

6. Mettre à profit les données de recherche pour déterminer le processus de mise en œuvre d'une proposition

Atle Fretheim^{1}, Susan Munabi-Babigumira², Andrew D Oxman³, John N Lavis⁴ et Simon Lewin⁵*

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 Research Policy and Systems; 2009, **7(Suppl 1):S6** doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S6.
<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s6.pdf>

1. 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
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
4. Clinical Epidemiology Program, Ottawa Health Research Institute, Administration Building, Room 2-017, 1053 Carling Ave., Ottawa, ON, Canada, K1Y 4E9
5. 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 (atle.fretheim@nokc.no)

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

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

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



Résumé

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

Une fois qu'une décision en matière de politique est prise, le défi suivant consiste à traduire la position de principe en mesures concrètes. Ainsi, quelles stratégies permettraient de faciliter une mise en œuvre efficace, et que sait-on de leur efficacité? Nous proposons cinq questions que les responsables de politiques devraient se poser lorsqu'ils instaurent une politique ou un programme en matière de santé : 1. Quels sont les obstacles éventuels à la mise en œuvre réussie d'une nouvelle politique? 2. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de favoriser l'adoption des comportements voulus par les prestataires de services de santé et l'ensemble de la population? 3. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de favoriser l'adoption des comportements voulus par les professionnels de la santé? 4. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de favoriser la mise en place des changements organisationnels voulus? 5. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de permettre que les changements voulus soient apportés aux systèmes?

À PROPOS DES OUTILS DU PROJET SUPPORT

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

SCÉNARIOS

Scénario 1 : Vous êtes un haut fonctionnaire chargé de mettre en œuvre un programme de réforme des services de santé. Vous tenez à ce que le processus suivi à cette fin soit le plus efficace possible.

Scénario 2 : Vous travaillez au ministère de la Santé, où vous avez été chargé d'élaborer un plan de mise en œuvre du programme de réforme des services de santé qu'a adopté récemment le gouvernement. Vous désirez étudier les types de stratégies envisageables dans un tel contexte.

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 un document sur les effets de diverses interventions susceptibles d'être intégrées à une stratégie nationale de mise en œuvre du nouveau programme de réforme des services de santé, et vous avez besoin d'aide pour vous acquitter de cette tâche.

CONTEXTE

Aux responsables de politiques (scénario 1), le présent article propose un certain nombre de questions qu'ils pourraient demander à leur personnel d'envisager au cours de la planification d'une nouvelle politique.

Aux personnes qui les assistent (scénarios 2 et 3), il propose des questions qui, à notre avis, méritent d'être prises en considération en ce qui concerne la mise en œuvre de programmes ainsi que des approches potentiellement utiles.

Traduire une politique en mesures concrètes peut s'avérer une démarche complexe, souvent exécutée de manière non méthodique. Le travail nécessite une planification soignée de manière à éviter que de bonnes politiques soient entravées par une mise en œuvre déficiente. Toutefois, le processus en cause n'est pas nécessairement direct et peut exiger un ensemble complexe de mesures à divers paliers du système de santé et au sein des collectivités.

Les responsables de la mise en œuvre de politiques doivent se poser deux questions cruciales : « Comment mettre en œuvre les activités associées à la proposition de politique en vue de susciter des changements réels sur le terrain? » et « Quelles stratégies favoriseraient une mise en œuvre efficace? ».

La planification de la mise en œuvre d'une politique peut être amorcée de diverses manières. L'approche que nous proposons consiste d'abord à recenser les obstacles à cette démarche, puis à adapter les stratégies de mise en œuvre de manière à éliminer ces obstacles en exploitant les éléments facilitateurs dégagés.

Le présent article est le troisième d'une série de trois consacrée au recensement des besoins en données probantes (voir également les articles 4 et 5; la figure 1 donne un aperçu des processus en cause dans cette démarche).

QUESTIONS À ENVISAGER

1. Quels sont les obstacles éventuels à la mise en œuvre réussie d'une nouvelle politique?
2. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de favoriser l'adoption des comportements voulus par les prestataires de services de santé et l'ensemble de la population?
3. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de favoriser l'adoption des comportements voulus par les professionnels de la santé?
4. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de favoriser la mise en place des changements organisationnels voulus?
5. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de permettre que les changements voulus soient apportés aux systèmes?

1. Quels sont les obstacles éventuels à la mise en œuvre réussie d'une nouvelle politique?

Un point de départ utile pour quiconque désire susciter des changements consiste à recenser les obstacles probables à l'instauration de ces derniers. Il est utile, dans le cadre du processus de planification, de connaître lesquels risquent de nuire à la mise en œuvre et à quel moment ils se poseront, sans compter qu'ils varieront généralement d'une politique et d'un contexte à l'autre. Tant les conclusions de recherche sur les obstacles à la mise en œuvre d'une politique dans d'autres milieux que les leçons tirées d'expériences antérieures pourraient s'avérer instructives sans pour autant être suffisantes.

Il n'existe aucune approche standardisée pour recenser les obstacles au changement. Le processus s'accomplit souvent de façon informelle en fonction des obstacles *perçus*, et ce, de manière implicite et non méthodique. Nous proposons une approche mieux structurée.

