la participation des personnes qui seront touchées par toute décision visant les questions en cause. Les fonctionnaires, mais surtout les politiciens, pourraient ne devoir participer qu'à titre strictement individuel.

Un facilitateur qualifié, avisé et neutre est nécessaire au bon déroulement d'un processus d'établissement de priorités; l'article 14 de la présente série justifie cette combinaison d'attributs [3]. Si le processus est strictement gouvernemental, il pourrait être idéal de recruter le facilitateur au sein d'une unité chargée du soutien décisionnel

plutôt que de divisions responsables de politiques précises (p. ex., politique relative aux ressources humaines) ou de programmes particuliers (p. ex., soins associés au diabète).

Une équipe chevronnée de responsables de politiques et de chercheurs est requise afin de traduire les questions prioritaires en un ou des problèmes clairement définis et en propositions viables qui feront l'objet d'évaluations plus poussées. Idéalement, cette équipe fixerait des échéanciers fermes pour chaque question à traiter. Elle pourrait également proposer une orientation au sujet des dossiers pouvant être réglés à l'interne et de ceux qui pourraient être sous-traités. Les questions jugées confidentielles pourraient également être traitées à l'interne ou sous-traitées à condition que soient prévues des clauses de confidentialité explicites dans les contrats.

Le processus peut sembler complexe, mais comme le montre le tableau 2, il peut être mis en œuvre de manière très pratique dans un milieu donné.

4. L'approche inclut-elle une stratégie de communication ainsi qu'un plan de surveillance et d'évaluation?

Une stratégie de communication est requise pour que les responsables de politiques et les parties intéressées soient informés des dossiers prioritaires et puissent ainsi se préparer à contribuer à circonscrire les problèmes, à définir les propositions pour le résoudre et à déterminer le mode de mise en œuvre de ces dernières. Idéalement, la stratégie inclurait la préparation d'un éventail de matériel adapté aux diverses parties intéressées, mais dans des contextes précis ou à l'égard de questions particulières, les dispositions relatives à la confidentialité pourraient interdire la communication avec certaines parties intéressées.

Même la meilleure des stratégies de communication ne joindra pas tout l'auditoire ciblé et pourrait ne pas susciter l'engagement voulu à régler les questions prioritaires. Un plan de surveillance peut contribuer à contrer ce phénomène en permettant de repérer les dossiers prioritaires qui n'ont pas été traités au cours de l'échéancier fixé. Un plan d'évaluation afférent peut servir à examiner certaines questions de manière plus méthodique, par exemple les impacts du processus d'établissement de priorités sur le processus d'élaboration de politiques, ou encore la manière dont les parties intéressées répondent aux priorités retenues et la raison pour laquelle elles le font.

CONCLUSION

Il est trop facile de carrément omettre d'établir des priorités relativement au repérage et à l'exploitation de données issues de la recherche à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes ou encore de le faire de manière trop rapide ou superficielle. De plus, l'approche d'établissement de priorités retenue pourrait ne pas être mise en œuvre ou ne l'être que partiellement. En outre, il pourrait ne pas être possible de répéter une approche donnée à intervalles périodiques, car les

occasions peuvent se présenter à différents moments. Tout manquement de ce genre à l'égard de l'établissement de priorités peut signifier que des possibilités majeures de soutenir l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes ne sont pas exploitées et que la philosophie en faveur de cette démarche s'érode. Il faut donc se demander tout particulièrement si les échéanciers établis pour les divers moyens de s'attaquer aux questions prioritaires sont réalistes et respectés, si les critères et les processus retenus pour fixer les priorités sont réalistes et observés, et si une stratégie de communication de même qu'un plan de surveillance et d'évaluation ont été élaborés et sont en cours de mise en œuvre. Même dans les milieux où les ressources sont très limitées, le fait de se soucier de ces questions permettra vraisemblablement de garantir que les ressources existantes à l'appui de l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes sont affectées là où elles auront le plus grand impact.

