



La délibération pour soutenir la prise de décision en santé publique

ÉTAT DES CONNAISSANCES

JUILLET 2024

ÉTUDE DE LA PORTÉE

AUTEURS ET AUTRICE

Mathieu Roy, conseiller scientifique spécialisé
Gilles Paradis, médecin-conseil
Véronique Déry, cheffe scientifique à la qualité
Équipe Qualité à portée institutionnelle
Vice-présidence aux affaires scientifiques

COLLABORATION

Julie Saint-Pierre, conseillère scientifique spécialisée
Secrétariat général

Olivier Robert, bibliothécaire et conseiller scientifique
Virginie Houde, bibliothécaire
Vice-présidence aux affaires scientifiques

RÉVISION

Réviser(e)s interne

Chantal Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Julie Laforest, cheffe d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Christiane Thibault, directrice scientifique
Patrick Levallois, médecin-conseil
Marie-Eve Levasseur, cheffe de secteur
Direction de la santé environnementale, de la toxicologie
et du travail

Éric Pelletier, chef d'unité scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations

Sandie Briand, conseillère scientifique spécialisée
Anne Kimpton, cheffe d'unité scientifique
Marie-Josée Archetto, conseillère à la direction
Jasmin Villeneuve, médecin-conseil
Direction des risques biologiques

Bouchra Serhir, cheffe d'unité scientifique
Laboratoire de santé publique du Québec

Maude Chapados, conseillère scientifique spécialisée
Karine Hébert, conseillère scientifique
Secrétariat général

Réviser(e) externe

Monika Wagner, professionnelle scientifique
Institut national d'excellence en santé et en services
sociaux

Les auteurs et l'autrice souhaitent remercier tous les réviser(e)s qui ont apporté des commentaires sur une version préliminaire de ce travail. Ils n'ont toutefois pas révisé ou endossé le contenu final de ce document.

DÉCLARATION DES CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteur(-trice)s et les collaborateur(-trice)s à état des connaissances n'ont déclaré aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels

MISE EN PAGE

Hélène Fillion, adjointe à la direction
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-98186-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et d'autres informations pertinentes.

Cette synthèse des connaissances a été élaborée par l'équipe Qualité à portée institutionnelle (QPI) dans le contexte organisationnel d'amélioration continue de la qualité de ses productions scientifiques. Elle s'inscrit également dans les travaux du groupe de travail Qualité, Avis Scientifiques, Typologie, Approches et Méthodes (QASTAM).

Elle s'adresse au personnel de l'INSPQ intéressé par les méthodes et outils de délibération en comité d'experts ou en groupes de travail. Sans devenir une norme institutionnelle de travail à respecter, ce document pourrait être d'intérêt lorsqu'un processus délibératif est réalisé en soutien à un livrable scientifique.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	III
FAITS SAILLANTS	1
1 INTRODUCTION	2
1.1 Qu'est-ce qu'une délibération?.....	2
1.2 Pertinence de la délibération en santé publique	3
1.3 Buts d'une délibération.....	3
1.4 Motifs ou circonstances justifiant un processus délibératif	4
1.5 Conditions et principes pour une délibération de bonne qualité	4
1.6 Avantages et défis de la méthode délibérative	5
2 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE DE LA PORTÉE.....	7
2.1 Objectif de recherche.....	7
2.2 Méthodologie.....	7
2.3 Révision par les pairs.....	9
3 RÉSULTATS.....	10
3.1 Synthèse des résultats issus des écrits scientifiques.....	10
3.2 Retour vers la revue narrative systématisée sur les méthodes et critères pour élaborer des recommandations en santé publique	13
3.3 Synthèse des résultats issus de l'examen du site Internet d'organisations similaires ou groupes apparentés à l'INSPQ.....	15
4 DISCUSSION.....	18
4.1 Les méthodes délibératives	18
4.2 Les outils qui permettent de structurer une délibération.....	19
4.3 Pertinence pour l'INSPQ.....	19
4.4 Limites de ce travail	20
5 CONCLUSION.....	27
6 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	28
ANNEXE 1 STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	33
ANNEXE 2 ORGANIGRAMME DE TYPE PRISMA.....	36

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACIP	Advisory Committee on Immunization Practices (États-Unis)
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (France)
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCNI	Comité consultatif national sur l'immunisation (Canada)
CDC	Centers for Diseases Control and Prevention (États-Unis)
CPSTF	Community Preventive Services Task Force (États-Unis)
ECDC	European Center for Disease Prevention and Control
EtD	Evidence to Decision
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
IANPHI	International Association of National Public Health Institutes
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)
OHTAC	Ontario Health Technology Advisory Committee
OMS	Organisation mondiale de la santé
PHO	Public Health Ontario
QASTAM	Qualité, Avis Scientifiques, Typologie, Approches et Méthodes
QPI	Qualité à portée institutionnelle
USPSTF	United States Preventive Services Task Force

FAITS SAILLANTS

- L'objectif de ce travail est d'identifier des méthodes ou des outils pertinents et rigoureux pour élaborer des recommandations lors d'une délibération par comité d'experts ou en groupe de travail dans un contexte de santé publique (ou une situation apparentée).
- Une étude de la portée en six étapes a été réalisée. Les documents retenus devaient être en français ou en anglais, traiter d'outils ou de méthodes délibératives (ou des participants impliqués), viser à élaborer des recommandations en soutien à la décision lors d'un comité d'experts ou un groupe de travail dans un domaine d'intérêt à la santé publique.
- Une délibération est un échange qui permet de tenir compte des données probantes lors d'une décision à prendre, mais également du point de vue d'une diversité de parties prenantes concernées par une décision et ses conséquences. Cet échange permet l'atteinte d'une compréhension commune sur un enjeu de santé et rehausse la transparence d'un processus décisionnel.
- Pour qu'elle soit fructueuse, les conditions et principes suivants doivent guider la délibération : inclusivité, représentativité, mise en commun de différentes formes de savoir et recherche de compromis.
- Les méthodes délibératives permettent de combiner des connaissances de différentes natures (scientifiques, contextuelles ou liées à l'expérience) et des jugements individuels ou collectifs (p. ex. valeurs et préférences). Elles peuvent être utiles lorsqu'un comité d'experts ou un groupe de travail doit synthétiser de l'information complexe afin d'élaborer des recommandations ou des pistes d'actions en soutien à la prise d'une décision.
- Plusieurs méthodes délibératives existent pour soutenir la prise de décision en matière de santé publique. La méthode par consensus Delphi semble être la plus couramment utilisée.
- Certaines organisations de santé publique (ou groupes apparentés) utilisent des cadres d'appréciation multicritère pour guider leur prise de décision, structurer les processus délibératifs et augmenter leur transparence. Ces cadres prennent la forme de grilles contenant des critères parfois généraux, parfois spécifiques à la mission de l'institution à partir desquels la prise de décision doit être effectuée.
- Le choix d'une méthode délibérative pour soutenir la prise de décision est guidé par divers enjeux scientifiques (p. ex. données probantes disponibles, qualité des données existantes), mais aussi par d'autres facteurs (p. ex. nombre de parties prenantes impliquées, délai du processus délibératif, ressources disponibles, degré de complexité du sujet, valeurs et préférences des participants).

1 INTRODUCTION

Ce document propose une introduction au concept de délibération, à sa pertinence en santé publique, aux buts poursuivis, aux circonstances où une délibération est indiquée ou non, aux conditions et principes d'une délibération de qualité, ainsi qu'aux avantages et défis de son utilisation.

Il présente les résultats d'une étude de la portée (*scoping review*) visant à identifier des méthodes et outils permettant de délibérer en comité d'experts ou en groupe de travail.

Sans devenir une norme institutionnelle de travail à respecter, ce document pourrait être d'intérêt lors de planification ou de la réalisation d'un processus délibératif dans le cadre d'un livrable scientifique.

1.1 Qu'est-ce qu'une délibération^(1, 2)?

Une délibération est un échange entre plusieurs personnes où l'objectif n'est pas de gagner un argument ou de convaincre un auditoire, mais faire émerger des décisions acceptables pour tous. Elle est un processus réflexif structuré, exploratoire et ouvert aux opinions divergentes ou complémentaires. Chaque participant(e) écoute le point de vue des autres et contribue à accroître la compréhension des intérêts et des valeurs en jeu pour déterminer les meilleures actions à entreprendre dans un contexte précis. Grâce à cette conversation, les participant(e)s parviennent à un consensus (peu importe la modalité déterminée, p. ex. consensus absolu, vote à majorité simple ou qualifiée^a) sur une recommandation, une option, une décision, une intervention ou une politique. **Un consensus n'équivaut pas toujours à une unanimité, mais à une forme de compromis ou d'accord.**

Un facilitateur guide souvent la délibération. Il fait en sorte que tous aient le même droit de parole et que les échanges soient cordiaux et respectueux. Des gens avec des points de vue différents peuvent délibérer s'ils circonscrivent les sujets pour lesquels ils sont d'accord et ceux pour lesquels ils sont en désaccord. Il n'est pas nécessaire de voir les choses de la même façon pour délibérer. Il n'est pas non plus nécessaire d'en venir à un accord général. Le facilitateur aide à identifier un terrain commun et à clarifier sur quoi les gens s'entendent, sur quoi leurs opinions divergent, quels compromis sont possibles et ce qui n'est pas négociable.

La délibération est différente des autres méthodes participatives. Si les méthodes participatives sont centrées sur l'action et tentent de donner aux participant(e)s des moyens d'agir sur leur environnement, la délibération est plutôt axée sur la discussion entre participant(e)s afin d'atteindre un consensus acceptable pour le groupe.

^a Un vote à majorité qualifiée requiert un nombre de votes déterminé a priori pour l'adoption d'une recommandation.

1.2 Pertinence de la délibération en santé publique

Deux conceptions de l'utilité des méthodes délibératives coexistent en matière de soutien à la prise de décision en santé publique⁽²⁾ :

Des outils de gouvernance démocratique. La délibération favorise l'atteinte d'un consensus chez des parties prenantes concernées par une politique publique ou un enjeu de santé. Les méthodes délibératives rehaussent ainsi l'acceptabilité sociale d'une décision, la transparence d'un processus décisionnel, sa légitimité et l'imputabilité des décideurs concernés.

Des outils de synthèse pour comités d'experts ou groupes de travail. La délibération permet de synthétiser de l'information provenant de connaissances complexes et de différentes natures (p. ex. données scientifiques, savoirs contextuels ou expérientiels) et est enrichie par des jugements individuels ou collectifs (p. ex. valeurs et préférence) pour élaborer des recommandations, des pistes d'actions, des options ou des conclusions en soutien à la prise d'une décision.

L'élaboration de recommandations en santé publique comporte généralement deux grandes étapes successives⁽³⁾ :

- 1) Déterminer la force de la preuve scientifique d'un ensemble de connaissances.
- 2) Formuler une recommandation par délibération en comité d'experts (ou en groupe de travail).

Puisque les recommandations formulées à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sont principalement issues de délibération en comité d'experts ou en groupes de travail, ce document cible principalement la deuxième conception de l'utilité des méthodes délibératives en santé publique. L'équipe Qualité à portée institutionnelle (QPI) reconnaît toutefois que ces deux conceptions de l'utilité des méthodes délibératives ne sont pas mutuellement exclusives et que la frontière entre les deux est parfois perméable.

1.3 Buts d'une délibération^(1, 4, 5)

- Bénéficier d'une réflexion collective sur un sujet, atteindre une compréhension commune et entendre différents points de vue sur un enjeu de santé ou de bien-être.
- Améliorer la qualité des processus décisionnels.

