

TRACER LES PARCOURS D'INFLUENCE DE L'ÉVALUATION SUR L'UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Pascale Lehoux

Département de médecine sociale et préventive
Université de Montréal

Résumé: Depuis les dix dernières années, de nombreux rapports d'évaluation de technologies médicales ont été soumis aux instances décisionnelles gouvernementales, hospitalières et professionnelles du Québec. Cet article trace les parcours par lesquels s'exerce l'influence de l'évaluation auprès de ces instances. Cinq éléments de discussion sont abordés: 1) la réciprocité imparfaite entre l'évaluation et l'utilisation des technologies, 2) la difficulté des passages théoriques et méthodologiques entre les perspectives centrale et locale, 3) la relation entre l'évaluation et les politiques de santé, 4) la relation entre les politiques de santé et l'utilisation des technologies et, finalement, 5) les stratégies pour documenter l'influence de l'évaluation.

Abstract: In Quebec, over the past ten years many medical technology assessment reports have been submitted to decision-makers in government agencies, hospitals, and professional associations. This article traces the ways evaluation may influence decision-making. Five topics are discussed: 1) the imperfect reciprocal relationship between evaluation and technology utilization, 2) the difficulty of moving theoretically and methodologically between central and local perspectives, 3) linkages between evaluation and health policies, 4) linkages between health policies and technology utilization, and finally, 5) follow-up strategies for assessing the influence of evaluation on technology utilization.

ÉMERGENCE DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

Depuis la fin des années 70 et surtout parmi les pays industrialisés, l'évaluation des technologies de la santé se développe en tant qu'activité de recherche distincte.¹ À l'échelle internationale, plus d'une vingtaine d'organismes gouvernementaux ont pour

mandat principal de formuler des recommandations concernant des technologies nouvelles, coûteuses ou controversées (CCOHTA, 1992b). Par ailleurs, plus d'une centaine de programmes étaient recensés déjà en 1987 (WHO-LINFO, 1987). Les centres hospitaliers universitaires, les groupes de recherche relevant de diverses disciplines (sociologie, économie, droit, éthique), et les ministères du travail, de l'énergie ou de l'environnement sont autant de foyers de recherche s'intéressant aux technologies de la santé ou aux impacts des technologies sur la santé. Vraisemblablement, la nécessité de mieux connaître la valeur et les effets d'une technologie, grâce à l'évaluation, fait consensus. On a même reproché à l'évaluation de prendre les allures d'un champ d'étude hégémonique en poursuivant frénétiquement une «gestion rationnelle du social» (Maheu & Toulouse, 1993).

Dans la mouvance de la constitution d'une pratique de recherche, l'évaluation des technologies de la santé se voit conférer de multiples pouvoirs par ses différents protagonistes. Entre autres, plusieurs prétendent que l'évaluation saura résoudre les tensions antagonistes des systèmes de santé: d'une part, des compressions budgétaires importantes et, d'autre part, des technologies se multipliant à un rythme accéléré (Guyatt & Drummond, 1986; IOM, 1985; Laupacis et al., 1993; OTA, 1985). Sur lesquelles de ces technologies sommes-nous en mesure de porter un jugement éclairé? et pour lesquelles sommes-nous prêts à investir une partie des ressources collectives? Vis-à-vis ces questions, l'évaluation des technologies médicales apparaît salvatrice; elle saura pulvériser les doutes et les contradictions grâce à une expertise lumineuse et univoque. Pourtant, l'argument économique, énoncé en chœur, suggérant que l'on finance d'abord les interventions dont l'efficacité a été démontrée, s'avère indissociable d'un questionnement pluriel dont les ramifications sont nombreuses et profondes. Pourquoi et comment les technologies de la santé sont-elles conçues? expérimentées? acquises? utilisées? et, un jour, mises au rancart?

En fait, sur l'ensemble des technologies médicales quotidiennement utilisées, il n'y a qu'un nombre restreint qui ont subi une évaluation rigoureuse de leur efficacité et de leur sécurité (Banta & Andreasen, 1990; Evans, 1984). Une politique d'acquisition ou de remboursement des technologies n'intègre pas non plus systématiquement les informations évaluatives disponibles (Deber, 1992; Moatti, 1992; Wennberg, 1989). Pas plus d'ailleurs que l'évaluation d'une technologie ne constitue en elle-même une garantie de son utilisation appropriée (Greer, 1988; Weill, 1990). Autrement dit, l'influence

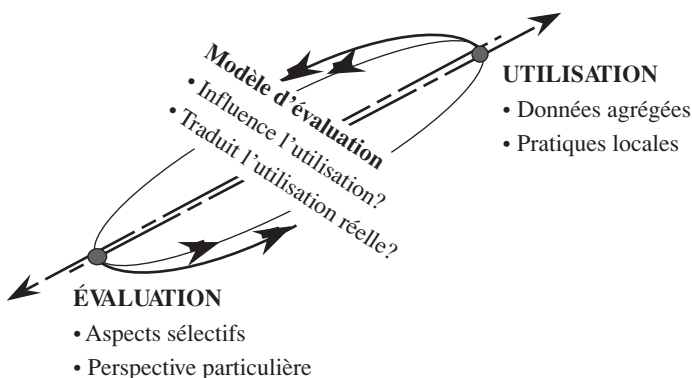
qu'exerce l'évaluation sur l'acquisition, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé n'est ni nette ni automatique. Pour amorcer une conceptualisation des parcours d'influence, cet article met en exergue trois passages à travers lesquels se redéfinissent les technologies de la santé: leur évaluation, leur régulation politique, et leur utilisation clinique. Les dynamiques endogènes à ces territoires de redéfinition facilitent et contraignent à la fois le rôle qu'y jouera l'évaluation (Lehoux, 1995).