RESSOURCES

Documents utiles et lecture complémentaire

Healy J., Maxwell J., Hong P.K., Lin V. 2007. Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries. Genève, Suisse : Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, Organisation mondiale de la santé [28]. – Ouvrage qui se penche sur les leçons apprises au sujet des organismes appuyant l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes, mais qui accorde peu d'attention à la façon dont ceux-ci établissent les priorités (www.who.int/alliance-hpsr/RespondingRequests_HS_AsianCountries_Healy.pdf)

Nolte E., Ettelt S., Thomson S., Mays N. 2008. « Learning from other countries: An on-call facility for health care policy ». Journal of Health Services Research and Policy, 13 (en supplément du n° 2) : 58-64 [29]. – Ouvrage qui se penche sur les leçons apprises par un organisme indépendant appuyant l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes, et qui accorde une certaine attention à la façon dont cet organisme établit ses priorités

Sites Web

Charge de morbidité mondiale :

www.who.int/topics/global_burden_of_disease/fr/index.html – Résultats et données de recherche portant sur la charge de morbidité mondiale. Ces renseignements peuvent représenter une rétroaction parmi de nombreuses autres concernant l'établissement de priorités pour l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes

Disease Control Priorities Project : www.dcp2.org/main/Home.html – Données issues de la recherche et recommandations sur la prestation de programmes, de services et de médicaments à laquelle différents types de pays devraient accorder une importance prioritaire. Ces renseignements peuvent représenter une rétroaction parmi de

nombreuses autres concernant l'établissement des priorités pour l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes

CHOosing Interventions that are Cost-Effective (CHOICE) : www.who.int/choice/en – Données, résultats issus de la recherche et outils à propos de la prestation de programmes, de services et de médicaments auxquels différentes régions et divers pays devraient accorder une importance prioritaire. Ces renseignements peuvent représenter une rétroaction parmi de nombreuses autres concernant l'établissement de priorités pour l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes

Canadian Priority Setting Research Network : www.canadianprioritysetting.ca/ – Articles publiés sur l'établissement des priorités dans les services de santé qui pourraient fournir des leçons sur l'établissement de priorités pour l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes

CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

CONTRIBUTION DE CHAQUE AUTEUR

JNL a rédigé l'ébauche initiale du présent article; ADO, 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 Bob Nakagawa, à Duff Montgomerie, à Kent Ranson, à Knut Inge Klepp, à Wija Oortwijn, à Martin McKee et à Ole Frithjof Norheim pour leurs commentaires avisés sur une version antérieure du présent article.

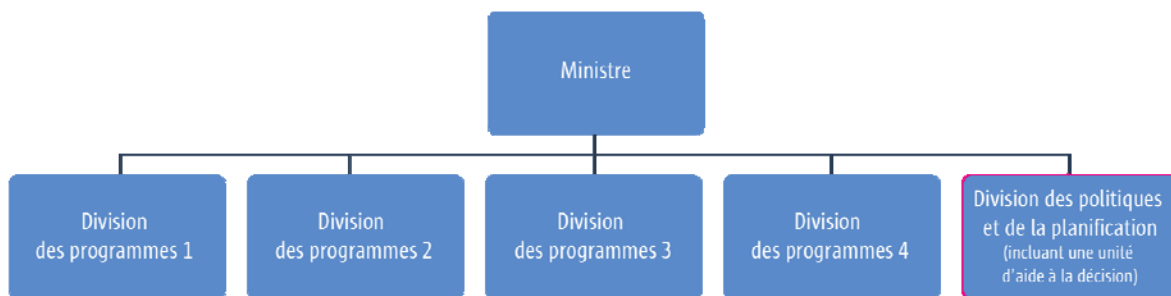
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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, Permanand G, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S13)**.

