



## **Renforcement des capacités institutionnelles nationales pour l'élaboration de politiques de santé fondée sur des bases factuelles**

### **Résumé d'orientation**

1. Pour s'assurer que les politiques de santé soient appropriées, efficaces et aient un bon rapport coût-efficacité, elles doivent être fondées sur des bases factuelles solides. L'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles est donc essentielle pour réaliser les Objectifs de développement durable et la couverture sanitaire universelle, et son importance est mise en exergue à maintes reprises dans le treizième Programme général de travail de l'OMS pour la période 2019-2023 (treizième PGT). Toutefois, il peut être difficile pour les pays d'obtenir et d'utiliser des données probantes de haute qualité.

2. Le présent document est la dernière étape d'un programme de travail de longue haleine de l'OMS visant à encourager l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale. Il a été élaboré suite à une demande du Comité régional pour la Méditerranée orientale et propose un cadre pour aider les pays à améliorer leur capacité institutionnelle nationale en matière d'élaboration de politiques éclairées par des bases factuelles. Le cadre proposé comprend des mesures pratiques que les États Membres peuvent mettre en place pour renforcer leurs capacités institutionnelles nationales, et met en avant le soutien que l'OMS peut apporter pour faciliter ce processus.

3. Les besoins, les priorités et les capacités des pays varient, et le cadre proposé est conçu pour s'adapter avec souplesse à ces variations. En outre, le document présente une approche analytique comportant cinq dimensions pour aider les pays à évaluer leurs besoins et leurs capacités et à formuler une stratégie appropriée. Il inclut par ailleurs des exemples concrets de différentes actions possibles par les pays. Le projet de cadre est présenté au Comité régional pour examen et pour approbation éventuelle.

### **Introduction**

4. Le présent document technique a été préparé suite à une résolution du Comité régional de l'année 2017 demandant au Directeur régional « d'instaurer des mécanismes régionaux pour permettre de réduire l'écart entre les institutions de recherche concernées et les responsables de l'élaboration de politiques, de convertir les données de recherche en déclarations de politique de santé, et de soutenir la mise en place de mécanismes nationaux » (1). Le document met l'accent sur l'importance de la mise en place et du renforcement des capacités institutionnelles nationales pour l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles ainsi que sur les différentes approches à adopter à cet égard. Il vient combler d'importantes lacunes dans les recommandations techniques existantes sur les capacités institutionnelles afin de renforcer le recours à des données factuelles dans l'élaboration des politiques.

5. Le présent document :

- clarifie la signification de « bases factuelles » dans le cadre de l'élaboration des politiques ;
- examine les principaux défis et opportunités concernant l'élaboration des politiques fondées sur des bases factuelles dans les pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale ;
- passe en revue la production de données probantes dans la Région, des ressources et de la capacité disponibles pour la production de ce type de données, ainsi que les points de vue et les perceptions des responsables de l'élaboration des politiques quant à l'utilisation des données probantes issues de la recherche dans leur prise de décision ;
- dresse un aperçu des recommandations existantes (y compris les résolutions de l'OMS) et des décisions prises pour le renforcement des politiques reposant sur des bases factuelles ;

- présente une approche multiconceptuelle pour des décisions politiques reposant sur des bases factuelles, et des moyens visant à renforcer les capacités institutionnelles nationales ; et
  - propose un cadre d'action régional pour l'amélioration des capacités institutionnelles nationales à utiliser les données factuelles dans les prises de décisions en matière de santé dans la Région de la Méditerranée orientale, qui sera soumis au Comité régional pour approbation.
6. Le document s'aligne sur les priorités du treizième programme général de travail de l'OMS pour la période 2019-2023 (treizième PGT) et prolonge l'accent mis à l'échelle mondiale sur la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) et la couverture sanitaire universelle (2,3).

### **Sources de données pour l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles**

7. L'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles dans le domaine de la santé repose sur l'utilisation des meilleures données probantes disponibles, en gardant à l'esprit les différents contextes, besoins, priorités et ressources de chaque pays afin d'améliorer les retombées en matière de santé de la population (4-7). Bien que la nature des données puisse être questionnée, les données factuelles issues de recherches quantitatives ou qualitatives sont les principales sources servant de support à l'élaboration de politiques éclairées par des bases factuelles (8,9). Les données de la recherche peuvent contribuer à :

- l'amélioration des processus d'élaboration des politiques ;
- l'identification des options politiques plus efficaces et efficientes ;
- la prédiction des effets potentiels des politiques sur les différents groupes socioéconomiques (prenant en compte les questions d'équité) ;
- la reconnaissance des obstacles ainsi que des éléments favorables à la mise en œuvre de ces politiques ;
- l'évaluation des effets de ces dernières sur les résultats. (7, 8, 10,11).

8. Les données factuelles issues de la recherche peuvent découler de vastes études, notamment d'études expérimentales, interventionnelles ou d'analyses systématiques des données probantes, ainsi que d'études plus restreintes axées sur des questions nationales, notamment des études qui évaluent l'efficacité ou le rapport coût-efficacité des options politiques. Par exemple, les évaluations des technologies de la santé comprennent des évaluations de l'innocuité, de l'efficacité, du rapport coût-efficacité et des répercussions plus vastes de l'intégration d'une technologie dans le système de soins de santé. De plus, il est plus facile de répondre aux demandes de clarification concernant, par exemple, la faisabilité de la mise en œuvre d'une politique sur le terrain, l'accessibilité de cette dernière par les professionnels de santé ou d'autres parties prenantes ou la perception d'une politique par les bénéficiaires des soins de santé ou le public, en procédant à la synthèse des résultats d'une recherche qualitative (12).

9. Si une grande attention est portée au rôle des données factuelles issues de la recherche dans la prise de décisions éclairée par des bases factuelles, les responsables de l'élaboration des politiques recherchent et utilisent toutefois d'autres sources (à savoir d'autres données) en matière des politiques de santé. Ces derniers ont recours à des données représentatives au niveau national pour identifier les priorités, façonner les programmes politiques et orienter leurs ressources et actions vers les domaines clés nécessitant une attention particulière. Les données nationales sont également utilisées pour compléter les données factuelles issues de la recherche. Les informations et les données sanitaires représentatives au niveau national sont d'une importance particulière pour comprendre : 1) la situation sanitaire, la morbidité et les causes de décès ainsi que leur répartition dans les différentes groupes de la population ; 2) la distribution des facteurs de risque et des comportements (par exemple l'obésité et le tabagisme) ayant des retombées sur les résultats sanitaires ; et 3) la capacité et l'état des services de santé ainsi que le recours aux soins de santé dans le pays (13). Parmi les principales sources de données, on trouve : les systèmes d'information sanitaire de routine (y compris les rapports sur les causes de décès), les enquêtes nationales auprès des ménages ou les établissements de santé, les systèmes de surveillance des maladies, les facteurs de risque ou les événements indésirables, et les registres spécialisés (notamment les registres du cancer). De telles sources de données peuvent avoir de

profondes répercussions sur les décisions et les politiques en matière de prestation de services. À titre d'exemple, un seul rapport reçu par le système national de surveillance de la pharmacovigilance peut avoir une incidence sur la disponibilité d'un produit pharmaceutique en particulier au niveau national. Certains pays comparent tous les rapports de données au sein d'un observatoire national de santé ou disposent de tableaux de bord d'informations à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques pour leur permettre d'accéder facilement aux indicateurs clés. Bien que les données nationales soient fréquemment utilisées dans l'élaboration des politiques, lorsque ces données sont inadéquates, peu fiables, obsolètes ou ne sont pas fournies en temps voulu, des opportunités politiques peuvent être manquées ou de mauvaises décisions peuvent être prises.

10. Les ministères de la santé mènent également des études et des enquêtes ad hoc ou régulières pour suivre et évaluer la mise en œuvre des politiques, tester de nouvelles interventions, analyser les conséquences des mesures politiques, ou encore évaluer la satisfaction des bénéficiaires des soins de santé ou leurs perceptions des services de santé.<sup>1</sup> De tels travaux de recherche, bien qu'ils ne soient pas étudiés en détail dans la documentation relative à l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles, représentent une source importante en matière de données pour les responsables de l'élaboration des politiques.

11. En résumé, les résultats de la recherche, en particulier s'ils proviennent du pays (ou ont trait aux besoins, aux ressources et aux priorités du pays), aident à identifier les problèmes (problèmes de santé et préoccupations politiques, par exemple), à choisir des objectifs politiques plus probables à réaliser, plus efficaces ou ayant un bon rapport coût-efficacité. Des données et des indicateurs nationaux fiables informent sur les priorités et les domaines d'action pour l'élaboration des politiques, ainsi que sur le coût et la faisabilité de la mise en œuvre de ces dernières par rapport aux autres options possibles (4, 5, 13, 14). Le tableau 1 répertorie les différentes sources de données probantes et les produits de partage de connaissances les mieux adaptés pour répondre à différentes questions de politique.