1. RÉCIPROCITÉ IMPARFAITE ENTRE L'ÉVALUATION ET L'UTILISATION

L'évaluation des technologies médicales vise à favoriser leur utilisation appropriée. La relation entre l'évaluation et l'utilisation des technologies n'est toutefois pas univoque. Un double postulat, bien que se manifestant à des degrés variables, semble animer les évaluations presque indépendamment de leur origine disciplinaire. Premièrement, on présume que l'évaluation influencera favorablement, tôt ou tard, les pratiques d'utilisation et, deuxièmement, on croit évaluer une technologie à travers des données qui traduisent réellement son utilisation. En d'autres mots, la relation de réciprocité entre l'évaluation et l'utilisation est tacitement reconnue. Dans une direction, l'évaluation est perçue comme une source d'influence quasi directe sur l'utilisation tandis que, dans l'autre direction, les mesures d'utilisation fondent leur juste évaluation.

Or, des études provenant de disciplines aussi diverses que l'anthropologie, la sociologie, l'épidémiologie ou l'analyse politique évoquent

Figure 1
Réciprocité imparfaite entre l'évaluation et l'utilisation



une réciprocité plutôt imparfaite entre ces deux pôles (Barley, 1988; Bourret & Huard, 1990; Chassin, 1989; Deber et al., 1988; Greer, 1986; Kazanjian & Freisen, 1993; White, 1993). Par exemple, l'évaluation d'une technologie médicale en misant sur les résultats des essais cliniques ne retient que des aspects sélectifs de cette technologie. Il s'agit d'un noyau d'informations biomédicales rassemblant des données sur l'efficacité et sur la sécurité en milieu contrôlé, ce qui est largement différent de l'utilisation en contexte réel où les patients ne présentent ni des caractéristiques homogènes ni des comportements similaires.

En jetant un regard plus attentif sur les bases théoriques de l'évaluation des technologies de la santé, on s'aperçoit que ses principaux modèles conceptuels gravitent autour de l'essai clinique (des groupes de patients sont soumis, selon une répartition aléatoire ou non, à deux ou plusieurs interventions différentes). Conséquemment, les méthodes employées relèvent surtout de l'épidémiologie clinique (comparaison des taux de morbidité et de mortalité pour chacune des interventions). Les rapports d'évaluation, tels que ceux produits par des agences gouvernementales, rassemblent les informations issues des résultats de plusieurs essais cliniques (méta-analyse) et/ou résument les opinions d'experts (conférence de consensus, revue par les pairs). En bref, pour faire la synthèse des connaissances sur une technologie, les évaluateurs puisent aux méthodes épidémiologiques et s'inscrivent dans le champ théorique biomédical (Deber, 1992; Guyatt & Drummond, 1986; IOM, 1985).

Les aspects éthiques, légaux et sociaux viennent parfois s'arrimer à ce noyau initial d'informations cliniques (Roy et al., 1992; Tancredi, 1982). Par la suite, ce noyau formalisé doit être réinséré dans le contexte de la production des services de santé. Cette réinsertion correspond à une traduction des informations initiales fournissant des balises utiles à la formulation des politiques d'acquisition, de distribution et de remboursement des technologies (Banta & Andreasen, 1990; Budrys, 1986; Deber, 1992). Il s'agit de rendre intelligibles, dans les contextes variables des organisations sanitaires, des données biomédicales issues de l'environnement contrôlé des essais cliniques. Cette traduction se fait en général à travers le ministère de la santé, mais aussi au niveau des corps professionnels, des administrations hospitalières et du tiers-payant. Ce sont ces instances qui décideront si le rapport coût-efficacité, dans un contexte socio-politique donné, justifie l'acquisition, la diffusion ou les conditions d'utilisation d'une technologie. Aussi, tel qu'il sera

mentionné plus loin, à ce noyau doit pouvoir s'arrimer d'autres informations qui, elles, se rapportent au contexte local d'utilisation aussi bien qu'aux enjeux socio-politiques plus visibles d'une perspective centrale (De Pourville, 1987; Stoddart & Feeny, 1986; Terris, 1993).