1.4 Motifs ou circonstances justifiant un processus délibératif

Un processus délibératif peut être indiqué lorsque^(1, 4, 5) :

- Les données probantes sont issues de plusieurs disciplines ou professions.
- Les données probantes (ou la prise de décision) impliquent des problèmes complexes, des enjeux sensibles et des incertitudes.
- Différentes sources de données, contextes sociaux, valeurs et expériences individuelles ou collectives sont en tension.
- Des décideurs souhaitent prendre une décision basée sur une compréhension mieux informée des valeurs, préoccupations et préférences de diverses catégories de parties prenantes (p. ex. expert, gestionnaire, clinicien, citoyen, patient, usager, proche aidant).

Un processus délibératif n'est pas indiqué lorsque⁽⁴⁾ :

- Des décisions cruciales ont déjà été prises (ou que l'on tente d'instrumentaliser le processus délibératif).
- S'il n'y a aucune possibilité réaliste que le processus influence les décisions.
- Si la fenêtre décisionnelle (c.-à-d. échéancier du décideur) ou les ressources sont insuffisantes.

1.5 Conditions et principes pour une délibération de bonne qualité^(6, 7)

Il y a certaines conditions vers lesquelles tendre pour réaliser une délibération efficace et fructueuse. De grands principes doivent également être respectés pour rehausser la qualité d'une délibération.

Conditions

Représentativité : différentes catégories de parties prenantes concernées par une décision doivent être présentes lors d'une délibération.

Inclusivité : plusieurs parties prenantes contribuent à une délibération. Le point de vue de tous est important.

Différentes formes de savoirs : Les opinions peuvent être fondées sur la logique et sur les faits. D'autres points de vue peuvent aussi être basés sur les valeurs, l'expérience personnelle et les préférences des participants. Tous ces savoirs (c.-à-d. scientifiques, contextuels, expérientiels) sont pertinents, complémentaires et doivent être considérés.

Recherche d'un compromis : Il faut respecter les divergences de vues et rechercher le compromis entre les positions. C'est de cette manière que des perspectives communes et des solutions pratiques émergent.

Gestion des conflits d'intérêts : Des conflits d'intérêts (ou l'apparence de conflits d'intérêts) sont susceptibles d'influencer toute délibération. Ceux-ci doivent être déclarés a priori pour garantir la réalisation d'une délibération de bonne qualité et une décision transparente et impartiale.

Principes (Le processus délibératif doit...)

- 1) Intégrer le point de vue d'une diversité de participants.
- 2) Être transparent (mettre en évidence les éléments discutés, les accords et désaccords, les méthodes privilégiées et comment ces éléments sont intégrés à la décision).
- 3) Impliquer des participants et des décideurs intègres qui veulent vraiment tenir compte du point de vue d'autrui et l'intégrer à la discussion et à la décision.
- 4) Être adapté aux objectifs, aux participants, aux résultats poursuivis et aux divers contextes.
- 5) Inclure des participants qui font preuve de respect et d'ouverture les uns envers les autres.
- 6) Prioriser la discussion en permettant de s'exprimer sur différents enjeux et de différentes manières.
- 7) Être revu et évalué pour améliorer son efficacité tout au long du processus.
- 8) Informer les participants du processus (et de ses résultats) avant, pendant et après celui-ci.

La légitimité d'une recommandation, action, option ou conclusion formulée à la suite d'une délibération en comité d'experts ou en groupe de travail dépend en partie du respect de ces conditions et principes.

1.6 Avantages et défis de la méthode délibérative

Avantages^(6,8)

- La sensibilisation des participants à des problèmes sociaux et de santé complexes.
- La participation d'une diversité de parties prenantes à la résolution d'une question d'intérêt.
- Une compréhension plus détaillée d'enjeux sociaux, décisionnels et scientifiques.
- La considération de différentes options en vue de soutenir une prise de décision plus juste et mieux éclairée.
- La création de conditions favorables pour l'émergence d'idées innovantes grâce au partage d'informations, de données et d'expériences.
- La présence d'un espace de discussion sécuritaire et équitable pour les participants sur une question ou un enjeu.
- La promotion de la transparence dans la prise de décision par une meilleure compréhension et la possibilité de critiquer ce qui a été fait (et comment cela a été fait).

Défis^(6, 8)

- Le temps et les ressources requis pour la planification et la réalisation d'une délibération.
- La difficulté de rejoindre certaines personnes ou certains groupes de personnes.
- La nécessité d'entendre le point de vue de l'ensemble des participants.
- La transparence et l'ouverture des participants, desquels dépend l'efficacité d'un processus délibératif.
- Les possibles rapports de pouvoirs entre participants, voire l'instrumentalisation de la délibération par des groupes ou des décideurs.

En somme, une délibération favorise la concertation et le partage de connaissances, de valeurs, de préoccupations, de préférences et d'expériences sur un enjeu d'intérêt entre plusieurs acteurs de différents horizons. Ce croisement des savoirs permet l'atteinte d'un consensus et favorise une prise de décision plus juste et éclairée. Il s'en suit une meilleure acceptabilité de cette décision par les citoyens. Une délibération rehausse la transparence d'un processus décisionnel, sa légitimité et l'imputabilité des décideurs et des organisations concernées.

2 MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE DE LA PORTÉE

Puisque l'INSPQ a un rôle d'expertise-conseil, une étude de la portée pour identifier des méthodes et des outils de délibération utilisés en comité d'experts ou en groupe de travail par des organisations similaires ou par diverses équipes scientifiques (hors de l'Institut) a été réalisée.

2.1 Objectif de recherche

Identifier des méthodes et des outils pour élaborer des recommandations en soutien à la prise de décision lors d'une délibération par comité d'experts ou en groupe de travail.

2.2 Méthodologie

Une étude de la portée (*scoping review*) utilisant la méthode en cinq étapes de Arskey et O'Malley (2005)⁽⁹⁾ a été réalisée. Une sixième étape a été ajoutée.

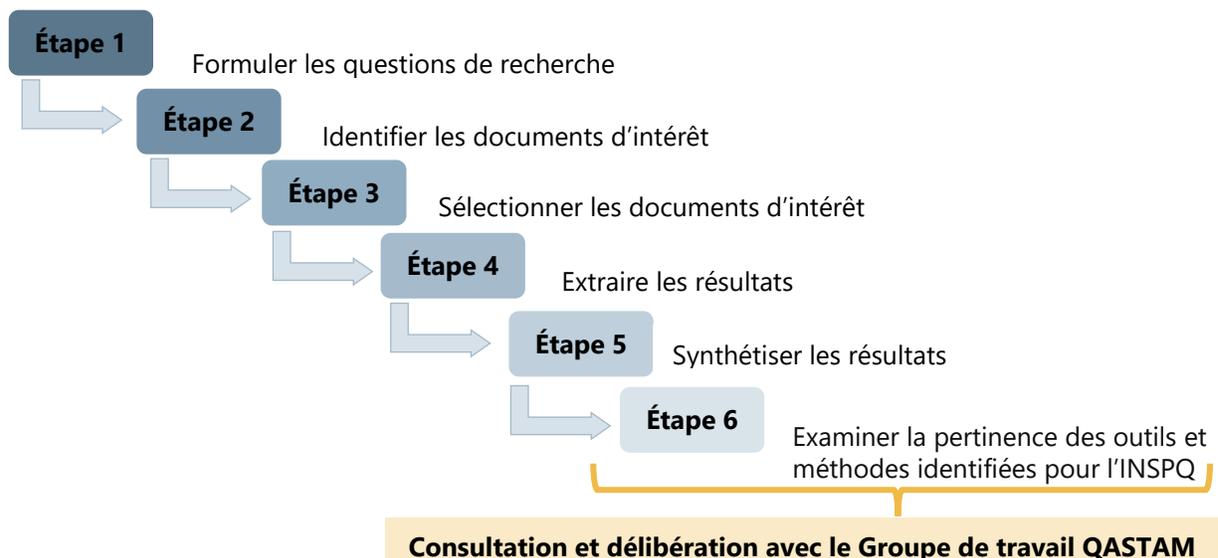
2.2.1 Formuler les questions de recherche

Deux questions de recherche ont été formulées.

Figure 1 Méthodologie employée pour réaliser l'étude de la portée*

(1) Quels sont les méthodes et outils pour formuler des recommandations en santé publique lors d'une délibération en comité d'experts ou en groupe de travail?

(2) Qui sont les acteurs impliqués dans ces méthodes?



* Suivi d'un processus de révision par les pairs.

2.2.2 Identifier les documents d'intérêt

Une stratégie de recherche documentaire a été construite par une bibliothécaire de l'INSPQ. Les questions de recherche ont été déclinées en quatre composantes : méthodes et outils de délibération, recommandations, comité d'experts, acteurs impliqués. Pour chaque composante, des mots-clés ont été identifiés (voir l'annexe 1 pour la stratégie complète) et ont été utilisés pour interroger différentes bases de données dans deux plateformes différentes, soit 1) la plateforme Ovid (pour les bases de données Medline et Global Health) et 2) la plateforme EBSCO (pour les bases de données CINAHL Complete, Health Policy Reference Center, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Environment Complete, Public Affairs Index, ERIC, Teacher Reference Center, SocINDEX with Full Text, GreenFILE et Political Science Complete). La recherche documentaire couvrait la période janvier 2018 à août 2023 et visait des écrits publiés en français ou en anglais. Cette période était jugée suffisante pour avoir un aperçu adéquat des principales méthodes et outils délibératifs utilisés.

La recherche documentaire des écrits scientifiques a été enrichie de deux stratégies complémentaires. Un retour sur les résultats d'une revue narrative systématisée produite antérieurement par l'équipe QPI portant sur les méthodes et critères pour élaborer des recommandations en santé publique⁽³⁾ a d'abord été effectué. Un examen de la littérature grise provenant des sites Internet de 12 organisations similaires à l'INSPQ ou de groupes jugés pertinents a aussi été réalisé (annexe 1).

2.2.3 Sélectionner les documents d'intérêt

Le titre et le résumé de chaque référence issue de la recherche documentaire ont été examinés par l'un des auteurs. Les références avec un titre ou un résumé permettant d'exclure un document ont été supprimées alors que celles répondant aux critères d'inclusion ont été conservées. Chaque document restant a été lu en entier par le même auteur. À la suite de cette lecture, certains ont été rejetés et d'autres, conservés. Cette seconde étape de suppression s'est faite selon les mêmes critères d'inclusion. Cela a permis de supprimer les documents non pertinents qu'une seule lecture du titre et du résumé ne permettait pas. Une validation indépendante a été effectuée par un deuxième auteur sur 15 % des références exclues. La gestion des désaccords prévoyait l'intervention du troisième auteur de l'équipe pour trancher.

Critères d'inclusion

- 1) Document en français ou en anglais
 - 2) Traitant de méthodes ou d'outils de délibération (ou des participants impliqués)
 - 3) Dans l'élaboration de recommandations en soutien à la prise de décision
 - 4) Par délibération en comité d'experts ou en groupe de travail
 - 5) Dans un domaine d'intérêt pour la santé publique
-

2.2.4 Extraire les résultats

Après exécution de la stratégie de recherche documentaire, une extraction des résultats a été effectuée par le premier auteur. Les tableaux d'extraction des résultats issus des écrits scientifiques et de la littérature grise sont disponibles sur demande.

2.2.5 Synthétiser les résultats

À partir des données extraites, une synthèse narrative des résultats a été faite.

2.2.6 Examiner la pertinence des méthodes et outils identifiés

Cette étape a permis d'examiner la pertinence des méthodes et outils identifiés. Quatre critères ont été utilisés : 1) les forces et faiblesses des méthodes et outils, 2) l'implication de diverses catégories de parties prenantes, 3) la transparence de la démarche et 4) la considération d'autres critères que la science (p. ex. données contextuelles, savoirs expérientiels, valeurs et préférences individuelles ou collectives, considérations sociales).