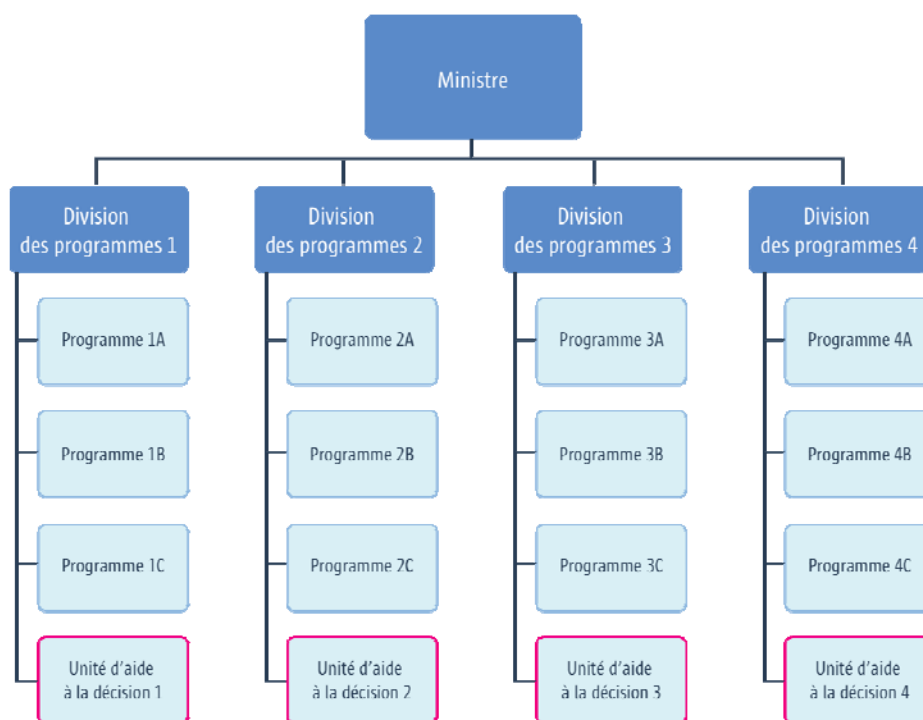
3. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S14)**.
4. Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, Lewin S, Fretheim 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)**.
5. Lavis JN, Wilson MG, Oxman AD, Grimshaw J, Lewin S, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 5. Using research evidence to frame options to address a problem.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S5)**.
6. Fretheim A, Munabi-Babigumira S, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 6. Using research evidence to address how an option will be implemented.** *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S6)**.
7. Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, Ortegón M, Strong K: **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries.** *Lancet* 2007, **370**:1929-38.
8. DeSavigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G: *In Focus: Fixing Health Systems*. Ottawa, Canada, International Development Research Centre. 2004.
9. Rudan I, Lawn J, Cousens S, Rowe AK, Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, et al: **Gaps in policy-relevant information on burden of disease in children: a systematic review.** *Lancet* 2005, **365**:2031-40.
10. Stuckler D, King L, Robinson H, McKee M: **WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis.** *Lancet* 2008, **372**:1563-69.
11. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TT: **Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector.** *Cost Eff Resour Alloc* 2003, **1**:8.
12. Laxminarayan R, Mills AJ, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, et al: **Advancement of global health: key messages from the Disease Control Priorities Project.** *Lancet* 2006, **367**:1193-208.
13. Mitton C, Donaldson C: **Health care priority setting: principles, practice and challenges.** *Cost Eff Resour Alloc* 2004, **2**:3.
14. Daniels N, Sabin J: *Setting limits fairly. Can we learn to share scarce medical resources?* Cambridge: Oxford University Press; 2002.
15. Gibson JL, Martin DK, Singer PA: **Evidence, economics and ethics: resource allocation in health services organizations.** *Healthc Q* 2005, **8**:50-9, 4.
16. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K: **Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda.** *Soc Sci Med* 2003, **56**:2433-41.
17. 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.