D'autre part, en faisant le voeu pieux d'améliorer les pratiques d'utilisation, l'évaluation endosse des finalités variables méritant d'être clarifiées. Par exemple, le rapport coût/efficacité est de plus en plus utilisé dans le but de comparer différentes innovations médicales. Cependant, il est rarement question des valeurs politiques qui supportent ce type d'évaluation (House, 1983; Lebrun et al., 1989). Peut-on assurer un accès équitable à la technologie? Valorise-t-on la qualité de vie de différents groupes d'individus en fonction de leur âge? de leur valeur socio-professionnelle? Soutient-on une justice redistributive? De surcroît, les innovations présentent parfois des contextes d'utilisation suffisamment dissemblables pour rendre précaire leur comparaison. Les technologies peu invasives, en transformant le processus même de prise en charge, réduisent la durée de séjour hospitalier. Leur évaluation révélera des avantages au niveau de la satisfaction des patients. À condition que des membres de leur famille puissent assurer un minimum de soutien, ils seront sur pied plus rapidement. Par contre, l'évaluation identifiera aussi des inconvénients au niveau des dépenses totales puisqu'il est fort probable qu'un plus grand nombre de patients, sur une même période, sera traité. D'autre part, comment dépasser les conflits disciplinaires lorsque pour une même pathologie, telle que le traitement des calculs rénaux, sont pratiquées et promues deux interventions—la lithotritie et la chirurgie traditionnelle—par deux types de spécialistes—des néphrologues et des chirurgiens? A quel expert doit-on se fier? Quels paramètres retient-on pour en faire l'évaluation comparative? le temps de convalescence? l'accessibilité? le coût total?

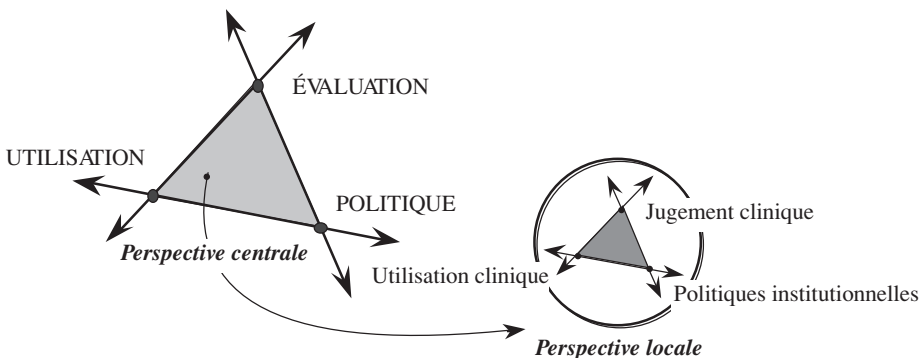
Bref, la relation apparemment réciproque entre l'évaluation et l'utilisation cache plusieurs discontinuités. Les acteurs animant ces deux territoires définissent les technologies à partir de perspectives différentes. D'un côté, un modèle théorique de ce que devrait être une technologie efficace dans un environnement clinique contrôlé et, de l'autre côté, une pratique impulsée par des dynamiques organisationnelles complexes. La traduction qu'opèrent ces territoires sur ce qu'est l'utilisation appropriée d'une technologie médicale, et sur laquelle tablent les protagonistes de l'évaluation, mérite une attention plus soutenue.

2. PASSAGES DIFFICILES ENTRE LES PERSPECTIVES LOCALE ET CENTRALE

Pour mieux saisir le rôle potentiel de l'évaluation dans l'utilisation des technologies, il semble utile de dégager un troisième territoire de redéfinition—les politiques—chevauchant partiellement ceux de l'évaluation et de l'utilisation. Ici, le terme politique est choisi pour définir ce qui enchâsse, de manière souple, les pratiques administratives et professionnelles reliées à la dispensation des services de santé. D'abord, dans une perspective centrale, afin de pleinement profiter de l'apport des connaissances produites par l'évaluation, leur introduction dans la formulation des politiques de santé apparaît nécessaire (Banta & Andreasen, 1990). Dans le même ordre d'idées, ces politiques devraient *orienter l'utilisation* des technologies. Or, si ces interactions, sur un plan théorique, semblent cohérentes entre elles, elles deviennent très complexes lorsqu'on désire les mesurer de quelque façon.

Plus particulièrement, des glissements dans les méthodologies employées font qu'à partir de données agrégées seront caractérisés des styles de pratiques dont on ne comprend que très peu les fondements (Wennberg, 1986). Ou encore la généralisation des résultats d'un essai clinique à l'ensemble du système de santé sera effectuée de manière peu critique, c'est-à-dire sans tenir compte des particularités épidémiologiques, organisationnelles, et politiques des différents établissements de santé (Guyatt & Drummond, 1986).

Figure 2
Passages difficiles entre les perspectives centrale et locale



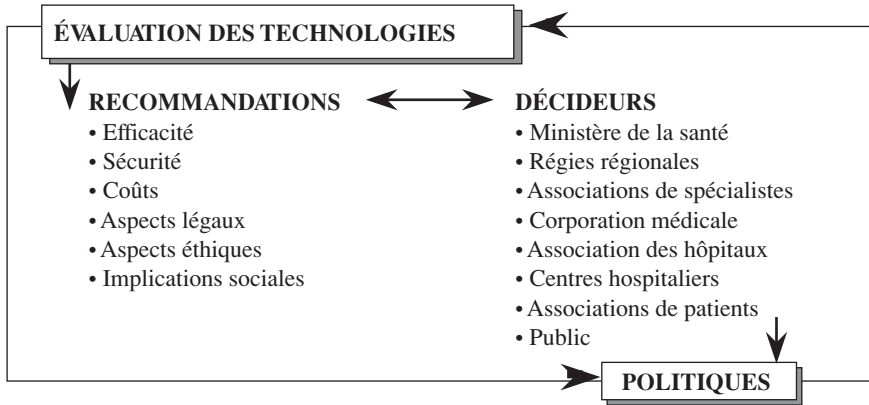
Par exemple, dans une perspective locale, on s'aperçoit qu'une évaluation informelle prend place. En effet, le professionnel de la santé a recours à une forme de jugement clinique qui est à la fois guidé par sa formation disciplinaire et par des normes de pratiques (Greer, 1988). Des politiques institutionnelles propres à l'établissement viennent aussi contraindre ou favoriser certains comportements. Enfin, l'utilisation clinique d'une technologie se produit lors d'une interaction spécifique à la relation médecin-patient tout en étant conditionnée par le réseau des pairs (Chassin et al., 1989; Conelly, 1989; Gabe & Calnan, 1989; Hassenteufel, 1992). Une fois cette mise en garde générale énoncée, un questionnement plus précis des liens entre l'évaluation et les politiques de santé peut s'amorcer.