2.3 Révision par les pairs

En conformité avec le Cadre de référence sur la révision par les pairs des publications scientifiques de l'INSPQ une version préfinale du document a été soumise à des réviseurs internes et externes. En prenant appui sur la grille institutionnelle (INSPQ, 2020), les réviseurs ont été conviés à valider l'exactitude du contenu de cette synthèse des connaissances, la pertinence des méthodes utilisées et le caractère approprié des conclusions proposées. L'équipe projet a élaboré un tableau indiquant chacun des commentaires reçus, ceux retenus ou non, pour quelles raisons ainsi que le traitement qui en a été fait dans la version finale.

3 RÉSULTATS

Étant donné le nombre limité d'articles scientifiques traitant de méthodes ou d'outils délibératifs en contexte de santé publique classique, nous avons conservé des articles traitant de prévention clinique dans la mesure où ils apportaient une valeur ajoutée à la réflexion sur les approches délibératives d'intérêt en santé publique.

3.1 Synthèse des résultats issus des écrits scientifiques

Au total, 1047 références ont été triées. Une fois les doublons éliminés, 728 documents ont été examinés. À la lecture du titre et du résumé, 620 documents ont été rejetés et 108 ont été conservés. À la lecture complète, 69 articles (sur 108 restants) ont été rejetés. L'échantillon aléatoire de 15 % (n = 11) pour double validation a donné un accord de 100 %. Finalement, 39 articles scientifiques⁽¹⁰⁻⁴⁸⁾ ont été conservés pour synthèse des résultats (annexe 2 pour l'organigramme de type PRISMA). Les résultats ont permis de tirer des constats en regard des questions de recherche sur 1) les méthodes et outils de délibérations pour formuler des recommandations en comité d'experts ou en groupe de travail et 2) les participants impliqués.

3.1.1 Méthodes et outils pour formuler des recommandations lors d'une délibération en comité d'experts ou en groupe de travail

MÉTHODE DELPHI, DELPHI MODIFIÉE OU UTILISATION DE DELPHI AVEC D'AUTRES MÉTHODES

- Méthode Delphi (ou Delphi modifiée)^(10, 11, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 27, 34, 36, 39, 43-46) = 17
- Webinaire + Méthode Delphi⁽²⁶⁾ = 1
- Groupe de discussion + Méthode Delphi⁽⁴⁰⁾ = 1
- Méthode Delphi + conférence de consensus⁽⁴²⁾ = 1
- Méthode GRADE + Delphi^(23, 24, 31-33, 38) = 6
- Méthode GRADE + Delphi + grille EtD^(29, 30) = 2
- Méthode en quatre étapes⁽⁴¹⁾ = 1
(Sondage → Revue systématique → Delphi → Combiner les résultats et rétroaction d'experts)
- Méthode en six étapes⁽²⁵⁾ = 1
(Groupe discussion → Delphi → rencontre nationale, → deuxième groupe de discussion, → conseil d'experts → étude d'implantation)

AUTRES MÉTHODES QUE DELPHI (SEULES OU COMBINÉES)

- Méthode GRADE seule^(12, 15, 47) = 3
- Technique du groupe nominal⁽²¹⁾ = 1
- Réunion de travail^(35, 37) = 2
- Série de réunions de travail^(17, 48) = 2

- Méthode en six étapes⁽²⁸⁾ = 1

(Revue systématique → sondage → atelier d'expert → révision des recommandations avec experts → groupe de discussion avec patients → révision finale des recommandations avec experts).

Note : Tous les outils et méthodes recensés se trouvent dans le tableau 1 avec une définition, ainsi qu'une liste d'avantages et d'inconvénients.

La méthode par consensus Delphi est la plus utilisée. Sur les 39 articles retenus, 30 l'utilisent dans son intégralité ou sous une variante (n = 17^[10, 11, 13, 14, 16, 18-20, 22, 27, 34, 36, 39, 43-46]) ou encore, dans une combinaison de méthodes (n = 13^[23-24, 26, 28-33, 38, 40-42]). À huit reprises, la méthode Delphi est utilisée à la suite de l'élaboration de recommandations préliminaires issues d'une revue systématique des écrits scientifiques qui emploie la méthode Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)^(23, 24, 29, 33, 38, 41). Dans ce cas, le Delphi permet de délibérer sur les recommandations préliminaires préalablement formulées.

Dans une étude visant à élaborer des recommandations pour la prévention et la gestion de la consommation de substances chez les 10 à 24 ans, un Delphi a précédé un webinaire servant à délibérer sur les recommandations issues du Delphi⁽²⁶⁾. Dans le cadre de recommandations pour promouvoir la pratique d'activité physique chez des mineurs avec un cancer, un Delphi a précédé une conférence de consensus regroupant 131 experts de 21 pays et un retour en comité consultatif pour valider les recommandations issues de la conférence de consensus⁽⁴²⁾. Un Delphi a suivi un groupe de discussion qui permettait d'échanger et de bonifier des recommandations post-revue de littérature⁽⁴⁰⁾ lors du développement de recommandations pour la prévention et la gestion de soins aux aînés.

Dans une méthode en quatre étapes élaborant des recommandations pour prévenir les maux de dos chez des sportifs et promouvoir la bonne posture dans le sport d'intérêt⁽⁴¹⁾, un Delphi est employé après un sondage auprès de cliniciens (obtention d'informations cliniques) et de revues systématiques des écrits scientifiques (obtention d'informations scientifiques). Le Delphi permettait d'évaluer le consensus sur des recommandations préliminaires élaborées par suite des revues systématiques. La quatrième et dernière étape servait à combiner les résultats du sondage et du Delphi ainsi qu'à une rétroaction finale auprès des parties prenantes. Dans une méthode en six étapes pour élaborer des recommandations de promotion de la santé mentale dans les sports récréatifs⁽²⁸⁾, le Delphi suivait un groupe de discussion et précédait une rencontre nationale, un deuxième groupe de discussion, un conseil d'expert et une étude d'implantation.

Parmi les 30 articles qui indiquent utiliser un Delphi, 28 ont recours à deux ou trois cycles délibératifs, un article réfère qu'à un seul cycle pour atteindre un consensus⁽²²⁾ et un autre fait état d'une utilisation pouvant aller jusqu'à quatre cycles délibératifs⁽²⁸⁾. Le pourcentage d'accord pour qu'une recommandation soit jugée consensuelle varie de 50 à 95 % selon les articles. Toutefois, la majorité du temps, ce pourcentage d'accord requis se situe entre 70 et 80 %.

D'autres méthodes ont été identifiées. La méthode GRADE a servi seule pour élaborer des recommandations dans trois études^(12, 15, 47). La technique du groupe nominal⁽²¹⁾ a aussi servi.

Dans deux cas^(35, 37), une synthèse des connaissances a conduit à des recommandations préliminaires puis une réunion de travail a été organisée pour délibérer sur ces recommandations préliminaires et les adopter, les modifier ou les rejeter.

Une série de réunions de travail a aussi été la méthode utilisée en deux occasions^(17, 48). Dans un premier cas⁽¹⁷⁾, des idées ont été générées sur des affiches. Ces idées ont ensuite été soumises à une analyse de contenu pour élaborer des recommandations préliminaires à partir des thèmes émergents. Ces recommandations ont ensuite été délibérées en différentes réunions de travail. Dans le deuxième cas⁽⁴⁸⁾, 14 cliniciens ont été regroupés en six différentes réunions de travail. De ces réunions a émergé trois recommandations pour l'adaptation culturelle d'un programme de prévention du diabète gestationnel. Enfin, dans une méthode en six étapes visant à élaborer des recommandations pour la prise en charge des interventions psychologiques chez des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral en Allemagne⁽²⁵⁾, une revue systématique des écrits scientifiques est effectuée et suivie d'un sondage auprès d'établissements de réadaptation neurologique. Vient dans une troisième étape une délibération en comité d'experts pour développer des recommandations préliminaires, une révision de ces recommandations auprès de psychologues et de médecins, d'un groupe de discussion avec des patients et une révision finale des recommandations produites par le comité d'experts.

Toujours selon cette littérature, l'utilisation du cadre *Evidence to Decision* (EtD) du groupe GRADE est rapportée^(29, 30). Cet outil qui est un cadre d'appréciation multicritère prend la forme d'une grille permettant de comprendre les jugements effectués et les faits les ayant nourris. Cela rend le processus délibératif plus transparent⁽⁴⁹⁻⁵²⁾. Cette grille contient des critères pour la prise de décision : importance du problème, bénéfices et préjudices, ampleur et certitude des effets, acceptabilité sociale, valeurs et préférences des parties prenantes, équité, faisabilité. Les jugements des membres du comité d'experts sont documentés pour chaque critère, qu'il y ait accord ou désaccord. Enfin, les conclusions de tous sont notées pour chaque critère⁽⁴⁹⁻⁵²⁾.

3.1.2 Qui sont les participants impliqués dans ces méthodes?

Les participants sont de plusieurs domaines cliniques (p. ex. médecins généralistes ou spécialistes, infirmières, pharmaciens, psychologues) ou scientifiques (p. ex. santé publique, économiste). Les organisations impliquées varient selon la question de recherche, la méthodologie employée, la nature multidisciplinaire des enjeux, ainsi que des considérations sociales, politiques et expérientielles (c.-à-d. des participants peuvent être d'actuels ou anciens patients ou des citoyens)^b.

Les comités d'experts ou groupes de travail peuvent être constitués de membres locaux ou internationaux selon les capacités financières et organisationnelles des groupes qui parrainent les travaux. La compétence scientifique des participants, leur provenance professionnelle, l'expérience terrain, la possession de savoirs contextuels et expérientiels et une volonté de

^b Des sages-femmes, des représentants d'organismes communautaires, des décideurs ou des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, des experts en méthodologie ou en transfert des connaissances, des informaticiens et des représentants des patients et citoyens sont aussi des participants mentionnés.

représentativité sont les critères qui guident la sélection des participants à un comité d'experts ou un groupe de travail. Les comités d'experts ou groupes de travail recensés dans ce travail regroupent en moyenne 20 à 25 membres. Cela dit, ce chiffre est parfois plus élevé allant même jusqu'à 96 représentants de 39 pays dans un groupe d'experts chargé d'examiner des recommandations et de participer à un Delphi^(32, 33).

3.2 Retour vers la revue narrative systématisée sur les méthodes et critères pour élaborer des recommandations en santé publique

3.2.1 Méthodes et outils et pour formuler des recommandations en santé publique lors d'une délibération en comité d'experts ou en groupe de travail

La revue narrative systématisée récente de l'INSPQ a mis en exergue deux grands types de méthodes délibératives⁽³⁾ : 1) des méthodes Delphi, groupes de discussion et questionnaires utilisés par des chercheurs (ou collectifs de chercheurs), et 2) des méthodes diverses employées par des organisations ou groupes d'intérêt pour la santé publique. Six de ces organisations ou groupes élaborent des recommandations selon une méthode (ou à l'aide d'un outil) qui n'est pas mentionnée précédemment.