**Tableau 1. Sources de données probantes et des produits de partage de connaissances utiles pour répondre aux questions de politiques**

Questions de politiques principales	Sources habituelles de données probantes	Principaux produits de partage de connaissances abordant la question de politique
Quel(le)s sont les questions/problèmes primordiaux par rapport aux prises de décisions ?	Enquêtes auprès des ménages et des établissements Études de surveillance Informations sanitaires systématique Étude sur les causes de décès et la charge de morbidité	Notes d'orientation Aide-mémoire sur les données Observatoires d'information sanitaire
Comment est-il possible d'agir (interventions politiques potentielles, leur sécurité et efficacité) ?	Analyse systématique des études interventionnelles Études interventionnelles Études de surveillance (sur la sécurité)	Lignes directrices cliniques ou de santé publique Études d'évaluation des technologies de la santé Notes d'orientation
Les stratégies politiques ont-elles un bon rapport coût-efficacité ?	Analyses systématiques des études du rapport coût-efficacité Modélisation économique et analyse des coûts	Études d'évaluation des technologies de la santé Lignes directrices cliniques ou de santé publique Notes d'orientation
Dans quelle mesure les options politiques sont-elles réalisables (durabilité, accessibilité économique, acceptabilité et stratégies de mise en œuvre) ?	Analyses systématiques des études qualitatives Modélisation économique et analyse des coûts Études qualitatives Évaluations des processus Enquête auprès des bénéficiaires et des prestataires	Notes d'orientation Dialogue sur la politique Études d'évaluation des technologies de la santé Lignes directrices cliniques ou de santé publique

<sup>1</sup>Parmi les exemples d'études systématiques, on peut citer les études de pharmacovigilance, les enquêtes sur les connaissances-attitudes-pratiques, les enquêtes de satisfaction auprès des patients, les rapports d'audit et les études qualitatives sur les soins.

## Défis et opportunités existants dans la Région

12. Dans la Région de la Méditerranée orientale, « trois courants parallèles ont façonné, et continuent de le faire à l'heure actuelle, l'utilisation des données factuelles de la recherche dans l'élaboration des politiques de santé » (14). Ces courants résultent de : la demande croissante de la part des responsables eu égard aux données de la recherche et à des informations valides pour les politiques de santé, de la disponibilité, la pertinence et l'exactitude de ces données, ainsi que des barrières structurelles et procédurales à leur utilisation dans l'élaboration des politiques de santé. Bien que ces défis ne soient pas exclusifs à la Région, il est essentiel d'y répondre pour assurer le succès de la mise en œuvre des stratégies qui visent à améliorer l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles. Les deux premiers courants sont abordés dans cette section, et le troisième le sera dans les sections suivantes.

### **Les responsables de l'élaboration des politiques soutiennent l'utilisation de données probantes dans l'élaboration des politiques.**

13. Les ministres de la santé des pays de la Région ont démontré leur engagement à utiliser les données de la recherche pour la prise de décision dans les résolutions du Comité régional et d'autres organes, reflétant ainsi le discours national de nombreux pays et une meilleure compréhension de la priorité que revêt la prise de décisions éclairées par les données factuelles (15-19). Ces engagements montrent également l'importance croissante de la santé dans les débats politiques, les plans de développement nationaux et les périodes électorales dans plusieurs pays. En raison de ce niveau de contrôle, il est devenu plus important pour les politiciens de justifier et d'appuyer leurs décisions avec des données de la recherche, et d'utiliser des données d'indicateurs nationaux et des recherches pour évaluer et démontrer les résultats de leurs politiques (8, 20). En outre, la demande croissante de la population pour les services de santé ainsi que le vieillissement des populations ont entraîné l'augmentation des coûts des soins de santé, et ont attiré l'attention sur les politiques de santé.

### **Disponibilité, validité, pertinence et exactitude des données de la recherche**

14. L'insuffisance de la recherche émanant des pays de la Région de la Méditerranée orientale, est un obstacle majeur à la prise de décisions reposant sur des bases factuelles. Parmi les facteurs qui contribuent à cette insuffisance, on retrouve : le manque de ressources financières et de capacités universitaires pour mener et publier des recherches ; l'insuffisance des recherches existantes sur les questions d'orientation politique et les priorités nationales ; les problèmes de qualité de la recherche menée ; et les difficultés à trouver des résultats de recherche provenant des pays de la Région.

15. Le financement inadéquat de la recherche est un obstacle majeur dans la Région. L'Appel à l'action de Bamako sur la recherche pour la santé en 2008 (21) a marqué une étape importante pour porter cette question à l'attention des responsables de l'élaboration des politiques au niveau mondial. En effet, de nombreux appels avaient déjà été lancés pour le financement de la recherche en santé. En 1990, la Commission de la Recherche en Santé pour le Développement (COHRED) a annoncé que « les pays devraient investir au moins 2 % de leurs dépenses nationales de santé pour soutenir les études nationales essentielles de recherche en santé » et le renforcement des capacités de la recherche, et que « les organismes d'aide au développement devraient... engager au moins 5 % de leurs contributions aux projets de santé, notamment la recherche nationale essentielle en santé et le renforcement des capacités de recherche » (22).<sup>2</sup> De manière générale, le financement de la recherche en santé dans la Région a augmenté au fil des ans, mais il reste très faible par rapport au produit intérieur brut global des pays de la Région (23).

---

<sup>2</sup>Cet appel a été renouvelé dans une résolution de la l'Assemblée mondiale de la Santé sur la recherche en santé en 2005 (6). Une autre résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2010 a suggéré d'utiliser l'indice suivant comme mesure de performance de l'OMS : « au moins 5 % de la somme du budget de base et des contributions volontaires de l'OMS alloués aux activités de recherche au sein de l'Organisation, y compris les fonds spécialement destinés à la mise en œuvre et à l'évaluation de la stratégie de recherche... » (11).

16. Malgré le manque de financement, des études, notamment celles commanditées par l'OMS, ont montré une augmentation substantielle des résultats de la recherche liée à la santé dans la région (24-28). Sur une période de 10 ans (2004-2013), la production de travaux de recherche de ce type dans la Région a été multipliée par cinq ; et sa part dans la production mondiale est passée de 0,85 % à 2,36 % de la production totale ce qui est encore bien en deçà de sa part dans la population mondiale (un peu moins de 10 %). La République islamique d'Iran a connu l'expansion la plus rapide en matière de résultats de recherche, suivie par l'Arabie saoudite, l'Égypte, le Pakistan et la Tunisie. À la fin de la période, la production de recherche liée à la santé par habitant était la plus élevée au Qatar, suivie par la République islamique d'Iran, la Tunisie, le Koweït et le Liban (24, 26,28). Cette tendance à la hausse des résultats de recherche est importante parce que la pertinence locale de la recherche est une préoccupation majeure dans l'élaboration de politiques reposant sur des données factuelles (29). Par conséquent, la tendance doit s'étendre à tous les pays de la Région. L'étude a également montré qu'une grande partie des publications de recherche dans cette dernière provenaient de quelques institutions universitaires (Tableau 2).

17. De plus, la plupart des pays ont fait preuve d'une amélioration considérable dans l'application des normes éthiques de la recherche, en réponse à une recommandation antérieure du Comité Régional (30).

18. Malgré ces améliorations, d'importants défis subsistent. Il reste préoccupant que seule une petite partie des publications de recherche se concentre sur les thèmes de santé prioritaires pour les responsables de l'élaboration des politiques, notamment la prise en compte des besoins des groupes vulnérables et défavorisés. De plus, les méthodes utilisées dans les recherches publiées ne permettent souvent pas de fournir les données factuelles qui pourraient guider les décisions politiques (31). Par exemple, relativement peu d'analyse systématique des études interventionnelles proviennent d'institutions universitaires de la Région. Au cours des dix dernières années, Cochrane (anciennement connue sous le nom de Cochrane Collaboration) n'avait que deux centres géographiques dans la Région (à Bahreïn et en République islamique d'Iran), et un seul est actuellement actif.<sup>3</sup> De plus, la capacité de mener ou de superviser la conduite d'essais contrôlés randomisés est limitée ; il n'y a que deux registres agréés par l'OMS pour ces essais hébergés dans la Région (32,33).<sup>4</sup> Les études interventionnelles et les évaluations économiques ne sont pas fréquemment menées dans la Méditerranée orientale, bien que ces méthodes de recherche puissent fournir des données pouvant aider à la prise de décision en matière de santé, y compris les bases factuelles nécessaires pour mener des études d'évaluation des technologies de la santé et d'élaborer ou d'adapter des lignes directrices de pratique clinique ou de santé publique (34-37). La recherche qualitative est également essentielle car elle met en évidence les points de vue et les perceptions des utilisateurs et des prestataires de soins de santé, ainsi que des responsables et des décideurs. Les recherches qualitatives sont souvent une source privilégiée de données factuelles permettant d'identifier les barrières et les éléments favorables à la mise en œuvre des politiques (12) (Tableau 1). Cependant, les études qualitatives ne sont pas couramment menées dans la Région. Trouver des études avec des preuves scientifiques peut être un défi en soi, car de telles études peuvent être publiées dans les langues nationales et sont donc difficiles à récupérer au moyen des recherches documentaires habituelles. Les responsables de l'élaboration des politiques indiquent souvent que les difficultés à obtenir des publications de recherche pertinentes et fiables représentent un frein à la mise au point de politiques reposant sur des bases factuelles (29).