3. DE L'ÉVALUATION AUX POLITIQUES DE SANTÉ

L'évaluation des technologies formule, en bout de course, des recommandations portant sur des dimensions sélectives des technologies. L'évaluation met un accent plus ou moins précis sur l'efficacité, la sécurité, les coûts, et les aspects éthiques, légaux et sociaux relatifs aux technologies. Ces recommandations s'adressent à un ensemble de décideurs (Ministère de la santé, Corporation médicale, centres hospitaliers, patients) mais parmi lesquels le Ministère de la santé, dans le cas du Québec, demeure le principal interlocuteur (Battista & Jacob, 1993; CCOHTA, 1992a). Ces différents décideurs exercent un pouvoir plus ou moins grand et plus ou moins direct sur la formulation de politiques.

Par exemple, l'efficacité et la sécurité de la réutilisation des hémodialyseurs (CETS, 1991), soit le noyau d'informations biomédicales auquel a été fait référence plutôt, concernent particulièrement les administrateurs et les spécialistes des centres d'hémodialyse. Par ailleurs, l'argument des coûts, dans le contexte des budgets globaux des hôpitaux, peut représenter un incitatif important pour que s'installe une pratique de réutilisation. De plus, puisqu'il s'agit de patients nécessitant des soins réguliers, on peut s'attendre à ce qu'ils exigent d'être mieux informés sur la rigueur avec laquelle les procédures de nettoyage et d'entretien seront exécutées. Aussi, une pression supplémentaire auprès du personnel infirmier est prévisible. En somme, il est probable que l'évaluation positive de la réutilisation des hémodialyseurs, dans une perspective centrale, donne lieu à des négociations idiosyncratiques sur le plan local des services d'hémodialyse.

Figure 3
Des évaluations aux politiques de santé



Un cas de figure différent serait celui où le débat sur la pertinence de la transplantation rénale prendrait une envergure politique. Ici, le noyau d'informations biomédicales serait vraisemblablement insuffisant pour éclairer des politiques gouvernementales. Les aspects éthiques, légaux, et sociaux du don d'organes (contre-partie essentielle à la pratique de la transplantation) dépassent largement le cadre de l'efficacité ou de la rentabilité économique. Les recommandations de l'évaluation devraient préciser les conditions dans lesquelles une telle pratique correspond aux valeurs sociales et respecte les droits et libertés individuelles. Bien entendu, ce champ est miné. Nous ne vivons pas dans un système de valeurs monolithique, et nous avons des compréhensions hétérogènes de ce que sont les frontières entre droits et responsabilités et entre individualité et société. Aussi, force est de reconnaître que la traduction d'une évaluation en politiques de santé est matière à de multiples interprétations.

En résumé, l'évaluation des technologies produit des recommandations sur des aspects sélectifs des technologies et s'adresse à des décideurs jouissant d'un pouvoir variable sur l'élaboration des politiques. Ces politiques révèlent à leur tour des liens diversifiés avec l'utilisation des technologies.

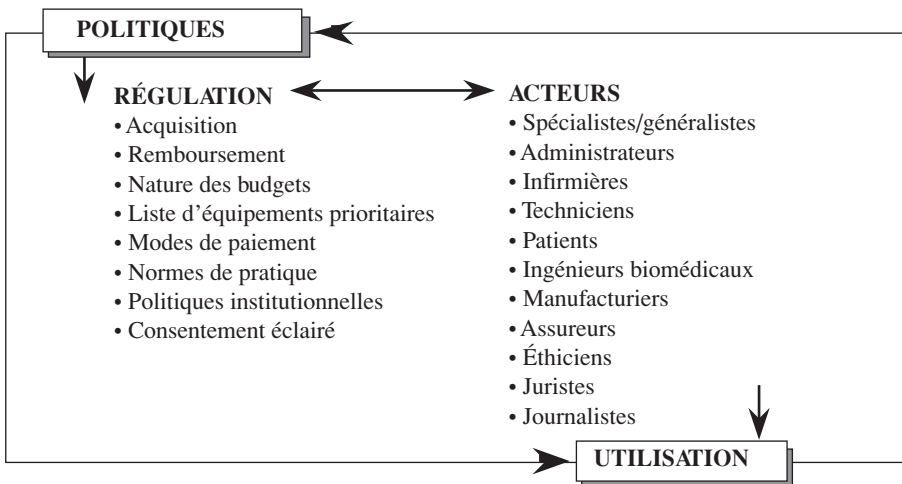
4. DES POLITIQUES DE SANTÉ À L'UTILISATION

Les politiques de santé sont généralement formulées en fonction de mécanismes de régulation. Ces derniers exercent une influence plus

ou moins contraignante sur le comportement de différents acteurs (Battista & Jacob, 1994; OTA, 1985). Les politiques vont donc susciter des mobilisations d'acteurs qui seront prévisibles ou non et qui, du même coup, seront souhaitables ou non. Enfin, ces acteurs ont un rôle plus ou moins distant et plus ou moins constant dans l'utilisation des technologies.