- **L'Organisation mondiale de la santé (OMS)** utilise la méthode GRADE pour formuler des recommandations lors d'une délibération par comités d'experts ou en groupe de travail. Un outil nommé WHO-INTEGRATE Framework, largement inspiré de l'outil EtD de GRADE, est utilisé pour rendre le processus délibératif explicite et transparent. Sous forme de grille critériée, cet outil aide les membres du panel délibératif à migrer des données probantes vers des recommandations justes et éclairées. Il permet de comprendre les jugements effectués par les membres du panel et les faits ayant nourri leurs délibérations. La grille contient les critères sur lesquelles la délibération a porté (p. ex. importance du problème, bénéfices et préjudices, ampleur des effets, certitude quant aux effets, acceptabilité de l'intervention, valeurs et préférences des parties prenantes concernées, équité, faisabilité), les jugements des membres du panel sur ces critères (ainsi que les désaccords entre membres le cas échéant), les données probantes soutenant ces jugements et d'autres considérations pertinentes à la décision.
- **L'United States Preventive Services Task Force (USPSTF)** est un groupe de travail américain regroupant des experts dans les domaines de la prévention, des soins primaires et de la médecine fondée sur les données probantes. Dans le but d'améliorer la santé des individus à l'échelle nationale, il formule des recommandations pour la pratique clinique préventive, plus spécifiquement en matière de services préventifs (p. ex. le dépistage), de counseling comportemental et de médicaments administrés en mode préventif. Deux critères sont délibérés en comité d'experts quant à l'efficacité de ceux-ci (certitude d'un effet, ampleur du bénéfice), chacun se déclinant en une série de sous-critères. Une matrice est utilisée pour transformer le résultat de cette délibération en recommandation A, B, C, D ou I

(pour manque de preuves) selon le degré d'ampleur du bénéfice et la certitude quant à celui-ci.

- Le **Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)** est un comité créé par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), formé de cliniciens, chercheurs et méthodologistes. Son mandat est d'élaborer des recommandations en matière de pratiques cliniques préventives, principalement pour les praticiens de première ligne. Le GECSSP évalue la qualité de la preuve pour les questions posées en groupe de travail en se basant sur la méthode GRADE (c.-à-d. qualité des données probantes élevée, modérée, faible ou très faible). De manière générale, les recommandations sont élaborées par le groupe de travail selon les critères GRADE également. Selon le GECSSP, la force des recommandations est principalement influencée par la qualité (force) de la preuve scientifique ainsi que divers autres facteurs dont la balance entre les effets désirables et indésirables de l'intervention d'intérêt, la variabilité ou encore l'incertitude quant aux valeurs et préférences des citoyens à son égard, le jugement à savoir si le recours à l'intervention est judicieux en regard des ressources disponibles et enfin, l'acceptabilité et la faisabilité des recommandations.
- L'**Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)** relève de la directrice des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et est composé de membres issus de diverses spécialités médicales et d'universitaires. Son mandat consiste principalement à élaborer des recommandations sur l'administration de vaccins pour le contrôle des maladies évitables par la vaccination aux États-Unis. L'ACIP utilise la méthode GRADE pour déterminer la qualité des données probantes ainsi que la force de la preuve scientifique, en recourant à des groupes de travail désignés qui ont à délibérer sur ces aspects. Ceux-ci catégorisent la force de la preuve scientifique (élevée, modérée, faible ou très faible) et formulent des recommandations en tenant compte de la force de la preuve scientifique et d'autres critères (importance du problème, avantages et inconvénients de la recommandation, risques et bénéfices, impact d'une recommandation sur l'allocation des ressources, acceptabilité sociale, faisabilité). Ces critères sont évalués à l'aide d'un outil, la matrice « ACIP from Evidence to Recommendations Framework » qui a été établie sur la base du cadre de référence de GRADE EtD.
- Le **Comité consultatif canadien sur l'immunisation (CCNI)** formule des recommandations au gouvernement canadien pour l'utilisation de vaccins destinés aux humains. Il est constitué d'experts en maladies infectieuses, immunologie, pédiatrie, santé publique, épidémiologie, pharmacie, soins infirmiers, sciences sociales et pharmaco-économie. Le CCNI formule des recommandations par consensus en comité d'experts selon une classification (A, B, C ou E). Des recommandations plus fortes sont faites lorsque les données probantes sont de meilleure qualité, qu'elles sont associées à une plus grande étendue de bienfaits et qu'il y a peu ou pas de méfaits associés à l'intervention. Outre la qualité de la preuve scientifique, le CCNI délibère sur des critères comme les considérations économiques, éthiques, l'équité, la faisabilité d'une recommandation et son acceptabilité. Avec l'assignation d'une lettre de cette classification à une recommandation, la justification doit être explicite.

3.3 Synthèse des résultats issus de l'examen du site Internet d'organisations similaires ou groupes apparentés à l'INSPQ

L'examen des sites Internet des organisations ou groupes sélectionnés, autres que ceux précédemment traités, apporte des informations complémentaires.

3.3.1 Méthodes et outils pour formuler des recommandations en santé publique lors d'une délibération en comité d'experts ou en groupe de travail

MÉTHODES DÉLIBÉRATIVES

- Cinq organisations parmi les 11 retenues font état explicitement de leurs méthodes ou processus délibératifs.
- Deux mentionnent utiliser la méthode GRADE dans le cadre de leurs délibérations.
- Une organisation encourage l'usage d'une variété d'approches (p. ex. GRADE, discussion, consensus informel, consensus formel, vote).
- Une autre mentionne la méthode Delphi et la technique du groupe nominal.
- Une organisation formule ses avis en se fondant sur une approche d'expertise collective dotée d'un processus délibératif qui lui est propre.

OUTILS DÉLIBÉRATIFS

- Quatre organisations utilisent des cadres d'appréciation multicritère pour structurer le processus délibératif et rehausser sa transparence.

La grille EtD de GRADE semble la plus utilisée. Elle est minimalement utilisée par deux des organisations sélectionnées.

Des 11 organisations de santé publique ou organismes apparentés retenus (annexe 1), cinq font état explicitement de méthodes pour délibérer en comité d'experts ou en groupe de travail (CDC, National Institute for Health and Care Excellence [NICE], European Center for Disease Prevention and Control [ECDC], Ontario Health Technology Advisory Committee [OHTAC], Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]). Deux mentionnent la méthode GRADE (CDC, NICE). Le manuel méthodologique du NICE⁽⁵³⁾ propose aussi d'autres méthodes pour délibérer en comité d'experts ou en groupe de travail (p. ex. discussion, consensus formel ou informel, vote). Peu importe la méthode utilisée, la délibération doit être enregistrée et une déclaration explicite doit être faite sur les critères et méthodes employés pour parvenir au consensus.

L'ECDC a publié un manuel méthodologique⁽⁵⁴⁾ qui mentionne la méthode Delphi et la technique du groupe nominal. Il est dit que ces méthodes ont chacune leurs avantages et inconvénients et que le meilleur choix dépend des contraintes de temps, de ressources et d'implication des parties prenantes. Dans tous les cas, les critères utilisés doivent être convenus au préalable pour que la transparence soit assurée. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) formule quant à elle ses avis en se fondant sur une approche d'expertise collective, dont le processus délibératif est encadré par divers documents institutionnels quoique sa méthode délibérative précise n'ait pas été repérée.

Outre ces méthodes, quatre des organisations retenues font explicitement état de cadres d'appréciation multicritère pour guider la prise de décision lors d'une délibération en comité d'experts ou en groupe de travail (CDC, NICE, OHTAC, INESSS). La fréquence de leur usage est toutefois à géométrie variable. Pour certaines organisations, le cadre est appliqué à toutes les publications. Pour d'autres, leur utilisation se concentre au sein de quelques groupes ou encore, est laissée au libre choix des professionnels impliqués.

Ces cadres d'appréciation prennent la forme de grilles critériées permettant de structurer une délibération et augmenter sa transparence. Les CDC et le NICE, utilisent le cadre EtD de GRADE. Dans le cas des CDC, s'ajoute l'outil ACIP Evidence to Recommendations Framework préalablement décrit et utilisé par le Comité consultatif sur les pratiques en immunisation (ACIP). Deux entités canadiennes dont la mission concerne l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (et services sociaux) ont aussi leur grille délibérative (OHTAC, INESSS). L'OHTAC est l'instance chargée d'émettre des recommandations aux autorités ministérielles ontariennes à partir de la revue de données probantes réalisée par Health Quality Ontario. L'OHTAC recourt depuis 2009 à une grille multicritère⁽⁵⁵⁾ qu'il a peaufinée au cours des années. Les critères retenus de nos jours concernent 1) le bénéfice clinique (efficacité, sécurité, fardeau de la maladie, besoin au sein de la population), 2) les valeurs et préférences des patients, 3) l'équité (incluant l'impact secondaire sur d'autres soins et services dispensés), 4) le rapport coût efficacité de l'intervention, et 5) la faisabilité. Chaque critère comprend des sous-critères. Les membres de l'OHTAC doivent examiner l'ensemble des données probantes et délibérer pour chaque critère et sous-critère. L'INESSS emploie aussi un cadre d'appréciation multicritère (« cadre d'appréciation de la valeur ») qui guide l'ensemble des travaux évaluatifs de cette institution. Il comprend cinq dimensions principales : 1) socioculturelle, 2) populationnelle, 3) clinique, 4) économique, et 5) organisationnelle. Sous chacune de ces cinq dimensions principales (ou critères principaux), des sous-critères peuvent être ajoutés selon les besoins de la délibération ou les objectifs poursuivis par les équipes scientifiques (p. ex. considération éthique, impact sur les inégalités sociales, coût de renonciation, répercussions sur le système de santé et de services sociaux, etc.). Ces cinq dimensions principales permettent de ventiler, pour chaque dimension (ou pour chaque sous-critère ajouté sous les dimensions principales), les évidences scientifiques, les données contextuelles et les savoirs expérimentiels.

3.3.2 Qui sont les participants impliqués dans ces méthodes ou processus?

Organisation	Participants impliqués dans les comités d'experts ou groupes de travail
Anses	Plus de 20 collectifs d'experts indépendants qui regroupent des scientifiques d'horizons divers (p. ex. médecine clinique, santé publique, toxicologie, santé environnementale, santé au travail, statistiques, épidémiologie, psychologie, économie, éthique) et reconnus dans leurs disciplines respectives. https://www.anses.fr/fr/content/les-groupes-de-travail-gt-et-groupes-dexpertise-collective-durgence-gecu-de-lanses
CDC	Plus de 20 comités consultatifs fédéraux qui regroupent des médecins généralistes et spécialistes, des infirmières, des vétérinaires, des pharmaciens, des avocats, des gestionnaires de divers domaines, des professeurs-chercheurs, des professionnels du domaine de la santé et des services sociaux (p. ex. santé publique, travail social, épidémiologie, statistique, sociologie, éthique, microbiologie, infectiologie, virologie, toxicologie, génétique, informatique, pharmacologie, psychologie), des représentants d'organismes communautaires, d'entreprises privées, d'organisations publiques ou de compagnies d'assurances, ainsi que patients, usagers, proches aidants et citoyens. https://www.cdc.gov/faca/committees/index.html
ECDC	Des comités d'experts qui regroupent des spécialistes de plusieurs secteurs de santé publique, des maladies infectieuses, du développement communautaire, de la gestion des catastrophes et des mesures d'urgence. https://www.ecdc.europa.eu/en/about-ecdc/work-ecdc/external-experts
INESSS	Six comités d'experts qui regroupent des experts, des gestionnaires et des professionnels de différents domaines du secteur de la santé et des services sociaux selon l'instance délibérative concernée (c.-à-d. conseil scientifique, comité délibératif sur les services sociaux et santé mentale, comité délibératif remboursement et accès, comité délibératif sur les modes d'interventions en santé, comité délibératif sur les approches diagnostiques et le dépistage, comité de l'évolution des pratiques en oncologie). Chaque comité délibératif inclut des représentants de la perspective des citoyens, des cliniciens, des gestionnaires, des éthiciens et des scientifiques. https://www.inesss.qc.ca/a-propos/comites-permanents.html
NICE	Trois comités consultatifs en santé publique qui regroupent des experts du gouvernement national ou local, du milieu académique, clinique ou de l'ensemble des secteurs de la santé publique. Il s'agit de gestionnaires, de médecins généralistes ou spécialistes, de plusieurs prestataires de soins et services, d'experts de différentes disciplines scientifiques, ainsi que de représentants des patients, usagers, proches aidants et citoyens. https://www.nice.org.uk/Get-Involved/our-committees
OHTAC	Un comité d'experts qui regroupe des médecins, des scientifiques, des professeurs-chercheurs, des gestionnaires du réseau de la santé, une éthicienne, deux représentants du milieu industriel, deux représentants de comités de patients, ainsi qu'un membre patient. https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Ontario-Health-Technology-Advisory-Committee/Ontario-Health-Technology-Advisory-Committee-Members-Biographies

4 DISCUSSION

4.1 Les méthodes délibératives

Deux grandes catégories de méthodes délibératives émergent de nos travaux. Il y a d'abord celles qui utilisent une méthodologie par étapes, formelle et validée, à laquelle les membres d'un comité d'experts ou d'un groupe de travail ne dérogent pas (ou peu) pour délibérer en vue de produire des recommandations, des actions, des options ou des conclusions. Nous nommons ces méthodes : **méthodes délibératives normées**. Certaines de ces méthodes dites normées sont génériques et s'appliquent à divers domaines (p. ex. santé, services sociaux, sciences sociales, etc.). D'autres, plus ciblées, sont utilisées dans le domaine de la santé, notamment dans l'univers des pratiques cliniques (préventives ou autres) ainsi qu'en santé publique. Des exemples recensés dans ce document sont présentés à l'encadré suivant.