---

<sup>3</sup>Cochrane a interrompu ses activités à Bahreïn.

<sup>4</sup> En République islamique d'Iran (<https://www.irct.ir>) et au Liban (<http://lbctr.emro.who.int>). Ce dernier a été officiellement créé en août 2019.

**Tableau 2. Les 25 institutions de la Région de la Méditerranée orientale qui publient le plus grand nombre d'articles de recherche biomédicale et sur la santé, indexés dans PubMed et publiés entre 2004 et 2013 (28)**

	Pays	Institution	Articles publiés	% du total (n ~ 141 000)
1	République islamique d'Iran	Université des sciences médicales de Téhéran	8457	6,0
2	République islamique d'Iran	Université des sciences médicales Shahid Beheshti	4470	3,2
3	Arabie Saoudite	Université Roi Saoud	4444	3,2
4	Tunisie	Université de Tunis El Manar	3579	2,5
5	Égypte	Université du Caire	3331	2,4
6	République islamique d'Iran	Université des sciences médicales de Chiraz	2986	2,1
7	République islamique d'Iran	Université des sciences médicales d'Ispahan	2940	2,1
8	République islamique d'Iran	Université islamique Azad	2291	1,6
9	Égypte	Université de Mansoura	2256	1,6
10	Liban	Université américaine de Beyrouth	2254	1,6
11	Pakistan	Université Aga Khan	2214	1,6
12	République islamique d'Iran	Université des sciences médicales de Tabriz	2095	1,5
13	Tunisie	Université de Sfax	2033	1,4
14	République islamique d'Iran	Université des sciences médicales de Mashhad	1971	1,4
15	Égypte	Université Ain Shams	1806	1,3
16	République islamique d'Iran	Université de Téhéran	1763	1,2
17	Koweït	Université de Koweït	1744	1,2
18	République islamique d'Iran	Université Tarbiat Modares	1689	1,2
19	Égypte	Université d'Alexandrie	1543	1,1
20	Arabie Saoudite	Hôpital et centre de recherche spécialisé Roi Faisal	1533	1,1
21	Tunisie	Université de Monastir	1340	1,0
22	Jordanie	Université jordanienne des Sciences et de la Technologie	1314	0,9
23	Égypte	Centre national de recherche	1306	0,9
24	Émirats arabes unis	Université des Émirats arabes unis	1254	0,9
25	Oman	Université du Sultan Qaboos	1118	0,8
<b>Total</b>			<b>61 731</b>	<b>43,8</b>

<sup>a</sup> Les données sur les universités incluent les données relatives aux hôpitaux universitaires ou aux centres de recherche affiliés. Les publications sont attribuées à l'institut en fonction de l'affiliation de l'auteur principal.

### Initiatives visant à améliorer la disponibilité de bases factuelles pour l'élaboration de politiques de santé

19. L'OMS et les États Membres de la Région se sont efforcés d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des données de la recherche dans l'élaboration des politiques. Une résolution de 2001 du Comité régional a décidé « d'affecter 2 % des fonds des missions conjointes d'examen et de planification des programmes au soutien d'activités de recherche en santé régionales » (30). En 2011, le Comité régional a appelé « les États membres à revenu élevé à faire un don pour soutenir la recherche régionale dans les domaines de santé publique prioritaires » (38). Cependant, il semble que ces résolutions n'ont pas eu une grande incidence pratique sur la disponibilité limitée de fonds pour la recherche hautement prioritaire dans la Région.

20. La création de l'*Index Medicus* de la Région de la Méditerranée orientale a été une initiative importante du Bureau régional suite à une résolution du Comité régional en 1978. L'*Index Medicus* pour la Région de la Méditerranée orientale est actif depuis 1987 et permet d'accéder à des recherches publiées dans les langues nationales ou à celles publiées dans des revues spécialisées non répertoriées dans les principales bases de données internationales de littérature spécialisée (39). Il comprend actuellement plus de 200 000 citations issues de 668 revues de santé et de sciences biomédicales évaluées par des pairs et publiées dans 20 pays de la Région. Une autre initiative importante a été la création des centres collaborateurs de l'OMS. Ces centres représentent l'engagement des États Membres à soutenir la mission de l'OMS, y compris la production des données probantes nécessaires à l'élaboration des politiques. Compte tenu de la capacité croissante des établissements universitaires de la Région, l'Organisation souhaite augmenter le nombre de centres collaborateurs dans cette dernière.

21. Le *Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé : renforcement des systèmes de santé* a été un rapport déterminant et a constitué un appel mondial à accorder une plus grande attention à l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire (41). Le rapport a débouché sur une résolution majeure de l'Assemblée mondiale de la Santé : la résolution WHA58.34, de 2005, qui invitait au transfert des connaissances en tant que stratégie clé et invitait instamment les États Membres à (6) :

- à établir et à appliquer, ou à renforcer, une politique nationale de recherche en santé bénéficiant de l'appui politique voulu et à doter la recherche sur les systèmes de santé de moyens financiers et humains suffisants ;
- à encourager la collaboration avec d'autres partenaires de la recherche en santé de façon à faciliter la conduite de cette recherche dans le cadre de leurs systèmes de santé ;
- à établir des mécanismes de transfert des connaissances à l'appui des systèmes de santé publique et de prestation de soins de santé fondés sur des données factuelles, et à renforcer ceux qui existent déjà ;

22. De plus, en 2005, le Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles a été établi afin de mettre au point des réseaux entre chercheurs universitaires et responsables de l'élaboration des politiques ainsi que de promouvoir les programmes d'élaboration de politiques basées sur des données factuelles au niveaux mondial, régional et national (42). Ce réseau recherche des processus et des stratégies qui développent des options politiques fiables (messages exploitables) à travers la synthèse des meilleures bases factuelles disponibles (Fig. 1)



**Fig. 1. De la recherche théorique à la prise de décision (41)**

23. Le concept d'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles a été élargi pour inclure : 1) les stratégies qui permettent d'accroître : la demande des responsables de l'élaboration des politiques en matière des données issues de la recherche, 2) la production des recherches répondant aux besoins des politiques; et 3) les processus qui améliorent la transposition des données de la recherche dans les politiques et les pratiques (10). En outre, l'élaboration de notes d'orientation et le recours aux dialogues politiques ont été promus en tant qu'outils et plateformes facilitant l'élaboration transparente de politiques de santé et montrant les avantages et les défis qui pourraient en résulter si les responsables de l'élaboration des politiques adoptaient un seul plan d'action au détriment d'autres qui ont été présentés (14,43). La mise au point du Réseau pour des politiques inspirées de bases factuelles a suscité un enthousiasme généralisé en Amérique latine, puis en Europe, mais son adoption et son utilisation dans la formulation des politiques dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale ont été limitées à quelques pays, notamment au Liban. Les approches du Réseau avaient tendance à se concentrer sur les décisions politiques les plus complexes et les moins adaptées aux processus normalisés de synthèse d'informations pour la prise de décisions, telles que les évaluations des technologies de la santé. (voir ci-dessous).

24. Des résolutions du Comité régional en 2008 et 2011 ont respectivement mis en lumière l'engagement des États Membres de la Région à « sensibiliser les responsables de l'élaboration des politiques à l'importance de l'utilisation des données de la recherche dans leurs prises de décisions et renforcer leurs capacités à cet égard » (44). De plus, elles ont invité les États Membres à cet égard à « établir et renforcer les différents réseaux nationaux pour promouvoir la collaboration en matière de recherche au sein du pays et l'utilisation des résultats tirés de la recherche pour orienter les politiques et les programmes de santé »(38).

25. D'autres approches visant à améliorer l'élaboration des politiques reposant sur des bases factuelles ont été mises en place dans différents cadres. L'évaluation des technologies de la santé a été promue comme approche permettant d'utiliser les meilleures données de la recherche disponibles en les associant avec des données locales en vue d'analyser la sécurité, l'efficacité, le rapport coût-efficacité, la faisabilité et l'acceptabilité de ces technologies (à savoir les médicaments, les appareils et les procédures) au sein des systèmes de santé (5, 35, 45). Les processus de ce type d'évaluation favorisent les systèmes dans lesquels l'ajout de nouvelles technologies aux systèmes de santé est limité aux recommandations fondées sur des études fiables d'évaluation des technologies de la santé (46,47). Les lignes directrices cliniques ou de santé publique sont également des produits de partage des connaissances qui ont pour but d'améliorer les prises de décision basées sur des données factuelles au niveau de ces domaines. L'OMS a largement contribué à la mise au point de méthodes guidant l'élaboration de telles directives. Elle a également défini un programme visant à garantir que les recommandations des directives de l'OMS reposent sur des données factuelles solides (34). Le guide de l'OMS pour l'élaboration de lignes directrices peut être adopté au niveau national par les pays qui disposent des ressources nécessaires. Récemment, l'OMS a collaboré avec des établissements universitaires du monde entier pour accroître l'utilisation des données qualitatives dans l'élaboration des politiques en mettant en place une nouvelle approche permettant d'évaluer le degré de confiance à accorder aux résultats des synthèses de données qualitatives (12,48) (Tableau 1).