Par exemple, la lithotritie est une technologie dite «peu invasive» parce qu'elle permet de broyer par ondes de choc extracorporelles les calculs biliaires et rénaux (CÉTS, 1990). Nous avons présentement trois lithotriteurs au Québec, entre autres, parce que le gouvernement se réserve le pouvoir d'approuver l'acquisition d'une technologie aussi coûteuse. Cependant, le contrôle ainsi exercé demeure partiel. Des établissements parviennent à financer les équipements coûteux en organisant des levées de fonds auprès de la population. Ou encore *l'élargissement* des indications thérapeutiques vient modifier les paramètres de départ (incidence attendue/population desservie) sur lesquels se base la distribution géographique des appareils. Dans cette perspective, les spécialistes désirant maîtriser les technologies de pointe propres à leur discipline, les administrateurs voulant maintenir le prestige de leur établissement (Greer, 1986), les ingénieurs et manufacturiers biomédicaux intéressés à voir le marché pour leur technologie prendre de l'expansion

Figure 4
Des politiques de santé à l'utilisation



(Blume, 1992), aussi bien que les journalistes alimentant leurs reportages sont autant de groupes d'acteurs qui favoriseront, en bout de course, l'utilisation croissante des lithotriteurs. Aussi, devant cette intrication d'intérêts pluriels, on se demande comment l'évaluation peut favoriser une «gestion rationnelle du social.»

Un tout autre exemple, en se situant hors du cadre proposé jusqu'ici, pourrait mettre en relief une modalité émergente des services de santé pour laquelle nous savons encore peu de choses. En effet, l'introduction des technologies dans la sphère des soins à domicile demeure un phénomène peu exploré (OTA, 1985). Pourtant, il s'agit d'une pratique, sinon d'un marché, qui risque de s'étendre (il n'y a qu'à songer aux divers appareils de monitoring foetal, cardiaque, pression artérielle, etc.). Cependant, même si la dialyse à domicile n'est pas une pratique récente, nous n'avons pas une pléthore de modèles d'évaluation sensibles à ce contexte particulier et susceptibles de documenter plus en profondeur les enjeux de l'utilisation des technologies à domicile. Entre autres, le fardeau que ces soins imposent aux conjoints est mal connu tout comme l'est la possibilité que des personnes vivant seules ne puissent avoir accès à des services désormais dispensés sur une base ambulatoire.

Bref, les politiques de santé sont élaborées en s'appuyant, lorsque c'est possible, sur divers mécanismes de régulation qui vont influencer de manière prévisible ou non les comportements de nombreux groupes d'acteurs contribuant à l'utilisation globale des technologies.

5. DOCUMENTER LES PARCOURS D'INFLUENCE

Pour reprendre une vue d'ensemble sur les éléments de discussion apportés jusqu'ici, le rôle de l'évaluation peut se conceptualiser en termes de parcours d'influence (Jacob, 1994). Ces parcours se devinent a posteriori parce qu'ils ont laissé quelques traces ou ils s'anticipent afin d'en apprécier les éventuels enjeux. La nature de ces traces peut varier. Les exemples, parfois désastreux et parfois scandaleux, où l'évaluation de la technologie n'a pas été faite avant son utilisation ou bien lorsque des intérêts mercantiles ont été privilégiés ne manquent pas dans la littérature (Blume, 1992; Daly & Willis, 1985; Dutton, 1988; Nelkin & Tancredi, 1989). Il est donc prudent de reconnaître que des technologies coûteuses dont la contribution réelle à l'état de santé n'est pas connue sont couramment utilisées, tandis que des technologies susceptibles de répondre à des besoins pressants ne sont pas mises en marché (Bijker, 1989; Blume, 1986; Yoxen, 1989).

A ce titre, cet article adopte une certaine position par rapport non seulement à l'évaluation des technologies médicales mais aussi, et peut-être surtout, par rapport aux technologies en elles-mêmes. La contribution des technologies médicales au bien-être des sociétés ne va pas de soi (Contandriopoulos, 1994; Evans, 1984; McKeown, 1981; Nelkin & Tancredi, 1989; Reiser, 1978). C'est pourquoi il faut déployer la pertinence de leur évaluation vers des dimensions exogènes à leur coût et à leur efficacité. Une évaluation de type coût/efficacité s'enferme dans une certaine compréhension de l'utilisation des technologies qui l'empêche, paradoxalement, de remplir son objectif ultime—soit de favoriser une utilisation appropriée des technologies. Il faudrait d'abord tenter de mieux comprendre pourquoi la diffusion et l'utilisation des technologies ne se conforment pas d'emblée aux profils rationnels dans lesquels les évaluateurs voudraient les encastrier. C'est en ce sens, à mon avis, qu'il est pertinent d'étayer la capacité des évaluations à éclairer les politiques de santé. Et pour initier cette (re)construction, il est proposé d'étudier les effets qu'ont pu produire jusqu'à maintenant les diverses formes d'évaluation des technologies de la santé (Lehoux, 1994).