Les personnes qu'une politique touchera, c'est-à-dire les parties intéressées, sont probablement les mieux à même d'anticiper des obstacles éventuels à la mise en œuvre de la nouvelle mesure. Diverses démarches peuvent servir à examiner les perspectives de groupes de parties intéressées au sujet de nouvelles politiques, comme une « analyse diagnostique » par des méthodes combinées. Cette approche peut inclure des remue-méninges, des groupes de discussion, des entrevues et d'autres méthodes qualitatives, ou une combinaison de ces possibilités, ce qui peut ouvrir de nouvelles perspectives sur les perceptions des parties intéressées et mener au repérage d'obstacles et d'éléments facilitateurs à l'égard de la mise en œuvre d'une politique. Des répondants pourraient par exemple être priés d'indiquer dans quelle mesure des obstacles potentiels définis entravent réellement le changement. Le tableau 1 fournit des exemples pratiques de tels processus [2,3].

Plusieurs cadres de travail et listes de vérification ont été élaborés en vue du repérage des obstacles éventuels à la réalisation d'interventions en santé. Ils sont souvent fondés sur une combinaison de théories comportementales, de données empiriques et d'éléments logiques, et pourraient s'avérer des outils utiles pour orienter ce processus. Certains cadres de travail visent un vaste éventail d'obstacles potentiels relativement à divers éléments du système de santé. Par exemple, l'un d'entre eux prévoit leur catégorisation selon le palier sur lequel s'exercent les contraintes [4], soit le ménage et la collectivité, la prestation de services de santé, la gestion de politiques et la gestion stratégique au sein du domaine de la santé, la politique gouvernementale englobant les divers secteurs ainsi que les caractéristiques propres au milieu et au contexte. Le tableau 2 présente des exemples d'obstacles relevés pour chacun de ces paliers.

Nous avons adopté une approche semblable en nous concentrant sur les obstacles à la mise en œuvre de politiques à trois paliers du système de santé :

- Les prestataires de services de santé et la population en général
- Les professionnels de la santé
- Les organismes

Lorsque les obstacles probables à la mise en œuvre d'une politique ont été recensés, l'étape suivante consiste à déterminer les stratégies de mise en œuvre ou les interventions qui pourraient agir sur ceux-ci (le tableau 3 présente des exemples de liens possibles entre obstacles et interventions chez les prestataires de services de santé et la population en général). La sélection des stratégies devrait également être orientée par les données probantes disponibles au sujet de l'efficacité et du coût des stratégies en cause de même que par les perspectives des parties intéressées, etc. D'autres articles de la présente série traitent de la façon de trouver et d'évaluer les données probantes susceptibles d'être pertinentes [5-9].

2. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de favoriser l'adoption des comportements voulus par les prestataires de services de santé et l'ensemble de la population?

Le comportement des prestataires de services de santé et de la population en général, tout particulièrement en ce qui concerne le recours aux services de santé (sous-utilisation, non-respect des changements de mode de vie ou des calendriers de traitement recommandés, etc.), peut représenter un obstacle de taille à la mise en œuvre réussie d'une politique. Il est essentiel de comprendre pourquoi les destinataires ciblés agissent de telle ou telle façon, car cela influera sur les choix qu'ils font dans leur recours aux services de santé. Des études qualitatives menées avec soin peuvent ouvrir des perspectives sur le comportement des prestataires de services de santé [10].

Un groupe de travail de l'OMS chargé des questions de persistance à l'égard de traitements à long terme a proposé un cadre visant à cerner les facteurs ayant une incidence sur le comportement des prestataires de services de santé et du reste de la population. Il a indiqué cinq points à prendre en considération, soit les facteurs associés [11]:

- Au statut socioéconomique
- Au système et aux services de santé
- Au traitement
- À l'état de santé propre à chaque patient
- Au patient

Étant tous liés aux interventions cliniques, ces facteurs pourraient s'avérer particulièrement utiles au moment de l'examen des obstacles à la prestation de soins.

Voici par exemple certains des facteurs socioéconomiques susceptibles de faire en sorte que des patients tuberculeux abandonnent leur traitement : absence de réseau de soutien social efficace, mode de vie instable, croyances culturelles et populaires, origine ethnique, sexe, âge, coût élevé des médicaments et du transport, et rôle de la justice pénale [11,12].

Le Réseau des consommateurs et le Groupe de revue sur les communications de la Collaboration Cochrane ont fort bien documenté les effets d'interventions visant à multiplier les interactions entre consommateurs, d'une part, et prestataires et systèmes de santé, d'autre part. Ils ont établi une taxonomie des interventions ciblant les prestataires de services de santé et la population en général [13]. Cette classification, qui pourrait être utile pour la conceptualisation et l'examen des types d'intervention à employer, comprend notamment les éléments suivants :

- Sensibilisation et information
- Soutien à la modification du comportement
- Soutien à l'acquisition de compétences et d'habiletés
- Soutien personnel
- Facilitation de la communication et de la prise de décisions
- Participation au système

Plusieurs études et revues ont évalué les effets d'interventions visant les obstacles à la prestation efficace de services de santé chez les prestataires de tels services et dans la population en général. Dans un cas, les auteurs ont déterminé que la participation communautaire s'avérait efficace [14], celle-ci ayant été gagnée grâce à diverses approches, dont les suivantes : sensibilisation aux questions de santé (p. ex., assemblées, apprentissage en groupe), incitation à l'adoption d'une approche participative (mobiliser chefs de file et parties intéressées de manière à leur faire comprendre l'approche et à les y faire adhérer), recours à une stratégie d'extension des services (cibler les ménages et les groupes le plus à risque), formation et supervision de prestataires (p. ex., personnel infirmier, mères). Ces démarches ont permis d'accroître les connaissances et l'habilitation communautaire au sujet de la santé de même que la couverture à l'égard des pratiques d'immunisation et d'hygiène.