26. En outre, un vaste programme d'action de l'OMS et des États Membres de la Région visait à renforcer les capacités nationales en matière d'utilisation des informations sanitaires de routine et des données sur les causes de décès, ainsi que de la communication des indicateurs de base. Suite aux résolutions de 2013 du Comité régional, le programme a aidé à apporter des améliorations considérables aux systèmes nationaux d'information sanitaire dans tous les pays de la Région (13, 20, 49, 50).



## **Programme de renforcement des capacités institutionnelles nationales pour l'utilisation de données factuelles dans les politiques de santé**

27. L'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles requiert des capacités institutionnelles en mesure d'apporter un appui aux décideurs de manière fiable et rapide. Cette capacité peut faire défaut dans de nombreux ministères de la Santé. La capacité institutionnelle est le troisième courant mentionné plus haut dans le présent document qui influe sur l'élaboration de politiques basées sur des données factuelles dans la Région (14). Les précédentes décisions de l'OMS (résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé ou du Comité régional) sur l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles ne précisent généralement pas les prérequis institutionnels. Une publication de 2007 de l'Alliance OMS pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé précisait plus avant les exigences institutionnelles nationales en matière d'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles (51), mais le rapport portait principalement sur les établissements universitaires et ne précisait pas les exigences au sein des ministères de la santé. Des études supplémentaires ont également montré la nécessité d'intensifier les efforts pour renforcer les capacités institutionnelles (52). De manière intéressante, une résolution de 2008 du Comité régional a demandé la création d'unités de recherche au sein des ministères de la santé (44). Celles-ci ont été mises en place par la plupart des ministères de la Région. Toutefois, une recommandation du Comité régional de 2011 visant à établir des réseaux de politiques basés sur des données factuelles n'a pas incité beaucoup d'actions dans les pays (38). Le caractère non spécifique de la recommandation de 2011 pourrait être l'une des raisons de sa mise en œuvre limitée.

28. En outre, certains outils politiques et produits de partage des connaissances préconisés par l'OMS (Tableau 1) favorisent l'utilisation de données factuelles dans l'élaboration des politiques : des notes d'orientation, des études d'évaluation des technologies de la santé, et des lignes directrices de pratique clinique ou de santé publique. Les données suggèrent que la plupart des pays de la Région ne disposent pas de programmes nationaux pour mener et/ou adapter des études d'évaluation des technologies de la santé et pour adapter ou élaborer des lignes directrices cliniques ou de santé publique (34, 35, 53). De même, peu de pays de la Région utilisent ou émettent régulièrement des notes d'orientation relatives à leurs politiques de santé nationales. Pour changer cette situation, il convient de prendre en compte les différents besoins des ministères de la santé, en fonction de leurs contextes, de leurs situations et de leurs priorités. Les différents types de questions auxquelles sont confrontés les responsables de l'élaboration des politiques et pour lesquelles une prise de décision basée sur des données factuelles est justifiée devraient également être pris en compte (Tableau 1).

29. Depuis 2015, l'OMS a élargi son programme d'action dans la Région, en mettant l'accent sur les capacités institutionnelles et les processus d'élaboration des politiques qui permettent d'optimiser cette dernière en se basant sur des données factuelles. En réponse aux demandes spécifiques des ministères de la Santé, l'OMS a aidé les pays à élaborer des notes de synthèse, à utiliser des données qualitatives pour la prise de décision et à définir des priorités de recherche. Voici quelques-unes des principales activités menées à l'échelle de la Région :

- la cartographie des capacités de recherche en santé des instituts de recherches régionaux (54, 55)
- la bibliométrie des résultats tirés de ce type de recherche dans la Région (24, 28)
- les consultations d'experts sur l'élaboration et l'adaptation des directives basées sur des données factuelles (2015)
- le renforcement des capacités régionales (formation des formateurs) en matière d'élaboration des notes d'orientation (2015 et 2016)

30. Les résultats des activités susmentionnées, ainsi que les expériences des pays en matière d'amélioration de l'élaboration de politiques reposant sur des données factuelles, ont été présentés lors d'un événement précédant le Comité régional de 2017 à Islamabad en 2017. En réponse à cette présentation, le Comité régional a demandé à l'OMS d'« instaurer des mécanismes régionaux pour permettre de réduire l'écart entre les institutions de recherche concernées et les responsables de l'élaboration de politiques et de convertir les données de recherche en déclarations de principe en matière de santé, ainsi que de soutenir la mise en place de mécanismes nationaux », tout en s'engageant de son côté à renforcer « les capacités nationales en matière

d'utilisation de données factuelles issues de la recherche en santé dans l'élaboration des politiques de santé au niveau national » (I). Les activités suivantes ont suivi les recommandations du Comité régional :

- Consultation d'experts sur les approches à adopter pour améliorer les capacités institutionnelles en matière de prises de décisions basées sur des données factuelles (2017) ;
- Consultation d'experts sur l'élaboration de plans nationaux pour la réalisation d'enquêtes sur les ménages (2017) ;
- Publication d'une note d'information dans la *Revue de santé de la Méditerranée orientale* mettant en avant l'engagement et les approches de l'OMS (2017) (14) ;
- Examen conceptuel des méthodes existantes pour améliorer la capacité institutionnelle de transposition des bases factuelles en politiques (2018) (Elsayed O, A Rashidian, Elfeky S et Mandil A., document non publié, 2019) ;
- Partage des activités régionales lors d'une réunion consultative mondiale de l'OMS sur l'importance des bases factuelles pour l'élaboration des politiques (2018) ;
- Évaluation des capacités institutionnelles à convertir des données factuelles en décisions politiques dans les pays de la Région (2018-2019) (voir Tableau 3 pour les résultats clés) ;
- Réunion régionale des centres collaborateurs de l'OMS pour réexaminer leurs rôles et leurs fonctions (2019) ; et
- Consultation régionale sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire des pays ainsi que leurs capacités à suivre les progrès réalisés en vue de la couverture sanitaire universelle et les Objectifs de développement durable liés à la santé (2019) ;
- Réunion de haut niveau sur la conversion des données factuelles en politiques (2019) ; et Pour la première fois, cette réunion a permis d'examiner des différentes stratégies d'élaboration des politiques : processus d'application des connaissances, études d'évaluation des technologies de la santé, élaboration et adaptation de lignes directrices, données et enquêtes systématique ainsi que les études spécifiques utilisées pour appuyer l'élaboration des politiques.

<b>Tableau 3. Situation de l'élaboration des politiques sur la base de données factuelles dans les pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale</b>	
<p><b>a) Constatation principale 1 :</b> L'élaboration de politiques basées sur des données factuelles est <b>bien comprise</b> et perçue <b>favorablement</b> dans la Région</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % estiment que leurs organisations soutiennent l'utilisation des données de la recherche dans la prise de décision</li> <li>• 69 % considèrent que leurs organisations appuient la formation professionnelle d'analystes politiques</li> <li>• 74 % ont déclaré avoir participé régulièrement à des réunions sur l'élaboration des politiques</li> </ul> <p><b>b) Constatation principale 2 :</b> La disponibilité des ressources et les capacités nécessaires pour l'élaboration des politiques reposant sur des bases factuelles constituent des défis importants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 51 % estiment que leurs organisations fournissent un soutien adapté à l'élaboration de ces politiques.</li> <li>• Seulement 13 % ont déclaré qu'une politique existante exigeait l'utilisation de données de la recherche dans l'élaboration des politiques.</li> <li>• Seulement 21 % des organisations ont mené plus de cinq projets de recherche répondant aux besoins nationaux pour soutenir l'élaboration de politiques de santé</li> <li>• Environ 10 % des services comptaient plus de cinq analystes politiques</li> </ul>	
<p><b>c) Opinion des personnes interrogées sur la manière dont l'OMS peut aider les pays à élaborer des politiques basées sur des données factuelles</b></p>	
<p><b>En renforçant les capacités nationales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les capacités des chercheurs, des responsables de l'élaboration des politiques, et des analystes politiques (83 %)</li> <li>• Recommandation de cadres institutionnels et de guides d'action pour l'utilisation de données factuelles dans l'élaboration de politiques (73 %)</li> <li>• Fournir des programmes de mentorat et des conseils techniques, y compris le recours à des experts et à des outils (72 %)</li> </ul>	<p><b>En établissant des mécanismes régionaux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration des notes d'orientation fondées sur le contexte propre à la Région ou au pays (75 %)</li> <li>• Facilitation de la communication entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques (73 %)</li> <li>• Accroissement de l'accessibilité aux sources de données probantes (60 %)</li> <li>• Mise à disposition d'une plateforme accessible sur les meilleures pratiques (58 %)</li> <li>• Élaboration de lignes directrices de pratique clinique ou de santé publique (57 %)</li> <li>• Mettre en place une ou plusieurs équipes d'intervention rapide chargées d'examiner et de synthétiser les bases factuelles sensibles au contexte pour les situations d'urgence (48 %)</li> </ul>

<sup>a</sup> Les pourcentages entre parenthèses représentent ceux de répondants qui ont soutenu l'action.