Pour retracer l'influence de l'évaluation, différentes méthodes de suivi sont concevables. Il faut reconnaître du même coup qu'il est impossible d'en trouver une seule qui soit suffisante. De surcroît, les intentions derrière le suivi s'inscrivent dans un large registre de finalités. Cherche-t-on à mettre en place un système de suivi de l'ensemble des activités évaluatives? Vise-t-on à mesurer l'envergure approximative d'un changement dans l'utilisation d'une technologie spécifique? Désire-t-on davantage apprécier la diffusion et la réception qu'ont connues les recommandations évaluatives auprès des professionnels concernés? Croit-on souhaitable d'établir un partenariat avec les multiples acteurs de l'utilisation? Enfin, est-on disposé à modifier ses pratiques suite à l'apprentissage généré par cette évaluation de l'évaluation? Évidemment ces intentions ne sont pas mutuellement exclusives.

Par exemple, la réutilisation des hémodialyseurs peut se documenter globalement et de manière récurrente à travers des enquêtes auprès des responsables des centres de dialyse. Un questionnaire destiné au chef des départements chercherait à spécifier certains éléments du protocole de réutilisation (type de filtres, nombre de réutilisations, personnel affecté à ces tâches) et du volume des services. Les recommandations évaluatives et leur éventuelle mise à jour pourraient d'autre part être jointes à ce questionnaire, ce qui serait une forme ciblée et incitative de diffusion des évaluations. Ce

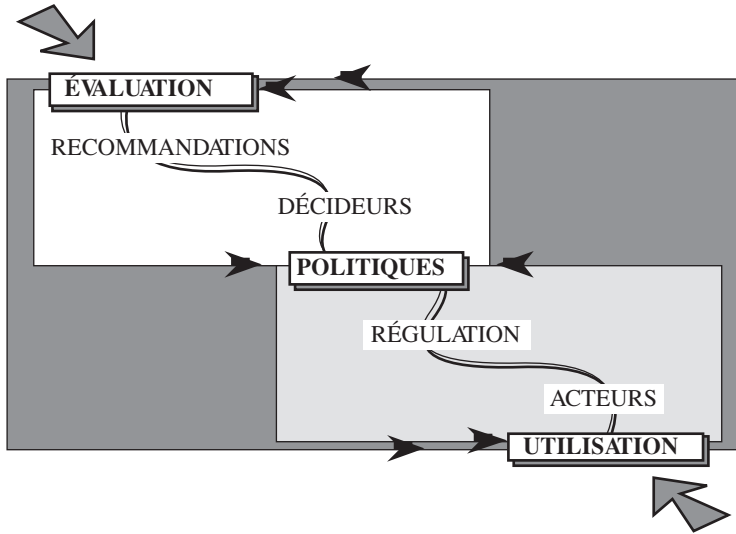
type d'enquête permettrait d'assurer un suivi général à travers les centres et d'identifier, dans le temps et dans l'espace, lesquels adoptent, rejettent et même réadoptent cette pratique. Elle offre également l'opportunité d'établir un portrait sommaire des économies engendrées.

Dans une perspective différente, l'étude plus approfondie de quelques centres, par des entrevues individuelles avec les administrateurs, les spécialistes et les patients concernés, permettraient de mieux comprendre comment se négocient, se formulent, et s'implantent des politiques institutionnelles. Ceci mettrait en relief les conditions organisationnelles mais aussi les informations évaluatives susceptibles de favoriser de tels processus de négociation. Enfin, il serait aussi judicieux de documenter les réactions «du marché». Les manufacturiers ont-ils baissés le prix des filtres des hémodialyseurs? Les garanties de sécurité ont-elles été modifiées? Quelles sont les entreprises privées qui offrent des services d'entretien et de nettoyage? Autrement dit, l'évaluation, bien qu'elle puisse démontrer une influence limitée sur les pratiques professionnelles, peut susciter des contre-effets ou des effets périphériques auprès des autres acteurs concernés. Il n'est certainement pas futile de pister ces effets inattendus puisqu'ils animent les territoires de redéfinition des technologies de la santé.

Pour conclure, une dernière réflexion est soumise aux lecteurs. Puisque je dois reconnaître avoir un cadre implicite structurant ma perception du rôle de l'évaluation dans les systèmes de santé, le dernier schéma peut être critiqué. Mon filtre personnel y pose l'évaluation comme un haut lieu dont les productions savantes devraient nécessairement illuminer les pratiques d'utilisation. Or, ce schéma peut-il être renversé? Ce renversement ferait de l'utilisation le haut lieu dont les productions savantes influencent les pratiques d'évaluation. Si ce renversement est possible, voire plus crédible, les parcours d'influence prennent une signification passablement différente et la relation de réciprocité imparfaite, par laquelle cet article a été initié, mérite sûrement d'être explorée davantage. De manière moins subtile: l'évaluation se fait-elle dicter son chemin par une compréhension cristallisée de l'utilisation des technologies?