Il y aurait peut-être lieu d'envisager des incitatifs financiers, comme le transfert conditionnel en espèces, si les obstacles associés au statut socioéconomique sont réputés jouer un rôle majeur, car les données probantes, en particulier celles qui émanent des PRFI, révèlent qu'ils pourraient influencer sur le recours aux services de santé [15] (le tableau 4 donne des précisions à cet égard). Le tableau 5 présente un autre exemple de données probantes portant sur les impacts des incitatifs financiers [16].

Si les facteurs associés au patient, notamment le manque d'information, semblent constituer des obstacles majeurs à la mise en œuvre de politiques, il pourrait être utile

d'envisager des interventions visant à améliorer la diffusion de renseignements. Ainsi, une étude méthodique a montré que les interventions des médias de masse peuvent favoriser un recours accru aux services de santé. Il importe toutefois d'exercer une certaine réserve à cet égard, car l'analyse ayant porté presque exclusivement sur des études menées dans des pays à revenu élevé [17], ses conclusions pourraient ne pas s'appliquer à d'autres contextes.

3. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de favoriser l'adoption des comportements voulus par les professionnels de la santé?

La mise en œuvre d'une politique ou d'un programme exigera généralement un changement de comportement des professionnels de la santé chargés de ce travail sur le terrain. Comme l'adoption de nouveaux comportements professionnels n'est pas toujours un processus automatique, des approches pratiques et dirigées pourraient s'avérer nécessaires. Le repérage des obstacles au changement ou des facteurs ayant une incidence sur l'exercice d'une profession peut contribuer à éclairer la conception d'interventions axées sur la mise en œuvre de politiques. Michael D. Cabana et ses collègues ont mené une étude méthodique sur les entraves au respect de directives par les médecins [18], entraves qu'ils ont pu classer en sept catégories principales. Celles-ci, qui sont énumérées ci-après, peuvent servir de cadre de travail pour recenser les obstacles à la mise en œuvre de politiques parmi les professionnels de la santé :

- Manque de sensibilisation
- Manque de familiarité
- Manque de concertation
- Manque d'autoefficacité
- Manque de confiance envers les résultats attendus
- Inertie des pratiques antérieures
- Obstacles externes

Le tableau 6 illustre à l'aide d'exemples la façon dont le recensement des obstacles peut éclairer la mise en œuvre.

Le Groupe de revue sur les pratiques efficaces et l'organisation des soins (Effective Practice and Organisation of Care Review Group – EPOC) de la Collaboration Cochrane a établi une taxonomie des interventions ciblant les prestataires de services, laquelle permet un survol des types d'interventions envisageables à des fins de mise en œuvre, à savoir [19]:

- Matériel de formation
- Activités de formation en groupe
- Visites à des fins de sensibilisation
- Guides d'opinion locaux
- Processus locaux d'établissement de consensus

- Examen par des pairs
- Vérification et rétroaction
- Rappels et questions incitatives
- Interventions personnalisées
- Interventions par l'entremise de patients
- Interventions multifacettes

Plusieurs stratégies destinées à susciter des changements de comportement chez les professionnels de la santé ont fait l'objet d'analyses rigoureuses [20-23]. La plupart de ces études consistaient à évaluer les stratégies reposant sur la mise en œuvre de directives adressées directement aux professionnels de la santé, essentiellement dans des milieux à revenu élevé [24]. Les conclusions montrent que bien des interventions peuvent influencer efficacement sur le comportement professionnel dans une mesure modeste ou modérée. Cependant, l'impact des interventions passives, comme la diffusion de directives ou la tenue d'activités de formation en groupe, semble moindre. Par contre, les visites à des fins de sensibilisation et les interventions multifacettes qui ciblent expressément des obstacles repérés comptent parmi les démarches les plus prometteuses.

Les incitatifs financiers pourraient servir à influencer sur le comportement professionnel, mais ils ont été évalués presque exclusivement dans des milieux à revenu élevé. Ils peuvent constituer un moyen efficace d'influencer individuellement des professionnels de la santé pour ce qui est d'atteindre des buts simples et bien définis sur le plan du comportement, comme l'augmentation du taux de vaccination, du moins à court terme [25]. Toutefois, plusieurs conséquences potentiellement négatives de tels programmes ont été dégagées, et le recours aux incitatifs financiers peut ne pas être rentable.

Si elles sont économiques et qu'elles peuvent éventuellement favoriser l'adoption de nouveaux comportements professionnels, les mesures réglementaires pourraient être mal reçues par les groupes de professionnels [26]. Comme leur impact à cet effet n'a fait l'objet d'aucune étude méthodique, nous savons peu de choses sur l'efficacité de telles mesures [27].

Le tableau 7 propose des exemples illustrant les effets d'interventions visant à amener les professionnels de la santé à adopter de nouveaux comportements [28,29].

4. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de favoriser la mise en place des changements organisationnels voulus?