Source : Enquête auprès de 68 hauts responsables de l'élaboration des politiques (y compris quelques anciens ministres de la santé) et hauts responsables de la préparation des politiques (au sein des ministères de la santé et des universités) des 22 pays de la Région (2018-2019) (Elsayed O, A Rashidian, Elfeky S, Mandil) A. Article non publié, 2019).

## Identifier la démarche la plus appropriée pour améliorer les capacités institutionnelles d'utilisation de données factuelles dans l'élaboration des politiques

31. Les capacités nationales des pays de la Région ainsi que leurs besoins et leurs priorités varient, et un cadre d'action visant à améliorer leur capacité institutionnelle à s'appuyer sur des bases factuelles pour élaborer des politiques doit répondre à ces différentes situations et attentes nationales (Encadré 1). Un tel cadre devrait également s'appuyer sur l'expérience internationale et sur le succès ou l'échec des recommandations antérieures. En même temps, un pays peut identifier différentes méthodes ou approches qui répondent à ses besoins spécifiques.

**Encadré 1. Éléments déterminants dans l'identification de l'approche la plus adéquate pour améliorer les capacités institutionnelles d'utilisation des données factuelles dans l'élaboration des politiques**

Les capacités institutionnelles nationales requises sont propres au contexte de chaque pays et varient donc en fonction de ce dernier. La solution la plus appropriée pour un pays doit prendre en compte les éléments suivants :

- Population nationale et besoins prioritaires
- Capacités des établissements universitaires à mener des recherches ou des synthèses de recherche en santé valides et fiables
- Leurs capacités à offrir une formation sur les disciplines et les méthodes clés nécessaires à l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles, à savoir les analyses systématiques ; le meilleur rapport coût-efficacité et la modélisation économique ; la rédaction de notes d'orientation ; l'élaboration et l'adaptation de directives, l'analyse des politiques ; les études qualitatives et la synthèse des recherches qualitatives ; et les analyses statistiques
- Présence d'instituts d'expertise technique dépendants du ministère de la santé (à savoir instituts nationaux de santé publique et instituts nationaux de recherche en santé)
- Disponibilité des ressources financières pour la recherche en santé et la synthèse des recherches
- Présence d'unités pertinentes au sein du ministère de la santé ou possibilité de créer de telles unités (unités de politique de la santé, départements de planification, unités de recherche et développement et unités d'évaluation des technologies de la santé)

32. En outre, un certain nombre d'aspects doivent être pris en compte dans le choix de la méthode à suivre pour établir ou renforcer les capacités institutionnelles nationales de conversion des données factuelles en décisions politiques (Encadré 2). Ces aspects ne sont pas figés : les pays peuvent sélectionner différentes options pour une même stratégie, et il est important d'étudier soigneusement chaque option. Il est également possible de choisir des alternatives aux certains aspects pour différentes questions de politique. Par exemple, un pays peut décider d'engager un dialogue approfondi impliquant toutes les parties intéressées dans certaines politiques (particulièrement délicates ou ayant une portée plus large) et d'impliquer les parties prenantes de manière plus limitée sur d'autres politiques.

**Encadré 2. Aspects à prendre en compte pour orienter le choix de la méthode à suivre dans l'établissement ou le renforcement des capacités institutionnelles nationales de conversion des données factuelles en orientations politiques**

<b>Première dimension :</b>	Approche multiconceptuelle intégrée ou approches à concept unique
<b>Deuxième dimension :</b>	Adaptation ou élaboration de nouveaux supports
<b>Troisième dimension :</b>	Rôle des établissements universitaires
<b>Quatrième dimension :</b>	Degré d'implication des parties prenantes
<b>Cinquième dimension :</b>	Niveau de normalisation des méthodes et formalité de l'élaboration des politiques

**Première dimension : Approche multiconceptuelle intégrée ou approches à concept unique**

33. L'élaboration de politiques basée sur des données factuelles en matière de santé requiert la mise en place de programmes et de processus permettant d'identifier les thèmes de santé prioritaires et les données factuelles les plus fiables disponibles pour déterminer les interventions efficaces, et définissant une approche décisionnelle qui prend en compte les données factuelles disponibles les plus pertinentes. Comme décrit précédemment, différents produits de partage des connaissances (Tableau 1) sont disponibles pour optimiser l'élaboration de politiques basées sur des données factuelles. Cependant, il est fréquent que les programmes soient déployés indépendamment les uns des autres et qu'ils se retrouvent en concurrence par rapport aux ressources (financières et en termes d'expertise humaine) souvent très limitées dans les pays de la Région.

34. Il existe un important chevauchement des compétences techniques requises pour développer différents produits de partage des connaissances et des rapports sur la synthèse des bases factuelles. Par exemple, l'élaboration ou l'adaptation des lignes directrices de pratique clinique ou de santé publique et les évaluations des technologies de la santé nécessitent une compréhension technique des analyses systématiques et de la modélisation économique. Bien que les évaluations des technologies de la santé évaluent les technologies et les lignes directrices de pratique clinique ou de santé publique qui couvrent les maladies ou les problèmes de santé préoccupants, l'élaboration de telles directives peut tirer parti des conclusions des évaluations de ces

dernières. Les résultats et les recommandations issus de ces évaluations et les directives qui en découlent constituent le socle de base de nombreuses notes d'orientation. En outre, une évaluation des technologies de la santé ou une directive nationale peut bénéficier d'un dialogue public. Toutes ces approches exigent une gestion explicite des conflits d'intérêts pour s'assurer que le processus n'est pas affecté par des biais personnels ou financiers indus (34). En outre, la compréhension et l'utilisation des données nationales sont une condition nécessaire à la mise en place ou à l'adaptation de tous les produits de partage des connaissances susmentionnés. Bien que différents produits soient requis pour diverses questions politiques (Tableau 1), le fait de rapprocher les approches peut s'avérer bénéfique ; cela peut permettre d'uniformiser l'élaboration des politiques nationales et d'optimiser l'usage de ressources et d'expertises disponibles, parfois limitées, au sein de la plupart des ministères de la Santé ou des établissements qui y sont rattachés.

35. Il a été envisagé d'associer ou d'intégrer ces différentes approches de conversion des données factuelles en politiques (46), mais cette question n'a pas été étudiée en détails ou adoptée. L'approche intégrée multiconceptuelle (Fig. 2) des capacités institutionnelles nationales pour la conversion des données factuelles en politiques a été étudiée lors d'une réunion sur la capacité institutionnelle en matière d'usage des données factuelles dans l'élaboration des politiques de santé, en février 2019 au Liban. Les délibérations de cette réunion ont permis de développer davantage et d'affiner le cadre d'action pour l'élaboration de politiques basées sur des données factuelles dans les pays de la Région.

36. De nombreux pays ont adopté des approches parallèles à l'élaboration de politiques basée sur des données factuelles dans lesquelles, par exemple, les programmes d'orientation ne sont pas liés aux évaluations des technologies de la santé ou aux initiatives de dialogue politique. Ces initiatives peuvent également appartenir à des secteurs concurrents des ministères de la santé. Bien que ces approches non intégrées soient compréhensibles, il est recommandé de les regrouper.<sup>5</sup> En d'autres termes, en ce qui concerne cet aspect de l'analyse, nous recommandons à tous les pays de s'orienter vers l'approche multiconceptuelle ; cela contraste avec les quatre autres aspects de l'analyse présentés dans le présent document, selon lesquels chaque pays devrait choisir l'approche qui lui convient le mieux. Bien qu'il puisse être difficile d'établir une approche multiconceptuelle intégrée en raison des différents intérêts et priorités, elle devrait porter ses fruits à long terme.



**Fig. 2. Approche intégrée multiconceptuelle de la conversion des données factuelles en politiques de santé** (Rashidian A, rapport non publié, 2019)

<sup>5</sup> Les pays peuvent adopter des approches non intégrées en mettant en place des programmes d'évaluation des technologies de la santé parallèles (par exemple, la séparation des médicaments et des dispositifs médicaux) ou des programmes nationaux d'orientation (par exemple, la séparation des lignes directrices des pratiques cliniques de celles de santé publique). De telles approches non intégrées ne sont pas recommandées car elles entraînent un gaspillage de ressources précieuses et un non-alignement potentiel des processus décisionnels importants.