Il est possible de retracer les influences de l'évaluation en suivant de multiples chemins. Certains offriront plus à voir que d'autres. Certains seront plus courts que d'autres. Enfin, certains ne sont pas facilement carrossables. Reste à chacun de préciser les panoramas qui l'intéressent et jusqu'où il désire se laisser transformer par ce périphe.

Figure 5
Documenter les parcours d'influence



NOTES

1. En positionnant d'emblée l'évaluation des technologies de la santé en «tant qu'activité de recherche distincte», j'y intègre les cadres théoriques, les connaissances et les études empiriques élaborées à partir de différents points de vue et de diverses disciplines. Ce champ hétérogène a pour objet les technologies médicales. Il ne s'agit donc pas de la définition stricte de type «technology assessment» (TA) visant très souvent—et dans un contexte idéalisé—à poser un jugement *ex ante*, c'est-à-dire avant l'introduction des innovations médicales. Force est de constater que les innovations se diffusent bien avant que les connaissances nécessaires à leur évaluation ne soient disponibles. C'est pourquoi cet article adopte un ton critique vis-à-vis le modèle actuel de l'évaluation de type TA tout en cherchant à dégager quelles autres formes de connaissances pourraient s'y greffer. Je remercie le réviseur de la Revue pour avoir suggéré d'explicitier ces distinctions entre l'évaluation de type TA *ex ante* qui viserait essentiellement à réduire les dépenses gouvernementales en freinant la diffusion des technologies et l'évaluation de programme *ex post* qui consisterait, selon le réviseur, en une véritable activité de recherche orientée vers les impacts des interventions implantées.

RÉFÉRENCES

- Banta, H.D., & Andreasen, P.B. (1990). The political dimension in health care technology assessment programs. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 6, 115–123.
- Barley, S.R. (1988). The social construction of a machine: Ritual, superstition, magical thinking and other pragmatic responses to running a CT scanner. In M. Lock & D.R. Gordon (Eds.), *Biomedicine examined* (pp. 497–539). Kluwer Academic Publishers.
- Battista, R., & Jacob, R. (1994). Évaluation et régulation du système de santé au Québec. Dans Y. Matillon & P. Durieux (Éds.), *L'évaluation médicale – Du concept à la pratique* (pp. 147–153). Paris: Flammarion, Médecine-Sciences.
- Bijker, W.E. (1990). The social construction of Bakelite: Toward a theory of invention. In W.E. Bijker, T.P. Hughes, & T.J. Pinch (Eds.), *The social construction of technological systems* (pp. 159–190). Cambridge, MA: MIT Press.
- Blume, S.S. (1992). *Insight and industry: On the dynamics of technological change in medicine*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bourret, P., & Huard, P. (1990). Création, appropriation, recomposition: Processus innovants dans la production du diagnostic prénatal. *Sciences sociales et santé*, 6(4), 57–89.
- Budrys, G. (1986). Medical technology policy: Some underlying assumptions. In J.A. Roth & S.B. Ruzek (Eds.), *Research in the Sociology of Health Care*, 4, 147–183.
- CCOHTA. (1992a, June). Technology assessment: National and international perspectives on research and practice [Summary]. *Proceedings of the Satellite Symposium of the 8th Annual Meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care*. Vancouver.
- CCOHTA. (1992b). An international inventory of health care technology assessment reports and projects. (1st ed.).
- Chassin, M.R., et al. (1989). Variations in the use of medical and surgical services by the medicare population. *New England Journal of Medicine*, 314(5), 285–290.

- Conelly, J.E., et al. (1989). Health perceptions of primary care and the influence on health care utilization. *Medical Care*, 273 (Suppl.), 99–109.
- Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CÉTS, Québec). (1990). *Lithotritie extracorporelle rénale et biliaire*. Montréal.
- Conseil d'évaluation des technologies de la santé (CÉTS, Québec). (1991). *La réutilisation des hémodialyseurs: Efficacité, sécurité, coûts*. Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P. (1994). Réformer le système de santé: Une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. *Ruptures – Revue transdisciplinaire en santé*, 1(1), 8–26.
- Daly, J., & Willis, E. (1985). *The social relations of medical technology: Implications for technology assessment and health policy*. Paper presented to the Australian Institute of Health Seminar on Medical Technology, Canberra.
- De Pouvoirville, G. (1987). *Progrès technique et dépenses de santé: Le rôle de l'intervention publique*. Rapport présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. Québec: Publications officielles du Québec.
- Deber, R., Thompson, G.G., & Leatt, P. (1988). Technology acquisition in Canada. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 4, 185–206.
- Deber, R.B. (1992). Translating technology assessment into policy: Conceptual issues and tough choices. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 8(1), 131–137.
- Dutton, D.B. (1988). *Worse than the disease: Pitfalls of medical progress*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Evans, R.G. (1984). *Strained mercy: The economics of Canadian health care*. Toronto: Butterworths.
- Gabe, J., & Calnan, M. (1989). The limits of medicine: Women's perception of medical technology. *Social Science and Medicine*, 28(3), 223–231.