Dans de nombreuses stratégies de changement organisationnel, les mesures à prendre sont considérées comme des étapes d'un processus débouchant sur le changement,

processus qui comprend généralement des tâches visant à expliquer pourquoi le changement est nécessaire et à repérer les obstacles qui l'empêchent.

Carolyn Pexton a proposé une liste des obstacles les plus courants au changement organisationnel, qui peut servir de cadre de travail pour repérer de tels obstacles [30] :

- Complaisance culturelle (résistance ou scepticisme)
- Manque de communication
- Manque de cohésion et de responsabilité
- Leadership passif ou nul
- Microgestion
- Main-d'œuvre débordée
- Systèmes et structures inadéquats

Le tableau 8 propose des moyens d'éliminer chacun de ces obstacles.

Voici quelques exemples d'outils et d'approches souvent recommandés aux organismes qui se préparent à un changement [31] :

- Modèles analytiques de compréhension de la complexité, de l'interdépendance et de la fragmentation (modèle organisationnel à six cases de Weisbord, modèle des 7 S, modèles de processus, etc.)
- Outils d'évaluation de la justification du changement, comme une analyse FFPM
- Outils visant à déterminer qui sont les personnes et quelles sont les choses qui peuvent changer, comme une analyse des forces en jeu et la gestion intégrale de la qualité
- Outils d'exécution du changement, comme le développement organisationnel, la recherche-action et la gestion de projets

La plupart des stratégies de changement organisationnel les plus courantes sont presque entièrement fondées sur la théorie, sinon sur des applications ponctuelles et des opinions, parfois assorties d'études de cas ou d'anecdotes, souvent relatives à des milieux à revenu élevé [31]. Les éléments probants relatifs à l'efficacité de ces stratégies sont rares, ce qui rend difficile de prédire dans quelle mesure une méthode donnée est susceptible de déboucher sur les changements organisationnels voulus.

Malgré l'incertitude à l'égard de leurs impacts, les stratégies de gestion du changement de ce type pourraient tout de même être utiles en tant que processus permettant une réflexion active sur la manière de faciliter le changement organisationnel.

5. Quelles stratégies devraient être envisagées au moment de planifier la mise en œuvre d'une nouvelle politique afin de permettre que les changements voulus soient apportés aux systèmes?

Lorsqu'une politique est mise en œuvre, il peut être nécessaire d'apporter des changements dans l'ensemble d'un système de santé, notamment en ce qui concerne les mécanismes de gouvernance, de gestion financière ou de prestation de soins [32]. Ainsi, lorsqu'il est question de financer une proposition de politique, le gouvernement devrait-il en assumer intégralement les coûts ou d'autres sources de financement seraient-elles nécessaires? Le système actuel permet-il d'accepter le travail de bureau ou logistique additionnel, ou faut-il mettre en place un nouveau mécanisme afin d'offrir le service? L'ensemble de données probantes sur la manière de mettre en œuvre de tels changements est mince : les décideurs devront généralement se tourner vers les études de cas et les expériences d'autres provinces ou pays. Dans le cas de problèmes précis, les études méthodiques peuvent s'avérer utiles, comme celles qui traitent du coût associé à la généralisation d'interventions [33] ou de facteurs risquant d'influer sur la durabilité de programmes de santé [34]. Dans un aperçu récent, les auteurs ont résumé les données probantes issues d'études méthodiques sur les répercussions des mécanismes de prestation de soins, de gestion financière et de gouvernance ainsi que sur les stratégies de mise en œuvre susceptibles d'améliorer la réalisation d'interventions efficaces par les services de première ligne de PRFI [27].

Au moment de définir le besoin de changements organisationnels, il peut être utile de passer en revue les éléments d'un système de santé afin de déterminer où ces changements sont requis. Le tableau 9 présente un cadre de travail qui peut servir de point de départ aux analyses de ce genre [35].

CONCLUSION

S'ils prennent en considération les diverses facettes de la mise en œuvre de politiques abordées dans le présent article, les responsables de politiques et les personnes qui les assistent devraient pouvoir recourir à une approche structurée comprenant l'exploitation de conclusions de recherche aux fins de l'élaboration de stratégies de mise en œuvre. Actuellement, les plans de mise en œuvre sont souvent élaborés au cas par cas et sont rarement éclairés par les données probantes disponibles. Comme l'approche évoquée précédemment n'est pas utilisée couramment, nous incitons les personnes intéressées à faire connaître les expériences vécues en ce qui concerne la mise en œuvre de politiques éclairées par les données probantes.

RESSOURCES

Documents utiles et lecture complémentaire

A. Edwards et G. Elwyn (dir.) 2009. Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice. 2^e éd. Oxford University Press

T. Thorsen et M. Mäkelä (dir.). 1999. Changing Professional Practice. Copenhagen. Danish Institute for Health Services Research and Development.
www.dsi.dk/projects/cpp/Monograph/DSI9905.pdf

Grol R., Wensing M., Eccles M. 2005. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice. Oxford. Elsevier

Fretheim A., Schünemann H.J., Oxman A.D. 2006. « Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines ». Health Research Policy and Systems; 4 : 27.
www.health-policy-systems.com/content/4/1/27

NorthStar. 2005. How to design and evaluate healthcare quality improvement interventions. The ReBEQI Collaboration. www.rebeqi.org/northstar

Iles V., Sutherland K. 2002. Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers. 2001. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/change-management-review.pdf