18. Ali N, Bhutta ZA, Bruce N, de Francisco A, Ghaffar A, Gulbinat W, et al: *The Combined Approach Matrix: A Priority-Setting Tool for Health Research*. 2004. Geneva, Global Forum for Health Research.
19. Gross CP, Anderson GF, Powe NR: **The relation between funding by the National Institutes of Health and the burden of disease**. *N Engl J Med* 1999, **340**:1881-7.
20. Lomas J, Fulop N, Gagnon D, Allen P: **On being a good listener: setting priorities for applied health services research**. *Milbank Q* 2003, **81**:363-88.
21. Nuyens Y: **Setting priorities for health research: lessons from low- and middle-income countries**. *Bull World Health Organ* 2007, **85**:319-21.
22. The Working Group on Priority Setting: **Priority setting for health research: lessons from developing countries. The Working Group on Priority Setting**. *Health Policy Plan* 2000, **15**:130-6.
23. Oxman AD, Schunemann HJ, Fretheim A: **Improving the use of research evidence in guideline development: 2. Priority setting**. *Health Res Policy Syst* 2006, **4**:14.
24. Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, Lewin S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies**. *Health Res Policy Syst* 2009, **7 (Suppl 1:S18)**.
25. Cheng TM: **Taiwan's new national health insurance program: genesis and experience so far**. *Health Aff (Millwood)* 2003, **22**:61-76.
26. 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)**.
27. Kingdon JW: *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd edn. New York: Longman; 2003.
28. Healy J, Maxwell J, Hong PK, Lin V: *Responding to Requests for Information on Health Systems from Policy Makers in Asian Countries*. Geneva, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. 2007.
29. Nolte E, Ettelt S, Thomson S, Mays N: Learning from other countries: an on-call facility for health care policy. *J Health Serv Res Policy* 2008, **13 Suppl 2**:58-64.

Figure 1. Approches centralisée et décentralisée du soutien à l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes



Soutien décisionnel centralisé



Soutien décisionnel décentralisé

Figure 2. Caractéristiques d'une approche d'établissement de priorités à privilégier et à éviter

<i>Caractéristiques du processus d'établissement des priorités</i>	<i>Caractéristiques à éviter</i>	<i>Caractéristiques à privilégier</i>
Délais d'exécution	Négociation au cas par cas	Normes claires sur les degrés d'appui possibles
Critères	Implicite	Critères explicites
Processus	Ad hoc	Processus systématique et explicite
Communications/ surveillance et évaluation	Absence de plans	Plan d'action

Tableau 1. Exemples d'organismes au sein desquels une approche d'établissement des priorités pour l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes peut être profitable

Divers types d'organismes appuient l'élaboration de politiques éclairées par les données probantes. En voici quelques exemples.

- L'Unité des politiques stratégiques du ministère de la Santé du Royaume-Uni (Strategic Policy Unit) a été mise sur pied pour étudier des questions prioritaires à régler selon un échéancier allant de quelques semaines à quelques mois
- L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (www.acmts.ca), organisme national financé par le gouvernement, propose un service de réponse rapide (le Service d'information sur les technologies de la santé) aux responsables des ministères provinciaux de la Santé qui cherchent à obtenir des renseignements pour choisir les technologies de la santé à implanter, à couvrir et à financer. Les échéanciers varient entre un et trente jours
- Un membre du réseau Evidence-Informed Policy Network (www.evipnet.org/php/index.php) au Vietnam a obtenu du financement pour préparer deux précis politiques et tenir deux dialogues sur les politiques au cours de l'année afin de répondre aux priorités des responsables de politiques et des parties intéressées
- L'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé (www.euro.who.int/observatory?language=French) tient tout un éventail de dialogues sur les politiques, dont des séminaires de réponse rapide qui peuvent être organisés à très brève échéance
- Le service On-call Facility for International Healthcare Comparisons (www.lshtm.ac.uk/ihc/index.html), hébergé à l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, répond aux demandes directes du ministère de la Santé du Royaume-Uni au sujet de la manière dont des questions particulières sont traitées dans les systèmes de santé d'autres pays à revenu élevé [29]

Chacun de ces organismes doit, de manière implicite ou explicite, se fixer des échéanciers pour exécuter son travail et se doter de critères pour décider des questions qui méritent qu'on leur accorde beaucoup de temps et de celles qui en exigent moins ou qui n'en exigent aucunement. Il leur faut également des processus pour prendre ces décisions.