Méthodes délibératives normées

<ul style="list-style-type: none">• Méthode Delphi• Technique du groupe nominal• Conférence de consensus] GÉNÉRIQUES <i>Santé, services sociaux, sciences sociales, etc.</i>
<ul style="list-style-type: none">• Méthode GRADE• Méthode du CPSTF• Méthode de l'USPSTF• Méthode du GECSSP	

D'autres initiatives ne suivent pas de méthodologies formelles, validées et décrites dans la littérature scientifique. Ces méthodes nommées **non normées** dans cette discussion suivent néanmoins des principes délibératifs directeurs (p. ex. ambiance saine, esprit d'ouverture, coopération et respect d'autrui, temps suffisant pour délibérer et pour que chacun puisse s'exprimer). Un président (ou un modérateur) est chargé de l'application de ces principes.

- Des exemples de ces initiatives recensés dans ce travail sont des rencontres nationales, des webinaires, des conseils d'experts, des groupes de travail, des réunions de travail ou des séries de réunions de travail. Les participants à ces initiatives délibèrent pour faire sens d'un ensemble d'information et les traduire en recommandations, actions, options ou conclusions.
- Il y a divers termes pour faire référence à ces initiatives qui ne sont pas mutuellement exclusives les unes des autres. En effet, elles correspondent toutes, à différentes nuances, à un regroupement d'individus avec une expertise scientifique (ou un savoir pertinent) sur un sujet précis.

4.2 Les outils qui permettent de structurer une délibération

Les outils qui permettent de structurer une délibération sont des cadres d'appréciation multicritère adoptés par différents organismes pour guider la prise de décision. Ces cadres prennent la forme de grilles ou matrices critériées qui ont été construites pour rendre les processus délibératifs plus transparents^(3, 49-52, 55). L'objectif de ces grilles est de rendre explicites les jugements effectués durant une délibération, les faits ayant nourri ces jugements et les décisions prises malgré les désaccords entre participants, le cas échéant. Cinq outils de délibération ont été recensés dans ce document :

- Le cadre^c EtD de GRADE
- Le cadre^c WHO-INTEGRATE de l'OMS
- Le cadre^c ACIP-Evidence to Recommendations en matière d'immunisation
- Le cadre^c d'appréciation de la valeur de l'INESSS
- Le cadre^c pour des recommandations fondées sur les données probantes de l'OHTAC.

Ces outils peuvent être employés avec des méthodes délibératives, qu'elles soient normées ou non normées.

4.3 Pertinence pour l'INSPQ

Le tableau 1 synthétise l'ensemble des méthodes et des outils identifiés dans cette étude. Une courte description de chaque méthode et outil est présente. Un bref examen de la pertinence pour une organisation comme l'INSPQ est effectué selon divers critères (c.-à-d. forces et faiblesses, implication de diverses catégories de parties prenantes, transparence de la démarche, considération d'autres critères que la science). L'exercice permet quelques constats.

Tout d'abord, l'utilisation d'une méthode délibérative normée semble préférable aux initiatives qui utilisent des approches non normées. De manière générale, les méthodes normées sont plus transparentes, standardisées et reproductibles. Les méthodes normées considèrent aussi plus souvent d'autres critères que les données probantes de nature scientifique (p. ex. contextuels, sociaux, politiques), ce qui augmente l'acceptabilité sociale de recommandations.

Malgré ces deux avantages, les initiatives qui utilisent des méthodes délibératives non normées peuvent pallier leurs limites de différentes façons. Elles peuvent utiliser un outil pour structurer le processus délibératif et le rendre plus transparent. Elles peuvent aussi définir de manière explicite, les principes délibératifs qui seront respectés et la manière avec laquelle le consensus sera obtenu. Elles peuvent aussi se doter de critères explicites a priori pour la sélection des participants aux délibérations et en faire état dans le document scientifique produit. En nommant tous ces éléments, les initiatives délibératives non normées seront de meilleure qualité. Ainsi, l'utilisation de méthodes délibératives non normées peut être tout à fait légitime

^c Le terme « *Framework* » est utilisé en anglais pour tous ces cadres d'appréciation.

pour délibérer en groupe de travail ou en comité d'experts pour élaborer des recommandations, des pistes d'actions, des options prometteuses ou des conclusions en soutien à la décision en matière de santé publique.

L'utilisation d'une méthode délibérative normée comporte aussi des faiblesses, dont le temps de réalisation qui peut être long, la quantité de ressources humaines et financières requises et l'expertise nécessaire pour exécuter la méthode retenue.

Finalement, outre les raisons précédentes, le choix d'une méthode normée ou non normée ou encore l'utilisation d'un outil pour une délibération dépend aussi d'autres facteurs^(1, 4) :

- Les enjeux et le contexte de la délibération;
- Le nombre de parties prenantes impliquées;
- Le délai du processus délibératif et les ressources disponibles;
- La répartition géographique des participants (locale, nationale, internationale);
- L'étape du processus décisionnel dans laquelle s'inscrit la délibération;
- Le degré de complexité, de sensibilité ou d'incertitude quant à un sujet;
- La qualité des données scientifiques disponibles;
- La mixité et la complémentarité des savoirs, des connaissances et des expertises requises;
- Les valeurs et préférences des participants.

4.4 Limites de ce travail

Cet examen de la portée comporte des limites. Bien que la stratégie de recherche documentaire ait été construite de manière rigoureuse avec une professionnelle de l'information, ce travail n'est pas une revue systématique des écrits scientifiques. Il est tout à fait possible que d'autres méthodes délibératives et outils permettant de structurer une délibération existent et n'aient pas été repérés. Ensuite, la qualité des documents scientifiques retenus n'a pas été évaluée puisque, encore une fois, nous avons réalisé une étude de la portée et non d'une revue systématique. Il est possible que des documents de faible qualité méthodologique entachent la discussion des résultats et nos conclusions. Des informations ont également été tirées d'un examen récent des sites Internet d'organisations d'intérêt (en complément à un exercice d'étalonnage mené en 2019). Considérant la large portée des informations présentes sur ces sites, il est possible que des données pertinentes aient été manquées. Cela étant dit, puisque ce document ne prétend pas à l'exhaustivité scientifique, mais qu'il cherche plutôt à informer les équipes scientifiques de l'INSPQ sur diverses modalités délibératives en soutien à la prise de décision en santé publique, ces limites méthodologiques sont jugées acceptables. Les méthodes délibératives qu'ils présentent, ainsi que les outils permettant de structurer un processus délibératif pour en rehausser la transparence doivent être vus comme un survol à ce domaine.

Tableau 1 Synthèse des méthodes et outils recensés et examen de leur pertinence pour l'INSPQ

	Courte description selon les articles ou autres documents recensés Les documents recensés...	Forces et faiblesses	Méthode transparente?	Plusieurs catégories de parties prenantes?	D'autres critères que la science?
Méthodes délibératives non normées					
Rencontre nationale ⁽²⁸⁾ Webinaire ⁽²⁹⁾ Comité d'experts ^(28, 31) Réunion de travail ^(38, 40) Série de réunion de travail ^(17, 48)	... rapportent un regroupement d'individus avec une expertise scientifique (ou un savoir pertinent) sur un sujet donné qui se réunissent pour faire sens d'un ensemble de connaissances et les traduire en recommandations (recommandation), en option ou en conclusion.	Forces : 1) Interaction entre les idées et opinions des participants, 2) Présence de diversité d'opinions, 3) Peu coûteuse pour la plupart, 4) Peu chronophage, pour la plupart Faiblesses : 1) Possible dominance de l'avis d'un ou d'un noyau de participants, 2) Peu ou pas structuré	Pas nécessairement	Pas nécessairement	Pas nécessairement
Méthodes délibératives normées					
Méthode Delphi ^(10, 11, 13, 14, 16, 18-22, 25-30, 32-36, 37, 39, 41-47)	...décrivent la méthode qui consiste à soumettre un questionnaire à des participants pour obtenir un consensus sur des énoncés préliminaires provenant habituellement d'une synthèse des connaissances. Chaque participant indique son niveau d'accord avec les énoncés proposés et formule des commentaires et suggestions (au besoin). Après un premier cycle de délibération, les énoncés pour lesquels le consensus est inférieur à un seuil fixé a priori sont reformulés. Les participants sont alors invités à un deuxième cycle délibératif sur des énoncés bonifiés. Ce processus itératif peut être répété plusieurs fois jusqu'à l'atteinte du niveau de consensus souhaité.	Forces : 1) Inclusion possible d'un grand nombre de participants (peu importe leur localisation), 2) Anonymité des panélistes et des réponses (avant la délibération en simultané, si présente), 3) Meilleur contrôle de la dominance de l'avis d'un ou d'un noyau de participants, 4) Flexibilité Faiblesses : 1) Biais de sélection potentiels, 2) Absence d'interaction entre les membres (avant la délibération en simultané, si présente)	OUI	Pas nécessairement (mais le permet habituellement)	Pas nécessairement

Tableau 1 Synthèse des méthodes et outils recensés et examen de leur pertinence pour l'INSPQ (suite)

	Courte description selon les articles ou autres documents recensés <i>Les documents recensés...</i>	Forces et faiblesses	Méthode transparente?	Plusieurs catégories de parties prenantes?	D'autres critères que la science?
Méthode GRADE ^(12, 15, 23, 24, 29-33, 38, 47)	... rapportent la méthode. L'évaluation des données probantes se fait en comité d'experts. Les revues systématiques des écrits scientifiques d'essais comparatifs randomisés reçoivent une cote élevée et les revues systématiques des écrits scientifiques avec des études observationnelles reçoivent une cote faible. Pour les études primaires, les essais comparatifs randomisés se voient attribuer une cote moyenne et les études observationnelles une cote très faible. Cinq critères peuvent diminuer (risque de biais, inconsistance, manque de précision, estimation indirecte d'un effet, biais de publication) le degré de confiance dans l'effet examiné tandis que trois peuvent le relever (ampleur de l'association, le gradient dose-réponse, l'absence de biais de confusion résiduel). Cette technique permet de catégoriser la preuve scientifique comme élevée, modérée, faible ou très faible. Une recommandation préliminaire est ensuite formulée et délibérée en comité d'experts. La recommandation finale tient compte de la preuve scientifique et d'autres critères (p. ex. avantages et inconvénients de la recommandation, valeurs et préférences des parties prenantes, conséquences de la recommandation sur les ressources, équité, acceptabilité, faisabilité). Ces critères peuvent pondérer à la hausse ou à la baisse la force d'une recommandation. La délibération se fait par consensus (ou par vote en l'absence de consensus) incluant des représentants des parties prenantes concernées.	Forces : 1) Approche systématique qui diminue l'aspect subjectif dans la formulation d'une recommandation, 2) Mesure l'incertitude scientifique, 3) Méthode transparente et rigoureuse, 4) recommandations gradées Faiblesses : 1) Méthode moins adaptée aux devis d'études fréquents en santé publique, 2) Méthode complexe qui requiert une bonne expérience et une compréhension approfondie du processus	OUI	Pas nécessairement (mais le permet habituellement)	OUI