Sites Web

Banque de ressources du Réseau des consommateurs et du Groupe de revue sur les communications de la Collaboration Cochrane :
www.latrobe.edu.au/chcp/cochrane/resourcebank/index.html – Ce groupe d'étude fait partie de la Collaboration Cochrane, un organisme international sans but lucratif visant à aider les gens à prendre des décisions éclairées au sujet des services de santé. Ce groupe coordonne la production d'études méthodiques des interventions qui influent sur les interactions qu'a le consommateur avec les professionnels, les services et les chercheurs œuvrant dans le domaine de la santé. La banque de ressources du groupe présente une liste des études méthodiques de Cochrane qui répondent aux besoins de participation et de communication en matière de santé de la population; elle a été constituée au moyen d'une recherche manuelle de la Bibliothèque Cochrane

Groupe de revue sur les pratiques efficaces et l'organisation des soins (EPOC) de la Collaboration Cochrane : www.epoc.cochrane.org/en/index.html – Le groupe EPOC de

la Collaboration Cochrane réalise des études méthodiques des interventions éducatives, comportementales, financières, régulatrices et organisationnelles conçues pour améliorer les pratiques professionnelles et l'organisation des services de santé

CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

CONTRIBUTION DE CHAQUE AUTEUR

AF a rédigé l'ébauche initiale de l'article; SMB, ADO, JNL 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 Valerie Iles pour ses 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. Deskins S, Harris CV, Bradlyn AS, Cottrell L, Coffman JW, Olexa J, et al: Preventive care in Appalachia: use of the theory of planned behavior to identify barriers to participation in cholesterol screenings among West Virginians. *J Rural Health* 2006, 22:367-74.
3. Mshana GH, Wamoyi J, Busza J, Zaba B, Changalucha J, Kaluvya S, et al: Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program. *AIDS Patient Care STDS* 2006, 20:649-57.
4. Hanson K, Ranson MK, Oliveira-Cruz V, Mills A: Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *J Int Dev* 2003, 15:1-14.
5. 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).

6. Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, Lewin S, Gruen RL, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S9).
7. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A, García Martí S, Munabi-Babigumira S: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S11).
8. Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A: **SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review.** *Health Res Policy Syst* 2009, 7 (Suppl 1:S8).
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. Green J, Thorogood N: *Qualitative methods for health research*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2004.
11. World Health Organization (WHO): *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization (WHO). 2003.
12. Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J: **Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research.** *PLoS Med* 2007, 4:e238.
13. Santesso N, Ryan R, Hill S, Grimshaw J: *A Taxonomy of Interventions Directed at Consumers to Promote Evidence-based Prescribing and Drug Use*. Poster presentation at The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health Symposium 2007. [www.latrobe.edu.au/chcp/assets/downloads/CADTH07_poster.pdf]. 2007.
14. Oliveira-Cruz V, Hanson K, Mills A: Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: A review of the Evidence. *J Int Dev* 2003, 15:41-65.
15. Lagarde M, Haines A, Palmer N: Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *JAMA* 2007, 298:1900-10.
16. Thornton R: **The Demand for, and Impact of, Learning HIV Status.** *American Economic Review* 2008, 98:1829-63.
17. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S: **Mass media interventions: effects on health services utilisation.** *Cochrane Database Syst Rev* 2002, 1:CD000389.
18. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al: **Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement.** *JAMA* 1999, 282:1458-65.
19. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group: *Data Collection Check List*. [www.epoc.cochrane.org/Files/Website%20files/Documents/Reviewer%20Resources/datacollectionchecklist.pdf]. 2002.

20. Althabe F, Bergel E, Cafferata ML, Gibbons L, Ciapponi A, Aleman A, et al: Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008, 22 Suppl 1:42-60.
21. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al: **Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions.** *Med Care* 2001, 39:II2-45.
22. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al: **Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies.** *Health Technol Assess* 2004, 8:iii-72.
23. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K: The effectiveness of clinical guideline implementation strategies – a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract* 2008, 14:888-97.
24. Haines A, Kuruville S, Borchert M: **Bridging the implementation gap between knowledge and action for health.** *Bull World Health Organ* 2004, 82:724-31.
25. Oxman AD, Fretheim A: *An overview of research on the effects of results-based financing.* Report Nr 16-2008. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008.
26. Fretheim A, Havelsrud K, MacLennan G, Kristoffersen DT, Oxman AD: The effects of mandatory prescribing of thiazides for newly treated, uncomplicated hypertension: interrupted time-series analysis. *PLoS Med* 2007, 4:e232.
27. Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, Bastias G, Chopra M, Ciapponi A, et al: Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Lancet* 2008, 372:928-39.
28. Uttekar BP, Uttekar V, Chakrawar BB, Sharma J, Shahane S: *Assessment of ASHA and Janani Suraksha Yojana in Orissa.* Vadodora, India, Centre for Operations Research & Training (CORT). 2007.
29. Zwarenstein M, Bheekie A, Lombard C, Swingler G, Ehrlich R, Eccles M, et al: Educational outreach to general practitioners reduces children's asthma symptoms: a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci* 2007, 2:30.
30. Pexton C: *Overcoming Organizational Barriers to Change in Healthcare.* [www.ftpress.com/articles/article.aspx?p=1327759]. 23-2-2009.
31. Iles V, Sutherland K: *Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers.* London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D. 2001.
32. Lavis JN, Posada FB, Haines A, Osei E: **Use of research to inform public policymaking.** *Lancet* 2004, 364:1615-21.
33. Johns B, Torres TT: Costs of scaling up health interventions: a systematic review. *Health Policy Plan* 2005, 20:1-13.
34. Gruen RL, Elliott JH, Nolan ML, Lawton PD, Parkhill A, McLaren CJ, et al: **Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning.** *Lancet* 2008, 372:1579-89.

35. Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, Hohenadel JM, Stoddart GL, Woodward CA, et al:
Examining the role of health services research in public policymaking.
Milbank Quarterly 2002, **80**:125-54.

Figure 1. Préciser les besoins en données probantes

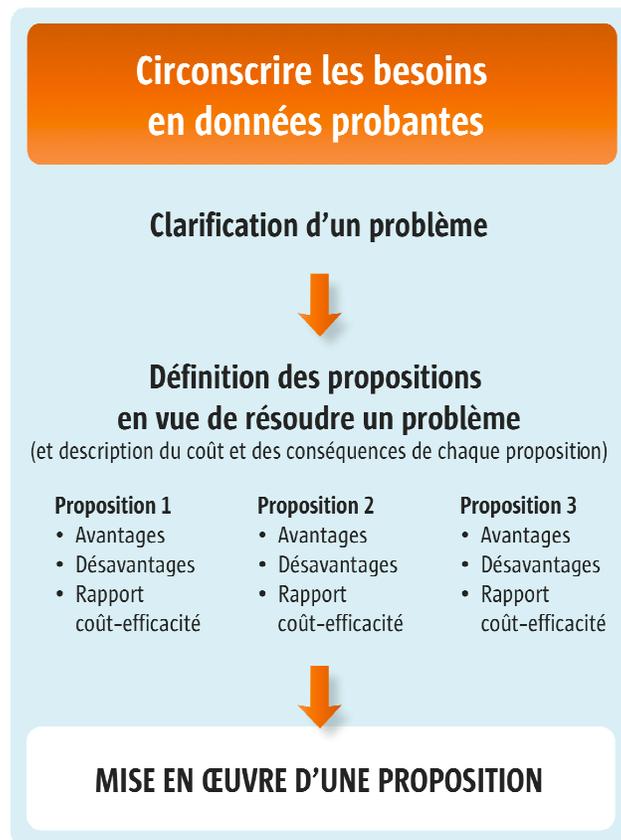


Tableau 1. Exemples de techniques de repérage des obstacles à la mise en œuvre de politiques

Accès au traitement antirétroviral (TAR) en Tanzanie [3]

Dans le cadre de la politique nationale du gouvernement de la Tanzanie visant à mettre le traitement antirétroviral à la portée d'un plus grand nombre de citoyens, le TAR est librement accessible depuis 2005 dans certains hôpitaux de référence du pays. Or, le fait de rendre des médicaments disponibles ne signifie pas automatiquement que les patients sont en mesure d'y accéder. Afin de repérer les obstacles à l'accès au TAR dans un milieu donné où les médicaments ont été mis à la disposition des malades, une équipe de chercheurs a tenu des groupes de discussion avec des membres de la collectivité et mené des entrevues approfondies avec des personnes désireuses d'être traitées. Elle a déterminé que les frais de transport et de nourriture supplémentaire, la réputation d'un hôpital central d'être peu accueillant et de créer la confusion de même que la difficulté de maintenir le traitement à long terme restreignent l'accessibilité à ce dernier. Elle a par ailleurs souligné que la crainte d'être stigmatisés inquiète les patients et soulève des difficultés au moment de joindre les personnes qui refusent que leur état soit divulgué ou qui se sont montrées réticentes à nommer un « partenaire de traitement » comme l'exige le programme.

Dépistage de l'hypercholestérolémie aux États-Unis [2]

Aux États-Unis, des chercheurs se sont penchés sur les obstacles au dépistage de l'hypercholestérolémie chez les adultes et les enfants de la Virginie-Occidentale. Se fondant sur la théorie du comportement axé sur un objectif en tant que cadre conceptuel qui propose un modèle d'analyse du processus décisionnel au sein de systèmes de croyances et de cultures particuliers, les chercheurs ont émis l'hypothèse que l'intention d'une personne d'exécuter une action constitue un facteur pivot pour déterminer si cette personne exécutera bel et bien l'action envisagée. Ils ont mené des interviews semi-structurées à l'aide de guides d'entrevue conçus pour dégager l'information pertinente sur les concepts hypothétiques fondamentaux de la théorie du comportement axé sur un objectif. Leurs conclusions laissent comprendre que des obstacles tant environnementaux et financiers que comportementaux influent sur l'ampleur de la participation aux activités de dépistage. Il s'agit notamment d'inquiétudes relatives au résultat des tests effectués, aux seringues utilisées, à la protection de la vie privée, au manque de connaissances par la collectivité et aux croyances culturelles traditionnelles locales.