## Deuxième dimension : Adaptation ou élaboration de nouveaux supports

37. Les pays doivent décider s'ils veulent élaborer entièrement les directives nécessaires, rapports d'évaluation des technologies de la santé ou orientations politiques, ou s'il est préférable d'adapter des documents existants issus de sources fiables (par exemple les directives de l'OMS, les notes d'orientation régionales de l'OMS et les rapports d'évaluation des technologies de la santé des pays où ces programmes sont déjà instaurés). Pour la plupart des pays de la Région et les questions primordiales, l'adaptation de produits de partage des connaissances existants (s'ils sont appropriés par rapport aux besoins et priorités du pays) est préférable (Encadré 3). Néanmoins, l'adaptation des analyses économiques ou des études de faisabilité d'un contexte à un autre demeure un défi.

### Encadré 3. Capacités nationales de synthèse des données factuelles dans le cadre de l'élaboration de politiques de santé : République islamique d'Iran

En République islamique d'Iran, la coexistence de la santé et de l'éducation médicale sous un même ministère est un exemple de système de santé intégré, dans lequel les responsables de l'élaboration des politiques bénéficient d'une étroite collaboration avec les établissements universitaires. Les efforts nationaux de renforcement des capacités au sein du pays pour stimuler le recours à la recherche dans l'élaboration des politiques a joué un rôle important permettant d'élaborer de meilleures politiques basées sur des données factuelles. Ces efforts ont également conduit au renforcement des capacités nationales à réaliser des analyses systémiques, des études d'évaluation économique et des recherches qualitatives.

L'Institut national iranien de recherche en santé (affilié à l'Université des sciences médicales de Téhéran et au ministère de la santé et de l'Éducation médicale) génère et utilise des données factuelles et des notes d'orientation, engage des dialogues stratégiques, et sert d'observatoire de santé et d'unité de réponse rapide. L'institut a mis en place des évaluations des technologies de la santé sur plus de 80 nouvelles technologies. Il mandate des études d'évaluation de ces technologies auprès des établissements universitaires pour le compte du ministère de la santé et de l'Éducation médicale. L'institut a également établi un plan national pour la réalisation d'enquêtes de santé auprès des ménages au niveau national. En outre, l'administration iranienne des denrées alimentaires et des médicaments mène des études d'évaluation des technologies de la santé afin d'adopter des décisions concernant l'entrée sur le marché des médicaments. En outre, les résultats de ces évaluations servent à éclairer l'élaboration ou l'adaptation de protocoles nationaux de soins cliniques pour les médicaments coûteux.

38. La décision d'adapter ou de mettre au point un produit de partage de connaissances, nécessaire à une question de politique dans des situations d'urgence ou dans les pays à revenu faible, peut être contre-intuitive. Par exemple, les pays en situations d'urgence peuvent être confrontés à de nombreuses défis politiques, mais disposer de produits de partage de connaissances limités pour y répondre. Par conséquent, ils doivent développer de tels produits, mais en même temps, ils manquent de ressources pour le faire en raison du contexte d'urgence. En outre, de nombreux défis confrontés dans des pays à revenu faible ne sont pas suffisamment pris en compte par les produits disponibles. Dans de telles situations, le pays n'aura peut-être pas les capacités nécessaires pour mettre en place des processus solides d'élaboration des produits de partage de connaissances, et le soutien de l'OMS et d'autres agences internationales s'avère alors crucial.

## Troisième dimension : Rôle des établissements universitaires

39. Cet aspect concerne le degré d'implication des établissements universitaires dans les processus de conversion des données factuelles en politiques. D'un côté, des centres d'excellence universitaires peuvent être chargés d'élaborer les synthèses de bases factuelles ainsi que les produits de diffusion des connaissances nécessaires aux responsables d'élaboration des politiques pour la prise de décision (par exemple, par des accords contractuels ou des protocoles d'entente). À titre d'exemple, au Liban, une étroite collaboration s'est nouée entre le ministère de la santé et un établissement universitaire indépendant (Encadré 4). D'un autre côté, les unités techniques au sein du ministère de la Santé peuvent être renforcées afin que les synthèses des données factuelles et les options politiques soient développées en interne. Les options intermédiaires, par exemple, peuvent s'appuyer sur un institut national de santé publique (affilié ou étroitement lié au ministère de la Santé)<sup>6</sup> pour effectuer des recherches au nom du ministère. Si un tel institut joue un rôle dans l'élaboration des politiques nationales de santé en République islamique d'Iran (Encadré 3), il existe d'autres exemples de cette collaboration dans la Région, par exemple, en Afghanistan, au Maroc, en Palestine, au Pakistan, au Soudan et en Tunisie, avec des ressources et une implication variables dans l'élaboration des politiques nationales en matière de santé. Plus récemment, en

<sup>6</sup>Les intitulés de ces établissements varient selon les pays, par exemple : Institut national de Santé publique, École nationale de Santé publique, Institut national de recherche en santé, ou Institut national de la santé.

2019, le ministère de la Santé du Maroc a mandaté l'École nationale de santé publique de mettre en place un programme de gestion des connaissances visant à renforcer l'élaboration de politiques basées sur des données factuelles dans le pays.

**Encadré 4. Soutien d'un établissement universitaire indépendant pour l'élaboration de politiques basées sur des données factuelles : Liban**

Le Liban a mis en place un vaste programme en faveur de l'utilisation des données factuelles issues de la recherche dans les processus d'élaboration des politiques, à travers la collaboration avec un établissement universitaire indépendant. Différents responsables et décideurs politiques sont impliqués à chacune des étapes du processus de transfert des connaissances. Le parlement libanais a demandé aux unités académiques de les aider à légiférer en matière d'alimentation et de sécurité

Le Centre d'application des connaissances en décisions politiques (K2P) de l'Université américaine de Beyrouth se charge de faire la synthèse des données factuelles, replacer les connaissances dans leur contexte et faire le lien avec les acteurs impliqués pour orienter les politiques et les actions en matière de santé. L'initiative de synthèse des données factuelles mondiale a été lancée pour améliorer et renforcer les capacités interdisciplinaires permettant de générer et d'utiliser des données factuelles pour appuyer les politiques ainsi que les pratiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le Secrétariat de ce projet est basé au Centre d'analyse systématique de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé de l'Université américaine de Beyrouth. Le Centre GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - notation de l'étude des recommandations, du développement et du bilan) à l'Université se concentre sur la réalisation d'analyse systématique et sur l'élaboration de directives pour améliorer les soins de santé fondés sur des bases factuelles.

**Quatrième dimension : Degré d'implication des parties prenantes**

40. Le degré d'implication des parties prenantes peut être limité ou étendu. Il peut aller de quelques consultations avec les experts ou groupes de professionnels au cours du processus d'élaboration des documents de politique à la participation totale des parties prenantes dans l'élaboration de ces dernières et des dialogues publiques en ligne ou en présentiel à différentes étapes de l'élaboration.<sup>7</sup> Sur cet aspect, il est judicieux que le pays établisse un niveau minimum d'engagement des parties prenantes, puis une participation supplémentaire peut être invitée si nécessaire. Là encore, le contexte du pays sera un facteur déterminant du niveau de participation des parties prenantes. Par exemple, des décisions politiques en réponse à une catastrophe d'ordre national ou une situation d'urgence, bien que particulièrement critiques nécessitent un processus décisionnel rapide, l'implication des parties prenantes doit donc être adaptée pour s'assurer que les politiques nationales soient établies en temps voulu.

**Cinquième dimension : Niveau de normalisation et formalité de l'élaboration des politiques**

41. L'élaboration de certains supports de conversion des données factuelles en politiques (par exemple, des lignes directrices fondées sur des données probantes et des évaluations des technologies de la santé) nécessite l'utilisation de méthodes explicites notées au début (généralement dans le cadre de la politique nationale). D'autres supports peuvent nécessiter d'adapter les méthodes selon le sujet traité. Notamment, l'intégration d'autres sources de données, à savoir les données nationales, et les estimations de coût et de faisabilité qui peuvent varier d'une politique à une autre selon les contextes.

42. En outre, un pays peut décider de la manière dont les recommandations de politique provenant des différentes sources de données factuelles et de produits de diffusion de connaissances (Tableau 1 et Fig. 2) affecteront le processus de la prise de décision : le processus décisionnel sera-t-il lié par les recommandations de politique ou les recommandations seront-elles principalement de nature consultative? Cependant, deux conditions doivent toujours être remplies : 1) la gestion des conflits d'intérêt (à tous les niveaux du processus de conversion des données factuelles en politiques), et 2) la prise en compte des recommandations politiques par les responsables de l'élaboration des politiques, même s'ils décident de ne pas suivre les options proposées par ces recommandations. Si la première condition n'est pas remplie, le processus de conversion des données factuelles en orientations politiques risque de conduire à l'intégration de conseils préjudiciables ou contradictoires dans l'élaboration des politiques. Sans la deuxième condition, le processus est incomplet.