Tableau 2. Exemple d'approche d'établissement de priorités

Une unité ministérielle chargée du soutien décisionnel propose aux fonctionnaires du Ministère l'éventail d'appuis suivant.

1. Recherche d'études méthodiques traitant d'une question particulière (échancier : un jour; maximum par trimestre : 24)
2. Résumé des conclusions d'études méthodiques à la qualité éprouvée traitant de diverses facettes d'une question (échancier : une semaine; maximum par trimestre : 12)
3. Analyse exhaustive des données de recherche disponibles afin de circonscrire le problème en cause, de définir des propositions pour le résoudre et déterminer le mode de mise en œuvre de ces dernières (échancier : un mois; maximum par trimestre : trois)

L'unité tient un inventaire des requêtes, chacune assortie d'une cote de 0 à 56. En effet, à sa réception, une requête est passée en revue par deux membres du personnel, qui lui assignent chacun une cote de 1 à 7 (1 correspondant à « entièrement en désaccord » et 7, à « entièrement d'accord ») pour les critères suivants :

- Le ou les problèmes sous-jacents, s'ils sont bien traités, sont susceptibles de procurer des bienfaits pour la santé, d'améliorer l'équité en santé ou d'entraîner d'autres impacts positifs, immédiatement ou ultérieurement
- Les propositions viables, si elles sont mises en œuvre correctement, pourraient avoir une incidence sur le ou les problèmes sous-jacents et se traduire par des bienfaits pour la santé, des améliorations au chapitre de l'équité en santé ou d'autres impacts positifs, ou encore atténuer les désavantages, entraîner des économies ou accroître la rentabilité
- L'actualité politique pourrait susciter (ou avoir déjà suscité) des occasions de changement

La cote associée au troisième critère est doublée, celui-ci étant jugé deux fois plus important que les deux autres (ce qui fait en sorte que les priorités du ministre reçoivent l'attention voulue); ainsi, un maximum de 14 points peut être attribué aux deux premiers critères, contre 28 pour le troisième. L'un des deux membres du personnel note la nature du soutien demandé (de type 1, 2 ou 3 ci-dessus) en fonction de la description et de la justification de la requête soumise par d'autres fonctionnaires du Ministère (après approbation de leur directeur de division respectif). La requête doit aborder chacun des trois critères à l'aide des données, notamment probantes, qui sont disponibles, et traiter de l'application de critères explicites aux questions dont la priorité reste à déterminer.

Au début de chaque semaine, le gestionnaire de l'unité, de concert avec tous les directeurs de division, passe en revue la liste des requêtes pour chaque type de soutien, classées par ordre de priorité. D'un commun accord, ces personnes conviennent qu'il sera donné suite cette semaine-là aux deux principales requêtes de type 1 et que la

priorité absolue de type 2 sera traitée. Elles confirment également que le suivi à donner à la principale requête de type 3 progresse bien et que des préparatifs sont en cours pour amorcer une nouvelle évaluation de la deuxième priorité de cette catégorie lorsque l'analyse en cours sera terminée. Le gestionnaire de l'unité (formé en recherche relative aux politiques en matière de santé) anime la réunion en prenant soin de faire justifier tout changement au classement et en veillant à ce que chaque requête visant une analyse exhaustive soit bien raisonnée en ce qui concerne la question de circonscrire provisoirement le problème, de définir les propositions pour le résoudre et de mettre celles-ci en œuvre. Il publie ensuite le compte rendu des décisions et les classements sur le site intranet du Ministère en enjoignant aux fonctionnaires dont les requêtes n'ont pas été traitées un mois après leur soumission d'en envoyer une mise à jour. Tous les mois, le gestionnaire passe en revue, avec les directeurs de division, les données de surveillance de l'unité, lesquelles portent notamment sur le nombre d'appels soumis par le personnel du Ministère et sur la façon dont ils ont été réglés. Une fois l'an, l'unité réévalue l'ampleur de ses résultats afin de déterminer s'il est possible d'offrir plus rapidement un soutien accru. Tous les trois ans, l'unité commande une évaluation de son incidence sur le processus d'élaboration de politiques.