Tableau 2. Contraintes à l'amélioration de l'accès aux interventions prioritaires en santé, selon le palier [4]

Palier de contrainte	Type de contrainte
1. Ménage et collectivité	<ul style="list-style-type: none"> • Demande d'interventions efficaces insuffisante • Recours restreint aux interventions efficaces (obstacles physiques, financiers, sociaux)
2. Prestation de services de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Pénurie de personnel qualifié et répartition des ressources compétentes • Orientation technique, gestion de programme et supervision médiocres • Médicaments et fournitures médicales inadéquats • Manque d'équipement et d'infrastructure, y compris un accès déficient aux services de santé
3. Gestion de politiques et gestion stratégique au sein du domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Systèmes de planification et de gestion médiocres et surcentralisés • Politiques et systèmes d'approvisionnement défectueux à l'égard des médicaments • Réglementation inadéquate des secteurs pharmaceutique et privé, et pratiques impropres de l'industrie • Manque d'interventions et de partenariats intersectoriels entre gouvernement et société civile • Faibles incitatifs à l'exploitation optimale des intrants et à la réponse aux besoins et aux préférences des utilisateurs • Assujettissement au financement par des donateurs, ce qui réduit la flexibilité et l'autonomie • Pratiques de donateurs préjudiciables aux politiques nationales
4. Politique gouvernementale touchant tous les secteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Bureaucratie (rémunération des fonctionnaires, systèmes de gestion centralisés, règles et réformes de la fonction publique) • Faible disponibilité des infrastructures de communication et de transport

Palier de contrainte	Type de contrainte
5. Caractéristiques propres au milieu et au contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Gouvernance et cadre global de politique <ul style="list-style-type: none"> - Corruption, gouvernements faibles, règles de droit et contrats sans force exécutoire - Instabilité et insécurité politiques - Faible priorité accordée aux secteurs sociaux - Structures déficientes à l'égard de l'obligation de rendre compte - Liberté de presse inexistante • Milieu physique <ul style="list-style-type: none"> - Prédisposition climatique et géographique aux maladies - Milieu physique défavorable à la prestation de services

Tableau 3. Prestataires des services de santé et population en général : exemples de liens possibles entre les obstacles et les interventions

Obstacles repérés à la mise en œuvre de politiques	Interventions éventuelles pour les éliminer
Efficacité nulle ou incertaine des programmes en vigueur	<ul style="list-style-type: none"> • Passer en revue les éléments des programmes en vigueur ainsi que les données probantes issues d'études méthodiques au sujet d'autres propositions viables • Évaluer les programmes avec rigueur
Faible satisfaction à l'égard des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer les stratégies en se fondant sur les données probantes afin de rehausser la qualité des soins offerts
Services pertinents hors de portée physique de certains patients ou membres de la population qui en ont besoin	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des services • Embaucher du personnel • Réaffecter les ressources
Refus de reconnaître la gravité du problème	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des programmes d'éducation et de sensibilisation communautaires
Frais de transport	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le transport ou accorder un soutien financier pour faciliter les déplacements

Tableau 4. Résumé des principales conclusions d'une étude méthodique des programmes de transfert de fonds conditionnel dans les PRFI [15]

- Dans l'ensemble, les données probantes semblent indiquer que les programmes de transfert conditionnels en espèces (TCE) favorisent le recours aux services préventifs par les femmes et les enfants, et contribuent parfois à améliorer l'état de santé
- Seule une étude a évalué l'effet que produisait le versement de sommes variées (allant de 1 \$ à 3 \$). Globalement, la hausse du montant remis a fait presque doubler la proportion de personnes revenues pour prendre connaissance de leur test de dépistage du VIH (72 p. 100 des personnes ayant bénéficié d'un incitatif contre 39 p. 100 chez les autres)
- Alors qu'il peut être nécessaire de compter sur un flux de trésorerie important pour exploiter un programme de TCE, le budget réel des transferts ne représente que de 4 à 28 p. 100 du budget total d'un programme
- La rentabilité des programmes de TCE par rapport à celle d'interventions classiques en amont de la prestation (p. ex., améliorer la quantité et la qualité des infrastructures et des services) n'a pas été analysée, la plupart des programmes ayant été mis en œuvre dans des milieux où l'infrastructure (de santé) est relativement adéquate
- Des effets pervers imprévus peuvent survenir. Ainsi, les responsables d'un programme de TCE ont signalé une hausse inattendue du taux de fécondité depuis le lancement du programme en question, peut-être parce que seules les femmes enceintes étaient admissibles à l'aide financière

Tableau 5. Exemple de données probantes susceptibles d'éclairer l'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre visant les prestataires de services de santé et la population en général

Au Malawi, remises en espèces pour l'obtention des résultats aux tests de dépistage du VIH [16]

Le temps et les frais associés aux déplacements de même que les coûts psychologiques de la démarche (p. ex., stress, inquiétude, peur, stigmatisation) comptent parmi les obstacles potentiels à l'obtention des résultats aux tests de dépistage du VIH. Les incitatifs financiers pourraient assurer une compensation directe à cet égard. Dans le cadre d'une expérience menée sur le terrain dans une région rurale du Malawi, un tel incitatif a été remis de manière aléatoire à diverses personnes ayant passé un test de dépistage afin de les convaincre de revenir prendre connaissance de leur état sérologique vis-à-vis du VIH. Les deux tiers des personnes qui ont reçu une somme minimale sont allées chercher leur résultat alors que seul le tiers de celles qui n'ont rien reçu l'ont fait

Tableau 6. Professionnels de la santé : exemples de liens possibles entre les obstacles et les interventions

Obstacles repérés à la mise en œuvre de politiques	Interventions éventuelles pour les éliminer
Connaissances insuffisantes	<ul style="list-style-type: none">• Proposer diverses méthodes de diffusion de l'information (visites d'approche en matière de sensibilisation, formation)
Rejet de la politique	<ul style="list-style-type: none">• Trouver des chefs de file capables de défendre la nouvelle politique
Temps excessif requis	<ul style="list-style-type: none">• Verser une compensation financière