<sup>7</sup>Parmi les parties prenantes, on retrouve : les organisations ou associations professionnelles, les syndicats des professionnels de santé, les groupements de patients, les organisations non gouvernementales, les membres du parlement et élus, les associations de protection des consommateurs et le grand public.

## **Cadre d'action visant à améliorer la capacité institutionnelle des pays à utiliser les données factuelles dans l'élaboration des politiques**

43. Le cadre d'action visant à améliorer les capacités institutionnelles nationales en matière d'utilisation des bases factuelles dans l'élaboration des politiques de santé dans la Région de la Méditerranée orientale a été mis au point grâce à une collaboration continue entre l'OMS et les États Membres depuis 2015. Comme le décrit le présent document, les initiatives lancées se sont axées sur l'amélioration des capacités nationales et régionales en matière d'élaboration et d'adaptation des notes d'orientation (ou directives), de production et de synthèse de données factuelles, de processus décisionnels et d'identification des approches les plus efficaces pour instaurer au niveau national des capacités d'élaboration de politiques basées sur des données factuelles. Il fournit également le contexte technique du cadre et justifie les recommandations pratiques données dans ce dernier.

44. Il devrait être suivi d'une stratégie d'action guidant l'appui de l'OMS aux pays pour la sélection et l'adoption des cadres institutionnels les mieux adaptés à leurs besoins nationaux. L'OMS doit poursuivre le renforcement des capacités des chercheurs, des responsables de l'élaboration des politiques et des analystes politiques en matière de conversion des données factuelles en politiques (par exemple la rédaction de notes d'orientation, la mise en place de processus de concertation politique, et l'adaptation de directives). Elle devrait également renforcer les capacités et les processus régionaux pour la définition des priorités et l'élaboration de notes d'orientation clés basées sur les contextes régionaux et nationaux. L'adaptation des directives mondiales de l'OMS à la situation régionale (avec le soutien de l'Organisation) et l'élaboration de directives pour les problèmes prioritaires régionaux (lors qu'aucune directive de l'OMS n'existe) doivent être envisagées. Cette dernière devrait continuer à faciliter la communication entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques et à accroître l'accessibilité des sources de données factuelles par l'intermédiaire des plateformes régionales. En particulier, l'OMS devrait envisager de former des équipes d'intervention rapide pour évaluer et synthétiser les données factuelles relatives aux problèmes sensibles au contexte dans les situations d'urgence, lorsque les données nécessaires à la prise de décision font défaut ou manquent de clarté.

45. Le cadre met également en avant une série d'actions que les pays peuvent mettre en place dans leur processus d'amélioration des capacités institutionnelles nationales de prise de décision basée sur des données factuelles. Certaines capacités sont essentielles à chaque ministère de la Santé indépendamment des contextes et des besoins nationaux. Ce niveau de capacité institutionnelle garantit que les équipes d'appui aux politiques peuvent localiser, évaluer et potentiellement adapter les produits de diffusion de connaissances pouvant être pertinents pour les questions politique prioritaires. D'autres actions peuvent être envisagées par les pays selon leurs besoins et leurs capacités, notamment (situation d'urgence ou conflit, population nationale, ressources universitaires et ressources financières), y compris la mise en place et le renforcement d'institutions partenaires qui peuvent soutenir l'élaboration de politiques nationales basées sur des données factuelles dans le domaine de la santé.



## Références

1. Résolution EM/RC64/R.1 du Comité régional de la Méditerranée orientale sur le Rapport annuel du Directeur régional pour 2016. Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017.
2. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization, 2015.
3. Mahjour J, Mirza Z, Rashidian A, Atta H, Hajjeh R, Thieren M, *et al.* “Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable” in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2018;24(4):323–4.
4. The WHO strategy on research for health. Geneva: World Health Organization ; 2012.
5. Rapport sur la santé dans le monde, 2013. la recherche pour la couverture sanitaire universelle. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2013.
6. Résolution WHA58.34 Sommet ministériel sur la recherche en santé. Dans : Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, du 16 au 25 mai 2005. Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21308/WHA58\\_34-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/21308/WHA58_34-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consulté le 13 août 2019.
7. Macintyre S, Petticrew M. Good intentions and received wisdom are not enough. *J Epidemiol Community Health.* 2000;54(11):802–3.
8. Rashidian A. Policy and programme evaluation: principles and objectives. *East Mediterr Health J.* 2017;231(1):3–4.
9. Brownson RC, Chriqui JE, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *Am J Public Health.* 2009;99:1576–1583.
10. Lavis JN, Lomas J, Hamid M, Sewankambo NK. Assessing country-level efforts to link research to action. *Bull World Health Organ.* 2006;84(8):620–8.
11. Résolution WHA63.21. WHO strategy on research for health (Annex 7). Dans : Soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, du 17 au 21 mai 2010. Résolutions et décisions, annexes. Genève, 2010 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-REC1/WHA63\\_REC1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-en.pdf), consulté le 16 août 2019.
12. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gulmezoglu M, *et al.* Using qualitative evidence in decision making for health and social interventions: an approach to assess confidence in findings from qualitative evidence syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med.* 2015;12(10):e1001895.
13. Alwan A, Ali M, Aly E, Badr A, Doctor H, Mandil A, *et al.* Strengthening national health information systems: challenges and response. *East Mediterr Health J.* 2016;22(11):840–50.
14. Rashidian A, Mandil A, Mahjour J. Improving evidence-informed policy-making for health in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2018;23(12):793–4.
15. El-Jardali F, Lavis JN, Ataya N, Jamal D, Ammar W, Raouf S. Use of health systems evidence by policymakers in eastern Mediterranean countries: views, practices, and contextual influences. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:200.
16. Haq Z, Hafeez A, Zafar S, Ghaffar A. Dynamics of evidence-informed health policy making in Pakistan. *Health Policy Plan.* 2017; 32(10):1449–56.
17. Al Mawali AHN, Al Qasmi AM, Al Sabahi SMS, Idikula J, Abd Elaty MA, Morsi M, *et al.* Oman Vision 2050 for health research: a strategic plan for the future based on the past and present experience. *Oman Med J.* 2017;32(2):86–96.
18. Majdzadeh R, Yazdizadeh B, Nedjat S, Gholami J, Aghari S Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship? *Health Policy Plan.* 2012;27(6):499–504.
19. Maleki K, Hamadeh RR, Gholami J, Mandil A, Hamid S, Butt ZA, *et al.* The knowledge translation status in selected Eastern Mediterranean universities and research institutes. *PLoS One.* 2014;9(9):e103732.

20. Eastern Mediterranean Region: framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance 2017. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 ([http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB\\_2017\\_EN\\_16766.pdf?ua=1&ua=1](http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2017_EN_16766.pdf?ua=1&ua=1), [consulté le 30 août 2019])
21. Bamako Call to Action on Research for Health. Strengthening research for health, development and equity. Global Ministerial Forum on Research for Health. Bamako, Mali, du 17 au 19 novembre 2008 (<http://www.who.int/rpc/news/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.pdf>, consulté le 18 mars 2011).
22. Røttingen JA, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Ardal C, et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet*. 2013;382(9900):1286–1307.; 1990 ([http://www.cohred.org/downloads/open\\_archive/ComReports\\_0.pdf](http://www.cohred.org/downloads/open_archive/ComReports_0.pdf), consulté en septembre 2019).
23. Røttingen JA, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Ardal C, et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet*. 2013;382(9900):1286–1307.
24. Tadmouri GO, Mandil A, Rashidian A. Development of an Eastern Mediterranean Region search strategy for biomedical citations indexed in PubMed. *Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. 2017;23(9):619–29.
25. Ismail SA, McDonald A, Dubois E, Aljohani FG, Coutts AP, Majeed A, et al. Assessing the state of health research in the Eastern Mediterranean Region. *J R Soc Med*. 2013;106(6):224–33.
26. El Rassi R, Meho LI, Nahlawi A, Salameh JS, Bazarbachi A, Akl EA. Medical research productivity in the Arab countries: Analyse bibliométrique 2007-2016. *J Global Health* 2018; 8(2). doi: 10.7189/jogh.08.020411.
27. Rapport de l'UNESCO sur la science, vers 2030 Paris: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)
28. Tadmouri G, Mandil A, Rashidian A. Biomedical and health research geography in the Eastern Mediterranean Region (2004–2013). *Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. (en cours d'étude)
29. Yousefi-Nooraie R, Rashidian A, Nedjat S, Majdzadeh R, Mortaz-Hedjri S, Etemadi A, et al. Promoting development and use of systematic reviews in a developing country. *J Eval Clin Pract*. 2009 ; 15(6) : 1029–34.
30. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC48/R.8 on renewed health research for development in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2001.
31. Rashidian A, Jahanmehr N, Jabbour S, Zaidi S, Soleimani F, Bigdeli M. Bibliographic review of research publications on access to and use of medicines in low-income and middle-income countries in the Eastern Mediterranean Region: identifying the research gaps. *BMJ Open*. 2013;3:10 e003332.
32. Al-Gasseer N, Shideed O. Clinical trial registration in the Eastern Mediterranean region: a luxury or a necessity? *East Mediterr Health J*. 2012;18(2):108–11.
33. Solaymani-Dodaran M, Khalili D, Hosseini H, Najafi L, Kamali K, Ranjbar P, et al. Iranian Registry of Clinical Trials two years on and the timing of registrations. *J Evid Based Med*. 2011;4(3):168–71.
34. WHO handbook for guideline development – 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014.
35. 2015 Global survey on health technology assessment by national authorities. Main findings. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015.
36. Schünemann HJ MR, Brozek J, Santesso N, Alonso-Coello P, Guyatt G, Scholten R, et al ; GRADE Working Group. GRADE Guidelines: 16. GRADE evidence to decision frameworks for tests in clinical practice and public health. *J Clin Epidemiol*. 2016;76:89–98.
37. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008 ; 336(7650) : 924–6.