Tableau 1 Synthèse des méthodes et outils recensés et examen de leur pertinence pour l'INSPQ (suite)

	Courte description selon les articles ou autres documents recensés <i>Les documents recensés...</i>	Forces et faiblesses	Méthode transparente?	Plusieurs catégories de parties prenantes?	D'autres critères que la science?
Technique du groupe nominal ⁽²³⁾	... décrivent une rencontre en présentiel d'un comité d'experts présidé par un modérateur. Le modérateur présente des énoncés sur lesquels délibérer. Chaque participant exprime ensuite son opinion de manière indépendante (anonyme ou non). Les opinions individuelles sont regroupées en thèmes. À la suite de cette synthèse, il y a classements des thèmes (par ordre d'importance) dans une liste d'énoncés (au moyen d'un vote individuel) selon une manière de voter établie au préalable. La liste d'énoncés est ensuite présentée et délibérée en groupe. Il s'en suit un deuxième cycle de vote individuel et de classification. La liste d'énoncés est ensuite finale.	Forces : 1) Meilleur contrôle de la dominance de l'avis d'un ou de participants Faiblesses : 1) Temps et ressources à prévoir, 2) Risque du monopole de la discussion ou du vote par des groupes d'intérêt	OUI	OUI	Pas nécessairement (mais le permet habituellement)
Conférence de consensus ⁽⁴²⁾	... présentent une conférence de consensus qui donne lieu à un débat public au cours duquel différentes parties prenantes exposent et discutent à partir de questions préalablement formulées. Un modérateur coordonne les discussions et interroge les participants, de même que le public qui réagit aux travaux et exprime son point de vue. Ce débat public est suivi d'une réunion à huis clos où un comité d'experts rédige des recommandations de manière indépendante au vu des connaissances reçues lors du débat public. Le comité d'experts présente ensuite ces recommandations pour discussion et débat public.	Forces : 1) Mobilisation de divers participants pour l'examen des données probantes Faiblesses : 1) Interactions non structurées, 2) Temps et ressources à prévoir, 3) Possible influence dominante de participants	OUI	OUI	Pas nécessairement (mais le permet habituellement)

Tableau 1 Synthèse des méthodes et outils recensés et examen de leur pertinence pour l'INSPQ (suite)

	Courte description des méthodes <i>Selon la revue narrative systématisée de l'INSPQ (2023)⁽³⁾</i>	Forces et faiblesses	Méthode transparente?	Plusieurs catégories de parties prenantes?	D'autres critères que la science?
Méthode du CCNI⁽³⁾	Après le classement des données probantes, des recommandations sont formulées. Les recommandations sont classées A, B, C, ou E (selon le degré de confiance dans l'administration ou non du vaccin). Il n'y a pas de processus quantitatif pour assigner une lettre à une recommandation, mais la justification doit être explicite. Les recommandations sont plus fortes lorsque les données probantes sont de meilleure qualité, qu'elles sont associées à une plus grande étendue de bienfaits et qu'il y a peu de méfaits associés à l'intervention. Pour arriver à des recommandations finales, le CCNI délibère sur des critères comme les considérations économiques, éthiques, l'équité, la faisabilité d'une recommandation et son acceptabilité.	Forces : 1) Mobilisation de divers participants pour l'examen des données probantes, 2) recommandations gradées. Faiblesses : 1) Temps et ressources à prévoir, 2) Possible influence dominante de participants, 3) Interactions non structurées	Pas nécessairement	OUI	OUI
Méthode de CPSTF⁽³⁾	Des recommandations sont fortes, suffisantes ou insuffisantes selon la qualité du devis des études, le nombre d'études considérées, la cohérence des résultats et la taille de l'effet. Ensuite, il y a délibération en groupe de travail qui considère la preuve scientifique et d'autres critères (c.-à-d. présence de bénéfices ou de préjudices associés à la recommandation, applicabilité de la recommandation).	Forces : 1) Mobilisation de divers participants pour l'examen des données probantes, 2) recommandation gradée. Faiblesses : 1) Temps et ressources à prévoir, 2) Possible influence dominante de participants	OUI	OUI	OUI
Méthode du USPSTF⁽³⁾	Le degré de certitude de l'effet et l'ampleur du bénéfice est déterminé par consensus en comité d'experts et transformé en recommandation selon une matrice décisionnelle. Les recommandations sont gradées A, B, C, D ou I (I pour manque de preuves). Ensuite, il y a délibération sur des enjeux de sexe, de genre, les déterminants sociaux et le racisme systémique.	Forces : 1) Mobilisation de divers participants pour l'examen des données probantes, 2) recommandation gradée. Faiblesses : 1) Temps et ressources à prévoir, 2) Possible influence dominante de participants	OUI	OUI	OUI

Tableau 1 Synthèse des méthodes et outils recensés et examen de leur pertinence pour l'INSPQ (suite)

	Courte description	Forces et faiblesses	Méthode transparente?	Plusieurs catégories de parties prenantes?	D'autres critères que la science?
Outils qui permettent de structurer une délibération					
Grille EtD de GRADE ^(32, 33, 46)	Grille critériée pour rendre la délibération transparente. L'objectif est de permettre de comprendre les jugements qui ont été effectués et les faits ayant nourri ces jugements. La grille EtD de GRADE contient 7 critères d'intérêt pour la prise de décision (p. ex. importance du problème, bénéfices vs préjudices, ampleur et certitude des effets, acceptabilité sociale, valeurs et préférences des parties prenantes, équité, faisabilité).	Forces : 1) Caractère explicite des critères considérés dans la délibération, 2) Rehaussement de la transparence du processus Faiblesses : 1) Temps et ressources à prévoir, 2) Possible influence de leaders d'opinion	OUI	OUI	OUI
Grille WHO-INTEGRATE de l'OMS ⁽³⁾	Grille critériée pour rendre la délibération transparente. L'objectif est de permettre de comprendre les jugements qui ont été effectués et les faits ayant nourri ces jugements. La grille WHO-INTEGRATE contient 7 critères d'intérêt pour la prise de décision (p. ex. bénéfices vs préjudices, droits humains et acceptabilité sociale, équité, implications sociales, considération sur l'économie, faisabilité, qualité de la preuve).	Forces : 1) Caractère explicite des critères considérés dans la délibération, 2) Rehaussement de la transparence du processus Faiblesses : 1) Temps et ressources à prévoir, 2) Possible influence de leaders d'opinion	OUI	OUI	OUI
Grille Evidence to Recommendations ACIP ⁽³⁾	Grille critériée pour rendre la délibération transparente. L'objectif est de permettre de comprendre les jugements qui ont été effectués et les faits ayant nourri ces jugements. La grille ACIP contient 6 critères d'intérêt pour la prise de décision (p. ex. importance du problème, bénéfices vs préjudices, valeurs et préférences des parties prenantes, acceptabilité sociale, impact sur les ressources, équité, faisabilité).	Forces : 1) Caractère explicite des critères considérés dans la délibération, 2) Rehaussement de la transparence du processus Faiblesses : 1) Temps et ressources à prévoir, 2) Possible leader d'opinion	OUI	OUI	OUI

Tableau 1 Synthèse des méthodes et des outils recensés et examen de leur pertinence pour l'INSPQ (suite)

	Courte description	Forces et faiblesses	Méthode transparente?	Plusieurs catégories de parties prenantes?	D'autres critères que la science?
Cadre d'appréciation de la valeur de l'INESSS	Cadre d'appréciation de la valeur qui guide l'ensemble des travaux évaluatifs. Il comprend cinq dimensions principales (socioculturelle, populationnelle, clinique, économique, organisationnelle) qui permettent de ventiler, pour chaque dimension (ou critère), les évidences scientifiques, les données contextuelles et les savoirs expérientiels. L'objectif est de permettre de comprendre les jugements qui ont été effectués et les faits ayant nourri ces jugements.	Forces : 1) Caractère explicite des critères considérés dans la délibération, 2) Rehaussement de la transparence du processus Faiblesses : 1) Temps et ressources à prévoir, 2) Possible influence de leaders d'opinion	OUI	OUI	OUI
Grille de l'OHTAC⁽⁵⁵⁾	Grille critériée pour rendre la délibération transparente. L'objectif est de permettre de comprendre les jugements qui ont été effectués et les faits ayant nourri ces jugements. La grille de l'INESSS contient quatre critères principaux. Il s'agit du bénéfice clinique, des valeurs du patient et de la communauté, du rapport coût-efficacité et de la faisabilité de la recommandation.	Forces : 1) Caractère explicite des critères considérés dans la délibération, 2) Rehaussement de la transparence du processus Faiblesses : 1) Temps et ressources à prévoir, 2) Possible influence de leaders d'opinion	OUI	OUI	OUI

ACIP = Advisory Committee on Immunization Practices; CCNI = Comité consultatif national sur l'immunisation; CPSTF = Community Preventive Services Task Force; EtD = Evidence to Decision; GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation; INESSS = Institut national d'excellence en santé et en services sociaux; OHTAC = Ontario Health Technology Advisory Committee; USPSTF = United States Preventive Services Task Force.

5 CONCLUSION

En fonction des méthodes délibératives repérées dans cet examen de la portée, ainsi que des outils recensés qui permettent de structurer les processus délibératifs en comité d'experts ou en groupe de travail, quatre grandes conclusions en matière de qualité à portée institutionnelle sont formulées. Ces conclusions peuvent être utiles à une organisation comme l'INSPQ, ainsi qu'à ses professionnels scientifiques, lorsqu'il est jugé opportun d'utiliser un processus délibératif dans un livrable de sa typologie institutionnelle de produits et services.

Ainsi, bien que si cet état des connaissances ne propose pas de normes institutionnelles de travail à respecter, il identifie des pratiques exemplaires qui peuvent être d'intérêt lors de la planification et de la réalisation de processus délibératifs. C'est en ce sens qu'il faut lire les quatre conclusions ci-dessous.

Ces quatre grandes conclusions sont :

- Il est **préférable** d'utiliser une méthode délibérative normée pour formuler une recommandation, une option, un constat ou une conclusion en comité d'experts ou en groupe de travail.
- S'il est impossible (ou moins approprié) d'utiliser une méthode délibérative normée, il est acceptable d'employer une méthode non normée qui emploie des principes délibératifs directeurs.
- Si une méthode délibérative non normée est employée, il est **important** de nommer explicitement les principes délibératifs utilisés. Il est aussi **préférable** d'utiliser un outil permettant de structurer le processus délibératif.
- L'INSPQ pourrait utiliser les connaissances générées par ce travail pour peaufiner son approche multicritère avec ses comités d'experts permanents et autres instances ad hoc.