Tableau 7. Exemples de données probantes susceptibles d'éclairer l'élaboration de stratégies de mise en œuvre visant les professionnels de la santé

Incitatifs financiers à l'intention des travailleurs de la santé en vue d'accroître le nombre d'accouchements en milieu hospitalier en Inde [28]

En 2005, le gouvernement de l'Inde a lancé le programme Janani Suraksha Yojana (JSY) dans le but de réduire les taux de mortalité maternelle et néonatale par la promotion de l'accouchement en milieu hospitalier. Le versement de paiements comptants aux agents de santé communautaire qui procédaient à l'accouchement de leurs patientes dans un hôpital a été l'un des volets cruciaux du programme. Depuis l'instauration du programme JSY, de nombreux États indiens ont constaté une hausse marquée des naissances en milieu hospitalier.

Visites d'approche en matière de sensibilisation en vue d'améliorer la démarche thérapeutique à l'égard de l'asthme en Afrique du Sud [29]

Des chercheurs sud-africains ont découvert que deux visites d'approche de 30 minutes faites par un pharmacien formé à cet effet auprès de médecins généralistes suffisaient à apporter une amélioration cliniquement marquée des scores de symptômes chez les enfants asthmatiques.

Tableau 8. Liste proposée des obstacles organisationnels au changement les plus courants (adapté du travail de C. Pexton [30])

Obstacles	Stratégies d'élimination
Complaisance culturelle (résistance ou scepticisme)	<ul style="list-style-type: none"> • Amener rapidement quelques « victoires mesurables » afin de démontrer la nécessité du changement
Manque de communication	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer une stratégie de communication ciblant des obstacles connus dans ce domaine au sein de l'organisation
Manque de cohésion et de responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des structures de gestion appropriées
Leadership passif ou nul	<ul style="list-style-type: none"> • Engager le concours des chefs de file à l'égard des changements proposés
Microgestion	<ul style="list-style-type: none"> • Habilitier l'équipe et créer pour ses membres une vision à l'égard de l'organisation
Main-d'œuvre débordée	<ul style="list-style-type: none"> • Montrer aux membres de l'équipe les avantages qu'il y a à repenser le flux des travaux et à recourir à des processus ou à des dispositifs technologiques nouveaux afin d'éliminer les étapes sans valeur ajoutée
Systèmes et structures inadéquats	<ul style="list-style-type: none"> • Instituer les systèmes et les structures appropriées à l'appui de l'initiative
Absence de plans de vérification visant à mesurer et à maintenir les résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Concevoir des mécanismes afin d'évaluer les progrès et de préserver tout résultat positif atteint

Tableau 9. Divers volets des systèmes de santé (adapté du travail de J. N. Lavis et coll. [35])

Mécanismes de prestation de soins	Mécanismes de gestion financière	Mécanismes de gouvernance
<ul style="list-style-type: none"> • Qui sont les prestataires des soins et quels sont les efforts déployés pour les joindre (p. ex., interventions destinées à prodiguer des soins appropriés du point de vue culturel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement, c.-à-d. comment sont obtenues les sommes nécessaires aux programmes et aux services (p. ex., régimes d'assurance communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoirs politiques, c.-à-d. qui prend les décisions à propos des politiques (p. ex., centralisation ou décentralisation)
<ul style="list-style-type: none"> • Qui prodigue les soins de santé (p. ex., prestataires travaillant de manière autonome ou encore au sein d'une équipe multidisciplinaire) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fonds, c.-à-d. comment les cliniques sont-elles rémunérées pour les programmes et les services qu'elles offrent (p. ex., budgets globaux) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoirs organisationnels, c.-à-d. qui possède et gère les cliniques (p. ex., existence d'établissements privés à but lucratif)
<ul style="list-style-type: none"> • Où les soins sont-ils fournis, c.-à-d. à domicile ou dans des installations de santé dans la collectivité 	<ul style="list-style-type: none"> • Rémunération, c.-à-d. comment les prestataires sont-ils payés (p. ex., capitation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoirs commerciaux, c.-à-d. qui peut vendre et délivrer les médicaments, et réglementation afférente
<ul style="list-style-type: none"> • À l'aide de quelle technologie de l'information et des communications les soins sont-ils offerts, c.-à-d. systèmes de tenue de dossiers sont-ils propres à la continuité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Incitatifs financiers, c.-à-d. les patients sont-ils payés pour respecter leur plan de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvoirs professionnels, c.-à-d. qui est habilité à offrir des services, comment leur champ d'activité est-il déterminé et quel agrément leur a été octroyé

Mécanismes de prestation de soins	Mécanismes de gestion financière	Mécanismes de gouvernance
<ul style="list-style-type: none"> • Comment la qualité et la sécurité des soins sont-elles surveillées, c.-à-d. existe-t-il des systèmes de suivi de la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> • Affectation des ressources, c.-à-d. des listes sont-elles employées pour décider des médicaments qui seront offerts gratuitement aux patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Engagement des consommateurs et des parties intéressées, c.-à-d. qui est invité à prendre part aux processus d'élaboration de politiques sans être fonctionnaire et comment les perspectives ainsi dégagées sont-elles prises en considération