38. Résolution EM/RC58/R.3 du Comité régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale « Orientations stratégiques pour intensification de la recherche pour la santé dans la Région de la Méditerranée orientale ». Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale, 2011.
39. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC28A/R9 on the regional medical library. Alexandria: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean 1978.
40. Rashidian A, Mandil A, ElFeky S, Al-Mandhari A. WHO collaborating centres in the Eastern Mediterranean Region: an agenda for action and improvement. *East Mediterr Health J.* 2018 ; 24(11) : 1035–7.
41. Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé : renforcement des systèmes de santé Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2004.
42. Hamid M, Bustamante-Manaog T, Viet Dung T, Akkhavong K, Fu H, Ma Y et al. EVIPNet: translating the spirit of Mexico. *Lancet.* 2005;366(9499):1758–60.
43. SURE guides for preparing and using evidence-based policy briefs. Version 2.1 - mise à jour en novembre 2011. La collaboration SURE ; 2011. ([https://Epub.Cochrane.Org/Sites/Epub.Cochrane.Org/Files/Public/Uploads/Sure-Guides-V2.1/Collectedfiles/Sure\\_Guides.Html](https://Epub.Cochrane.Org/Sites/Epub.Cochrane.Org/Files/Public/Uploads/Sure-Guides-V2.1/Collectedfiles/Sure_Guides.Html), consulté en septembre 2016).
44. Résolution EM/RC55/R.7 du Comité régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale « Comblent le fossé entre les chercheurs en santé et les responsables de l’élaboration des politiques dans la Région de la Méditerranée orientale ». Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale, 2008.
45. Banta D. The development of health technology assessment. *Health Policy.* 2003;63(2):121–32.
46. Garrido MV, Gerhardus A, Røttingen JA, Busse R. Developing health technology assessment to address health care system needs. *Health Policy.* 2010;94(3):196–202.
47. Wild C, Stricka M, Patera M. Guidance for the development of a National HTA-strategy. *Health Policy Technol.* 2017;6(3):339–47.
48. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, Munthe-Kaas H, Glenton C, Colvin CJ, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 2: how to make an overall CERQual assessment of confidence and create a summary of qualitative findings table. *Implement Sci.* 2018;13(Suppl 1):10.
49. Résolution EM/RC60/R.2014 du Comité régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale « Stratégie régionale pour l’amélioration des systèmes d’enregistrement des actes et de statistiques d’état civil 2014-2019 ». Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale, 2013.
50. Résolution EM/RC60/R.8 du Comité régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale « Surveillance de la situation sanitaire, des tendances et de la performance des systèmes de santé ». Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale, 2013.
51. World Health Organization and Alliance for Health Policy and Systems Research. *Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy* (edited by Andrew Green and Sara Bennett). Geneva: World Health Organization; 2007.
52. Shroff Z, Javadi D, Gilson L, Kang R, Ghaffar A. Institutional capacity to generate and use evidence in LMICs : current state and opportunities for HPSR. *Health Res Policy Syst.* 2017;15(1):94.
53. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC53/R.7 on medical devices and equipment in contemporary health care systems and services. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2006.
54. El-Jardali F, Mandil A, Jamal D, BouKarroum L, El-Feky S, Nour M, et al. Engagement of health research institutions in knowledge translation in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2018 ; 24(7) : 672–9.
55. Mandil A, El-Jardali F, El-Feky S, Nour M, Al-Abbar M, Bou-Karroum L. Health research institutional mapping: an Eastern Mediterranean Regional perspective. *East Mediterr Health J.* 2018 ; 24(2) : 189–97.

## Cadre d'action pour améliorer la capacité institutionnelle des pays à utiliser les bases factuelles dans l'élaboration des politiques de santé dans la Région de la Méditerranée orientale

Catégories de pays	Actions à mener dans ces pays	Soutien de l'OMS et d'autres partenaires du développement
A Tous les pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place des mécanismes de réglementation et de gestion des conflits d'intérêts dans l'élaboration des politiques</li> <li>• Renforcer les capacités du département de la planification du ministère de la santé en matière d'évaluation critique des produits de partage des connaissances et des rapports de synthèse sur des bases factuelles (rapports de synthèse, évaluations des technologies de la santé, directives et analyses systématiques)</li> <li>• Assurer l'accès du ministère de la santé à des sources de données de la recherche en santé (à savoir via le programme Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches de l'OMS)</li> <li>• Améliorer les rapports sur les causes de décès et ceux de l'observatoire national sur les indicateurs de santé nationaux, y compris les rapports de surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir un appui technique pour la sélection de méthodes institutionnelles nationales appropriées pour l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles</li> <li>• Apporter un appui technique pour le renforcement des capacités nationales clés en vue de l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles</li> <li>• Soutenir l'élaboration de notes d'orientation d'importance régionale</li> <li>• Soutenir l'adaptation des directives mondiales de l'OMS au contexte régional pour les sujets hautement prioritaires</li> <li>• Appuyer l'élaboration de lignes directrices multi-pays ou régionales pour les sujets primordiaux</li> <li>• Établir un réseau régional d'institutions qui soutiennent activement l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles au niveau national</li> </ul>
B Pays aux ressources universitaires limitées	<p>En sus du A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer une capacité minimale (épidémiologie et analyse des coûts) pour l'élaboration de rapports sur les politiques</li> <li>• Mettre l'accent sur l'adaptation des rapports de synthèse des données factuelles hautement prioritaires au contexte national</li> <li>• Allouer des ressources financières aux activités de conversion des données factuelles en politiques sur la demande des donateurs pour le renforcement des capacités nationales</li> </ul>	<p>En sus du A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir l'élaboration de notes d'orientation et d'adaptation des directives de l'OMS pour les points prioritaires au niveau national</li> </ul>
C Pays touchés par des urgences prolongées ou aiguës	<p>En sus du A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer une capacité minimale (épidémiologie et analyse des coûts) pour l'élaboration de rapports sur les politiques</li> <li>• Allouer des ressources financières aux activités de conversion des données factuelles en politiques sur la demande des donateurs pour le renforcement des capacités nationales</li> </ul>	<p>En sus du A et B :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les processus rapides d'adaptation ou d'élaboration de produits de synthèse des politiques pour les besoins du pays</li> </ul>
D Pays à forte capacité/ressources universitaires et population réduite	<p>En sus du A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir des programmes d'évaluation nationale des technologies de la santé et d'adaptation/élaboration de lignes directrices en collaboration avec les établissements universitaires</li> <li>• Mettre en place des processus officiels de conversion des données factuelles en politiques, y compris via la rédaction de notes d'orientation et la tenue de dialogues politique</li> <li>• Mettre en place une équipe de spécialistes des politiques au sein du ministère de la santé, comprenant tous les domaines d'expertise clés</li> <li>• Élaborer des plans pour les enquêtes sur les ménages au niveau national à moyen terme (Par exemple, 10 ans)</li> <li>• Mettre au point un registre du cancer et un programme de pharmacovigilance efficaces</li> </ul>	<p>Voir catégorie A</p>

E Pays ayant des ressources/ capacités universitaires développées et une population importante	En sus du A et B : <ul style="list-style-type: none"><li>• Créer des instituts affiliés au ministère de la santé (par exemple, NIPH ; NIHR ; NICE) chargés de commander, d'élaborer, d'évaluer ou d'adapter les directives nationales, les évaluations des technologies de la santé et les notes d'orientation</li><li>• Renforcer les capacités des établissements universitaires à couvrir tous les domaines pertinents pour les processus de conversion des données factuelles en politiques</li></ul>	Voir catégorie A
---	---	------------------

---

NIPH : National Institute for Public Health (institut national de santé publique) ; NIHR : National Institute for Health Research (institut national de recherche en santé) ; NICE : National Institute of Health and Care Excellence (institut national de la santé et de l'excellence clinique)