- Greer, A.L. (1986). Medical conservatism and technological acquisitiveness: The paradox of hospital technology adoption. In J.A. Roth & S.B. Ruzek (Eds.), *Research in the Sociology of Health Care*, 4 (pp. 185–235).
- Greer, A.L. (1988). The state of the art versus the state of the science. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 4, 5–26.
- Guyatt, G., & Drummond, M. (1986). Clinical and economic evaluation of diagnostic technologies: The cases of impedance plethysmography and nuclear magnetic resonance. In D. Feeney, G. Guyatt, & P. Tugwell (Eds.), *Health care technology: Effectiveness, efficiency and public policy* (pp. 167–198). Montreal: Institute for Research on Public Policy.
- House, E.R. (1983). Assumptions underlying evaluation models. In G.F. Madaus, M.S. Scriven, & D.L. Stufflebeam (Eds.), *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation* (pp. 45–64). Boston: Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Institute of Medicine (IOM). (1985). *Assessing medical technologies*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Jacob, R. (1994). *Évaluation de l'influence et de l'impact des rapports du Conseil d'évaluation des technologies de la santé*. Texte non publié. Québec: Direction de l'évaluation, MSSS.
- Kazanjian, A., & Friesen, K. (1993). Defusing technology: Technology diffusion in British Columbia. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 9(1), 46–61.
- Laupacis, A., Feeny, D., Detsky, A.S., & Tugwell, P.X. (1993). Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations revisited. *Canadian Medical Association Journal*, 148(6), 927–929.
- Lebrun, T., Saily, J.-C., & Decroly, F. (1989). A propos du développement des évaluations économiques dans le domaine du médicament. *Journal d'économie médicale*, 6, 184–227.
- Lehoux, P. (1994). Étude de l'évaluation des technologies de la santé par des organismes gouvernementaux. Une perspective internationale sur l'imagerie par résonance magnétique, la lithotritie et le traite-

ment des maladies de la prostate. Protocole de thèse non publié. Montréal.

- Lehoux, P. (1995). *Suivi de l'utilisation et de l'impact des avis produits par le Conseil*. Document préparé pour le Conseil d'évaluation des technologies de la santé du Québec. Montréal.
- Maheu, L., & Toulouse, J.-M. (1993). Présentation: Gestion du social et social en gestation. *Sociologie et sociétés*, 25(1), 7-24.
- McKeown, T. (1981). Les déterminants de l'état de santé des populations depuis trois siècles: Le comportement, l'environnement et la médecine. Dans L. Bozzini et al. (Éds.), *Médecine et société—Les années 80* (pp. 143–176). Montréal: Éditions St-Martin.
- Moatti, J.-P. (1992). Évaluation et décision en santé: La régulation introuvable? Dans J.-P. Moatti & C. Mawas (Éds.), *Évaluation des innovations technologiques et décision en santé publique* (pp. 292–305). Paris: INSERM.
- Nelkin, D., & Tancredi, L. (1989). *Dangerous diagnostics: The social power of biological information*. New York: Basic Books.
- Office of Technology Assessment (Congress of the United States). (1985). *Medicare's prospective payment system: Strategies for evaluating cost, quality, and medical technology*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Reiser, S.J. (1978). *Medicine and the reign of technology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Roy, D.J., Dicjens, B.M., & McGregor, M. (1992). The choice of contrast media: Medical, ethical and legal considerations. *Canadian Medical Association Journal*, 147(9), 1321–24.
- Stoddart, G., & Feeny, D. (1986). Policy options for health care technology. In D. Feeny, G. Guyatt, & P. Tugwell (Eds.), *Health care technology: Effectiveness, efficiency and public policy* (pp. 225–258). Montreal: Institute for Research on Public Policy.
- Tancredi, L.R. (1982). Social and ethical implications in technology assessment. In B.J. McNeil & E.G. Cravalho (Eds.), *Critical issues in medical technology* (pp. 93–112). Boston: Auburn House Publishing.

- Terris, M. (1993). *Current trends in public health in the Americas. The crisis of public health: Reflections for the debate*. Washington: PAHO/WHO, 540, 166–183.
- Weill, C. (1990). Attitudes professionnelles et diffusion de la connaissance scientifique: Les conférences de consensus sont-elles susceptibles de modifier les comportements des praticiens? *Sciences sociales et santé*, 8(4), 91–114.
- Wennberg, J. (1986). Which rate is right? *New England Journal of Medicine*, 314(5), 310–311.
- Wennberg, J. (1989, November). On the status of the scientific basis of clinical medicine and the need for better science policy to promote the evaluative clinical assurance and effectiveness in health care. *Int. Conference on Quality Assurance and Effectiveness in Health Care*. Toronto, Canada.
- White, D. (1993). Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec. *Sociologie et sociétés*, 25(1), 77–96.
- WHO-LINFO (1987). *A directory of institutions dedicated to health technology assessment*. Linköping: Linköping University.
- Yoxen, E. (1988). Seeing with sound: A study of the development of medical images. In W.E. Bijker, T.P. Hughes, & T.J. Pinch (Eds.), *The social construction of technological systems* (pp. 281–303). Cambridge, MA: MIT Press.