6 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. St-Pierre, J., et Souffez, K (2015). *Le recours aux processus délibératifs pour informer la décision*. Institut national de santé publique du Québec. Outil produit par les secteurs Politiques publiques et Transfert des connaissances à l'intention des équipes scientifiques de l'INSPQ.
2. Gauvin, F.P. (2011). Les processus délibératifs : Ressources sélectionnées. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1433_processusdeliberatifs_resssselect.pdf
3. Roy, M., Paradis, G., et Déry, V. (2023). Élaborer des recommandations en soutien à la prise de décision en santé publique : méthodes et critères. Volet n° 1 : Revue narrative systématisée des écrits scientifiques et de la littérature grise. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3350>
4. De Vries, R., Stanczyk, A.E., Ryan, K.A., et Kim, S.Y.H. (2011). A framework for assessing the quality of democratic deliberation: Enhancing deliberation as a tool for bioethics. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics: An International Journal*, 6, 3-17.
5. Bourré, F., Michel, P., et Salmi, L.R. (2008). Méthodes de consensus : revue des méthodes originales et de leurs grandes variantes utilisées en santé publique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56, 415-423.
6. National Consumer Council (2008). *Deliberative public engagement : 9 principes*. Disponible à : <https://involve.org.uk/resources/knowledge-base/what/deliberative-public-engagement>
7. Jacobs, L.R., Cook, F.L., et Carpini, M.X.D. (2009). *Talking Together: Public Deliberation and Political Participation in America*. Chicago : University of Chicago Press.
8. Bond, K., on behalf of the HTAi Global Policy Forum. (2020). *Background Paper – Deliberative processes in health technology assessment: Prospects, problems, and policy proposals*. Disponible à : https://past.htai.org/wp-content/uploads/2020/02/HTAi_GPF-newOrleans_program_background-paper.pdf
9. Arskey, H., et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32.
10. Acharya, A., Judah, G., Ashrafian, H., Sounderajah, V., Johnstone-Waddell, N., Stevenson, A., *et al.* (2021). Investigating the implementation of SMS and mobile messaging in population screening (the SIPS Study): Protocol for a delphi study. *JMIR research protocols*, 10, e32660.
11. Adams, W.M., Hosokawa, Y, Casa, D.J., Périard, J.D., Racinais, S., Wingo, J.E., *et al.* (2021). Roundtable on preseason heat safety in secondary school athletics: Heat acclimatization. *Journal on Athletic Training*, 56, 352-361.
12. Bennett, M.I., Eisenberg, E., Ahmedzai, S.H., Bhaskar, A., O'Brien, T., Mercadante, S., *et al.* (2019). Standards for the management of cancer-related pain across Europe. A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain. *European Journal of Pain*, 23, 660-668.

13. Bernabeu, A., Carratala-Munuera, C., Quesada, J.A., Llaser, J., Lopez-Pineda, A., Sellers, F., *et al.* (2021). Expert consensus for primary management of reproductive health : a Delphi study. *Irish Journal of Medical Science*, 190, 677-684.
14. Biasoli, C., Baldacci, E., Coppola, A., De Cristofaro, R., Lassandro, G., Linari, S., *et al.* (2021). Promoting physical activity in people with haemophilia: the MEMO (Movement for persons with haEMOphilia) expert consensus project. *Blood Transfusion*, 20, 66-77.
15. Bus, S.A., Van Netten, J.J., Hinchliffe, R.J., Apelqvist, J., Lipsky, B.A., et Schaper, N.C. (2020). Standards for the development and methodology of the 2019 International Working Group on the Diabetic Foot guidelines. *Diabetes/metabolism research and reviews*, 36(S1), e3267.
16. Campbell, Nowell, A., Karagheusian, K., Giroux, J., Kiteley, C., Martelli, L., (2020). Practical innovation: Advanced practice nurses in cancer care. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 30, 9-15.
17. Castillo-Carandang, N., Buenaventura, R., Chia, Y.C., Van, D.D., Lee, C., Duong, N.L., *et al.* (2020). Moving towards optimized noncommunicable disease management in the ASEAN region: Recommendations from a review and multidisciplinary expert panel. *Risk Management et Healthcare Policy*, 13, 803-819.
18. Certenais, T., Teyssie, R., Garlantezec, R., Brochard, P., Manangama, G., et Delva, F. (2022). Biomechanical and organisational constraints of pregnant women at work: Definition of exposure levels using a consensus method (Delphi). *BMJ Open*, 12, 10.1136/bmjopen-2021-052474.
19. Christian, H.E., Cross, D., Rosenberg, M., Schipperijn, J., Shilton, T., Traap, G., *et al.* (2020). Development of physical activity policy and implementation strategies for early childhood education and care settings using the Delphi process. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17, 10.1186/s12966-020-01034-2.
20. Dyer, J.O., Doiron-Cadrin, P., Lafrance, S., Roy, J.S., Frémont, P., Dionne, C.E., *et al.* (2022). Diagnosing, managing, and supporting return to work of adults with rotator cuff disorders: Clinical practice guideline methods. *Journal of Orthopaedic et Sports Physical Therapy*, 52, 665-674.
21. Farah, N., Ayoub, J., Baydoun, S., Nassour, S., Zgheib, P., Nasreddine, L., *et al.* (2021). Development of national dietary and lifestyle guidelines for pregnant women in Lebanon. *Maternal and Child Nutrition*, 17, 10.1111/mcn.13199.
22. Godbout, K., Bhutani, M., Connors, L., Chan, C.K.N., Connors, C., Dorscheid, D., *et al.* (2023). Recommendations from a Canadian Delphi consensus study on best practice for optimal referral and appropriate management of severe asthma. *Allergy, asthma, and clinical immunology: Official journal of the Canadian Society of Allergy and Clinical Immunology*, 19, 10.1186/s13223-023-00767-6.
23. Greenhawt, M., Abrams, E.M., Shaker, M., Chu, D.K., Khan, D., Akin, C., *et al.* (2021). The risk of allergic reaction to SARS-CoV-2 vaccines and recommended evaluation and management: A systematic review, meta-analysis, GRADE assessment, and international consensus approach. *The journal of allergy and clinical immunology*, 9, 3546-3567.
24. Hawk, C., Waylen, W., Farabaugh, R.J., Clinton, C.J., Minkalis, A.L., Taylor, D.N., *et al.* (2020). Best practices for chiropractic management of patients with chronic musculoskeletal pain: A clinical practice guideline. *Journal of Alternative et Complementary Medicine*, 26, 884-901.

25. Kampling, H., Reese, C., Küst, J., et Mittag, O. (2020). Systematic development of practice guidelines for psychological interventions in stroke rehabilitation. *Disability et Rehabilitation*, 42, 1616-1622.
26. Krauzsch, M., Westenberg, J.N., Tsang, V., Suen, J., Ignaszewski, M.J., Mathew, N., *et al.* (2022). Towards an international consensus on the prevention, treatment, and management of high-risk substance use and overdose among youth. *Medecina*, 58, 10.3390/medicina58040539.
27. Lazarus, J.V., Mark, H.E., Anstee, Q.N., Arab, J.P., Batterham, R.L., Castera, L., *et al.* (2021). Advancing the global public health agenda for NAFLD: a consensus statement. *Nature Reviews Gastroenterology et Hepatology*, 19, 60-78.
28. Liddelow, C., Schweickle, M.J., Sutcliffe, J.T., Swann, C., Keegan, R., Rice, S., *et al.* (2022). Protocol for national mental health guidelines for community sport in Australia. *BMJ open sport et exercise medicine*, 8, e001426.
29. Lim, W.S., Cheong, C.Y., Lim, J.P., Tan, M.M.Y., Chia, J.Q., Malik, N.A., *et al.* (2022). Singapore clinical practice guidelines for sarcopenia: Screening, diagnosis, management and prevention. *The Journal of frailty et aging*, 11, 348-369.
30. Luites, J.W.H., Kuijer, P.P.F.M., Hulshof, C.T.J., Kok, R., Langendam, M.W., Oosterhuis, T., *et al.* (2022). The dutch multidisciplinary occupational health guideline to enhance work participation among low back pain and lumbosacral radicular syndrome patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32, 337-352.
31. MacPherson, S., Armstrong, M.J., Cobbold, J.F., Corless, L., Anstee, Q.M., Aspinal, R.J., *et al.* (2022). Quality standards for the management of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD): consensus recommendations from the British Association for the Study of the Liver and British Society of Gastroenterology NAFLD Special Interest Group. *The Lancet. Gastroenterology et Hepatology*, 7, 755-769.
32. Montero-Odesso, M., van der Velde, N., Martin, F.C., Petrovic, M., Tan, M.P., Ryg, J., *et al.* (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age et Ageing*, 51, 1-36.
33. Montero-Odesso, M., van der Velde, N., Alexander, N.B., Becker, C., Blain, H., Camicioli, R., *et al.* (2021). New horizons in falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age et Ageing*, 50, 1499-1507.
34. Mylabathula, S., Macarthur, C., Guttmann, A., Colantonio, A., et Tator, C. (2022). Development of a concussion public policy on prevention, management and education for schools using expert consensus. *Injury Prevention*, 28, 453-458.
35. Ona, D.I.D., Jimeno, C.A., Jasul, G.V., Bunyi, M.L.E., Olivia, R., Gonzalez-Santos, L.E., *et al.* (2021). Executive summary of the 2020 clinical practice guidelines for the management of hypertension in the Philippines. *Journal of clinical hypertension*, 23, 1637-1650.
36. Ozgen, H., Spijkerman, R., Noack, M., Holtmann, M., Schellekens, A.S.A., van de Glind, G., *et al.* (2020). International consensus statement for the screening, diagnosis, and treatment of adolescents with concurrent attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder. *European Addiction Research*, 26, 223-232.

37. Planz, C., Perez, P., Mattiolo, B., et Weber, M. (2021). Policy Recommendations for healthy living environments and municipal health promotion in Europe. 14th European Public Health Conference (Virtual), Public health futures in a changing world, November 10-12, 2021. *European Journal of Public Health*, 31, iii171-iii171.
38. Rojas-Rozo, L., Vedel, I., Sivananthan, S., Ismail, Z., Khanassov, V., et Linda, L. (2022). Latest Canadian consensus conference on the diagnosis and treatment of dementia for primary care clinicians. *Annals of Family Medicine*, 20(S1), 10.1370/afm.20.s1.2931.
39. Seo, M.R., Kim, J.W., Park, E.J., Jung, S.M., Sung, Y.K., Kim, H., *et al.* (2020). Recommendations for the management of patients with systemic rheumatic diseases during the coronavirus disease pandemic. *The Korean journal of internal medicine*, 35, 1317-1332.
40. Triscott, J.A.C., Dobbs, B., Charles, L., Huan, J., Moores, D., Tian, P.G.J., *et al.* (2021). The care-of-the-elderly health guide. *Journal of Primary Care et Community Health*, 12, 1-6.
41. Wilson, F., Thornton, J.S., Wilkie, K., Hartvigsen, J., Vinther, A., Ackerman, K.E., *et al.* (2021). 2021 consensus statement for preventing and managing low back pain in elite and subelite adult rowers. *British Journal of Sports Medicine*, 55, 893-899.
42. Wurz, A., McLaughlin, E., Lategan, C., Chamorro Vina, C., Grimshaw, S.L., Hamari, L., *et al.* (2021). The international Pediatric Oncology Exercise Guidelines (iPOEG). *Translational Behavioral Medicine*, 11, 1915-1922.
43. Zanker, J., Sim, M., Anderson, K., Balogun, S., Brennan-Olsen, S.L., Dent, E., *et al.* (2023). Consensus guidelines for sarcopenia prevention, diagnosis and management in Australia and New Zealand. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 14, 142-156.
44. Garcia-Layana, A., Garhöfer, G., Aslam, T.A., Silva, R., Delcourt, C., *et al.* (2021). Exploring consensus on preventive measures and identification of patients at risk of age-related macular degeneration using the Delphi process. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 5432.
45. Gracia-Sanchez, A., Lopez-Pineda, A., Chicharro-Luna, E., et Gil-Guillen, V.F. (2021). A Delphi study protocol to identify recommendations on physical activity and exercise in patients with diabetes and risk of foot ulcerations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 10988.
46. Hung, K.C., Macdermott, M.K., Chan, E.Y.Y., Mashinoe, S., Balsari, S., Ciottone, C.R., *et al.* (2022). Health emergency and disaster risk management workforce development strategies: Delphi consensus study. *Prehospital and Disaster Medicine*, 37, 735-748.
47. Bouhanick, B., Sosner, P., Brochard, K., Mounier-Véhier, C., Plu-Bureau, G., Hascoet, S., *et al.* (2021). Hypertension in children and adolescents: A position statement from a panel of multidisciplinary experts coordinated by the French Society of hypertension. *Frontiers in Pediatrics*, 9, 680803.
48. Stotz, S.A., Soon, R., Moore, K.R., Charron-Prochownik, D., Fischl, A., Spencer, K. (2023). A qualitative study on preventing gestational diabetes in native Hawaiian and pacific islander adolescent females: Perspectives from an expert panel of health care providers. *Hawai'i Journal of Health et Social Welfare*, 82, 10-15.

49. Rosenbaum, S.E., Moberg, J., Glenton, C., Schünemann, H.J., Lewin, S., Akl, E., *et al.* (2018). Developing evidence to decision frameworks and an interactive evidence to decision tool for making and using decisions and recommendations in health care. *Global Challenges*, 2, 1700081.
50. Guldbrandsson, K., Stenström, N., et Winzer, R. (2016). The DECIDE evidence to recommendation framework adapted to the public health field in Sweden. *Health Promotion International*, 31, 749-754.
51. Alonso-Coello, P., Schünemann, H.J., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E.A., Davoli, M., *et al.* (2016a). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *British Medical Journal*, 353, i2016.
52. Alonso-Coello, P., Oxman, A.D., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E.A., Davoli, M., *et al.* (2016b). GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practices guidelines. *British Medical Journal*, 353, i2089.
53. National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Methods for the development of NICE public health guidance (3rd edition)*. London : National Institute for Health and Care Excellence. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/resources/methods-for-the-development-of-nicepublic-health-guidance-third-edition-pdf-2007967445701>
54. European Centre for Disease Prevention and Control. (2011). *Evidence-based methodologies for public health – How to assess the best available evidence when time is limited and there is lack of sound evidence*. Stockholm : ECDC. Disponible à : https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/1109_TER_evidence_based_methods_for_public_health.pdf
55. Johnson, A.P., Sikich, N.J., Evans, G., Evans, W., Giacomini, M., Glendining, M., *et al.* (2009). Health technology assessment: A comprehensive framework for evidence-based recommendations in Ontario. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25, 141-150.

ANNEXE 1 STRATÉGIES DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Stratégie de recherche pour Medline (Ovid)

Interrogée le 2023-06-02

#	Requête	Résultats
1	((consensus adj2 conference*) or (deliberative adj3 (method* or poll* or process* or tool*)) or delphi or evidence-to-decision or (expert* adj3 panel* or "focus group*" or "formal vote*" or (grade adj4 framework*) or ((multi-criteria* or multicriteria*) adj mapping) or "nominal group technique*" or "exercise survey*" or "ranking exercise*").ti,ab,kf. or Delphi Technique/ or Focus Groups/ or GRADE Approach/	11 2936
2	recommend*.ti,ab,kf.	84 2315
3	((expert* adj3 (committee* or group*)) or "working group*").ti,ab,kf.	38 641
4	(actor* or stakeholder* or expert*).ti,ab,kf.	335 489
5	1 and 2 and 3 and 4	1 374
6	5 not (case reports or comment or editorial or interview or letter or news).pt.	1 362
7	6 and (english or french).lg.	1 275
8	../ 7 yr=2018-3000	698

Stratégie de recherche pour Global Health (Ovid)

Interrogée le 2023-06-02

#	Requête	Résultats
1	((consensus adj2 conference*) or (deliberative adj3 (method* or poll* or process* or tool*)) or delphi or evidence-to-decision or (expert* adj3 panel* or "focus group*" or "formal vote*" or (grade adj4 framework*) or ((multi-criteria* or multicriteria*) adj mapping) or "nominal group technique*" or "exercise survey*" or "ranking exercise*").ti,ab,id. or delphi method/	27 174
2	recommend*.ti,ab,id.	240 165
3	((expert* adj3 (committee* or group*)) or "working group*").ti,ab,id.	7 836
4	(actor* or stakeholder* or expert*).ti,ab,id.	63 091
5	1 and 2 and 3 and 4	226
6	5 not editorial.pt.	226
7	6 and (english or french).lg.	206
8	../ 7 yr=2018-3000	81

Stratégie de recherche pour Environment Complete, ERIC, Health Policy Reference Center, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Public Affairs Index, SocINDEX with Full Text, CINAHL Complete, GreenFILE, Teacher Reference Center (EBSCO)

Interrogée le 2023-06-02

#	Requête	Résultats
S1	TI ((consensus N1 conference*) or (deliberative N2 (method* or poll* or process* or tool*)) or delphi or evidence-to-decision or (expert* N2 panel* or "focus group*" or "formal vote*" or (grade N3 framework*) or ((multi-criteria* or multicriteria*) W0 mapping) or "nominal group technique*" or "exercise survey*" or "ranking exercise*") OR AB ((consensus N1 conference*) or (deliberative N2 (method* or poll* or process* or tool*)) or delphi or evidence-to-decision or (expert* N2 panel* or "focus group*" or "formal vote*" or (grade N3 framework*) or ((multi-criteria* or multicriteria*) W0 mapping) or "nominal group technique*" or "exercise survey*" or "ranking exercise*") OR SU ((consensus N1 conference*) or (deliberative N2 (method* or poll* or process* or tool*)) or delphi or evidence-to-decision or (expert* N2 panel* or "focus group*" or "formal vote*" or (grade N3 framework*) or ((multi-criteria* or multicriteria*) W0 mapping) or "nominal group technique*" or "exercise survey*" or "ranking exercise*")	174 198
S2	TI (recommend*) OR AB (recommend*) OR SU (recommend*)	775 817
S3	TI ((expert* N2 (committee* or group*)) or "working group*") OR AB ((expert* N2 (committee* or group*)) or "working group*") OR SU ((expert* N2 (committee* or group*)) or "working group*")	31 088
S4	TI (actor* or stakeholder* or expert*) OR AB (actor* or stakeholder* or expert*) OR SU (actor* or stakeholder* or expert*)	548 135
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	639
S6	S5 AND RV Y	592
S7	S6 AND LA (english or french)	583
S8	S7 AND (DT 2018-3000)	268

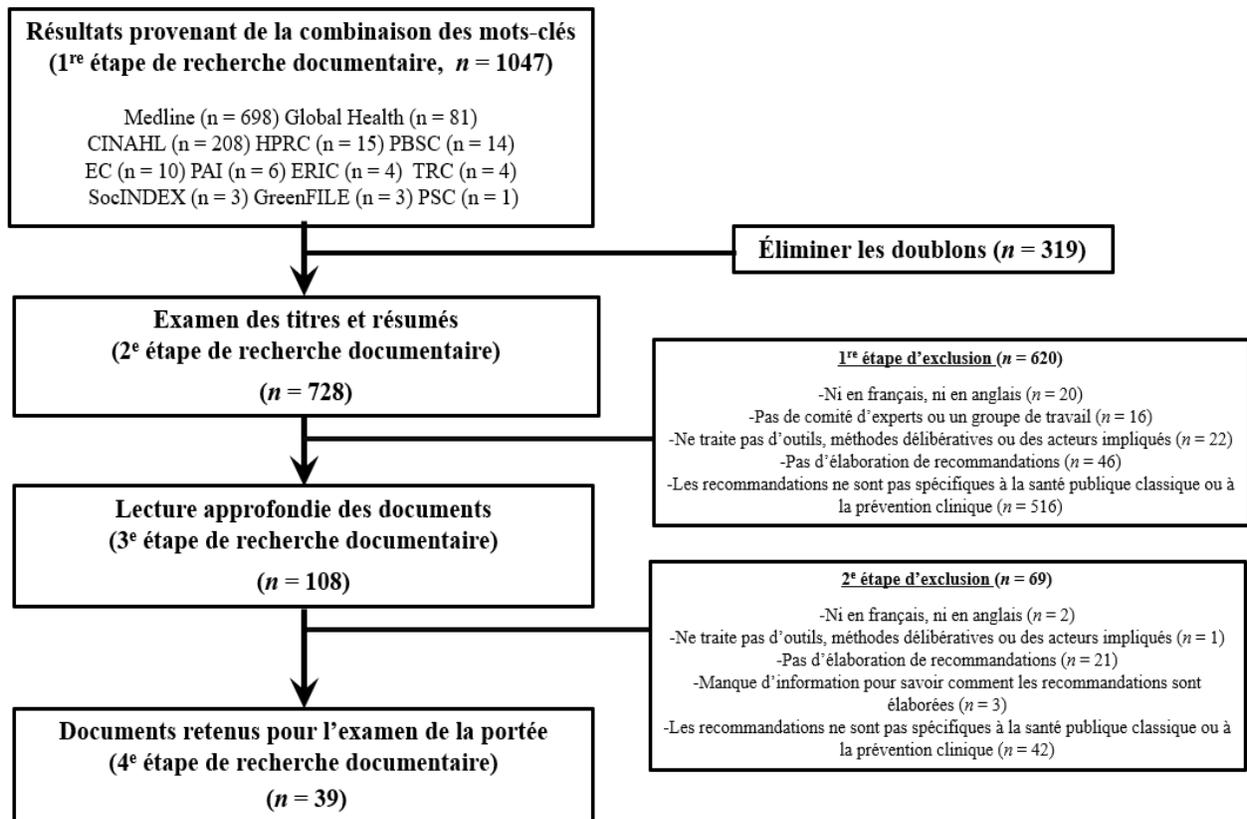
Liste des organisations similaires (ou apparentées) à l'INSPQ dont le site Internet a été examiné.

ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BCCDC	British-Columbia Centre for Disease Control
CDC	Centers for Disease Control and Prevention – États-Unis
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
FOHM	Folkhälsomyndigheten - Agence de la santé publique de la Suède
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence - Angleterre
OHTAC	Ontario Health Technology Advisory Committee
PHO	Public Health Ontario
PHW	Lechyd Cyhoeddus Cymru - Public Health Wales

Informations méthodologiques complémentaires

- Un échantillon dirigé (*purposive sample*) d'organisations avait été constitué initialement en 2019 par l'INSPQ à partir de la liste des membres de l'International Association of National Public Health Institute (IANPHI) dans le cadre d'un étalonnage international des pratiques de production scientifique en santé publique.
- Les critères suivants avaient guidé leur identification : 1) organisme provincial, national ou transnational de santé publique (ou groupe apparenté); 2) œuvrant dans un ou des pays comparables au niveau socioéconomique; 3) détenant un leadership et une capacité d'innovation reconnus ou anticipés; et 4) dont les approches scientifiques étaient peu connues ou encore à approfondir.
- Neuf de ces organisations ont été retenues pour ce présent travail auxquelles deux ont été ajoutées (du domaine de l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux en sol canadien).
- Un examen du site Internet de ces 11 organisations a été effectué par l'un des auteurs afin de repérer l'information en lien avec les questions posées (méthode délibérative institutionnelle, outil délibératif utilisé et participants à la délibération, le cas échéant).

ANNEXE 2 ORGANIGRAMME DE TYPE PRISMA



Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca