



Distribution et mise en oeuvre efficaces des guides du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif



Distribution et mise en œuvre efficaces des guides du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs : recherche bibliographique et élaboration d'un modèle

Rapport final soumis à

Division des systèmes de santé
Direction des stratégies et des systèmes pour la santé
Direction générale de la promotion et des programmes de la santé
Santé Canada
Immeuble Jeanne Mance, Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Préparé par

**Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs
801 Commissioners Road East
London, Ontario
N6C 5J1**

Le 31 mars 1999

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	ii
SOMMAIRE	iv
1. HISTORIQUE	1
1a. Contexte du rapport	1
<i>Guides de pratique clinique (GPC)</i>	1
<i>Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé</i>	3
1b. Énoncé du problème et objectifs du rapport	4
2. MÉTHODES	5
3. MÉTHODE CENTRÉE SUR L'UTILISATEUR	6
3a. Besoins des médecins en information et usage qu'ils en font	6
<i>Besoins des médecins en information</i>	6
<i>Recherche sur les besoins des médecins en information sur l'usage qu'ils en font</i>	7
<i>Obstacles à la recherche et à l'utilisation d'information</i>	8
<i>Surmonter les obstacles</i>	8
Les logiciels informatiques	8
Les systèmes de renseignements cliniques et les professionnels de l'information	9
La médecine fondée sur les données probantes	9
<i>Transfert des données de la recherche à la pratique</i>	9
3b. Stratégies visant à modifier le comportement des médecins	10
4. ÉVALUATION DES STRATÉGIES DE DISTRIBUTION ET DE MISE EN OEUVRE	12
a. Théorie de la diffusion des innovations	12
b. Distribution et mise en œuvre	13
c. Stratégies de distribution jugées efficaces	15
<i>Méthodes fondées sur la participation</i>	15
Les leaders d'opinion (formateurs influents)	15
Les visiteurs médicaux	17
Les discussions en petits groupes	18
Autres stratégies	18
<i>Méthodes visant les organismes</i>	18
<i>Vérification et rétroaction, systèmes de rappel et autres interventions éducatives</i>	19
d. Conclusions.....	21

TABLE DES MATIÈRES (suite)

5. MISE EN ŒUVRE DES GUIDES : PROBLÈMES, PROCESSUS ET MODÈLES	22
a. Entraves et facilitateurs de la mise en œuvre	22
<i>Particularités des concepteurs de guides</i>	22
<i>Particularités des guides</i>	23
<i>Particularités des destinataires</i>	24
b. Entraves à l'efficacité de la prévention	24
c. Problèmes liés à la mise en œuvre	27
<i>Stratégies pour la mise en œuvre des directives dans la pratique des soins de premier</i> <i>recours</i>	27
d. Modèles courants d'adaptation et de mise en œuvre des GPC	28
<i>Preuve de l'efficacité du modèle de réseaux</i>	31
6. ÉLÉMENTS D'UN MODÈLE QUE LE GROUPE D'ÉTUDE POURRAIT CONCEVOIR	33
a. Questions fondamentales	33
b. Éléments du modèle	33
<i>L'expéditeur</i>	33
<i>Le message et les voies de communication</i>	33
<i>Le destinataire</i>	35
Éléments de l'infrastructure que le Groupe d'étude utilisera éventuellement pour la distribution et la mise en œuvre (schéma)	36
7. ÉTAPES SUIVANTES, AVEC MÉCANISMES DE DISTRIBUTION POSSIBLES	37
a. Tâches de recherche et de développement	37
b. Plan de distribution	37
8. BIBLIOGRAPHIE.....	38

TABLEAUX, FIGURES ET ANNEXE

Tableau 1 : Sources d'information mentionnées par les médecins	42
Figure 1 : Adaptation des données probantes de la recherche à la pratique	43
Figure 2 : Cascade des guides.....	44
Figure 3 : Modèle de la méthode de réseaux	45
Figure 4 : Modèle de mise en œuvre coordonnée	46
Tableau 2a et b : Instrument de repérage des formateurs influents	47
Annexe 1 : Annotation des principaux articles	49

SOMMAIRE

Historique : Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs est une commission scientifique indépendante subventionnée par l'État et chargée d'élaborer des guides de pratique clinique (GPC) fondés sur l'expérience clinique et destinés aux soins de santé préventifs. Une critique récente à l'encontre de ces guides est que plusieurs d'entre eux ne sont pas utilisés en médecine clinique et qu'ils n'atteignent donc pas leur but, qui est d'améliorer la qualité des soins de santé prodigués aux patients. Les raisons de cet échec apparent sont nombreuses et diverses, et des stratégies ont été élaborées et mises à l'essai pour combler l'écart entre la production de ces guides et leur mise en pratique. Dans le présent rapport, nous examinons l'efficacité des stratégies pour faciliter la distribution, l'adoption et la mise en oeuvre de ces guides ainsi que les méthodes théoriques qui ont été utilisées pour régler le problème de mise en oeuvre.

Objectif de ce rapport : Le Groupe d'étude considère comme un but important la promotion de ses guides auprès des médecins de premier recours locaux pour encourager et faciliter l'adoption et la mise en oeuvre des interventions cliniques recommandées pour le bénéfice ultime des patients. En voici un survol :

- Il est nécessaire d'entreprendre une distribution plus intense et mieux dirigée de l'information pour transmettre les guides nationaux sur la prévention clinique aux médecins de famille de tout le pays.
- Des modèles conceptuels aident actuellement à la conception d'un plan et d'une infrastructure de distribution de l'information.
- Des données probantes appuient l'élaboration d'une initiative détaillée de distribution de l'information plus centrée et mieux ciblée (par ex., la documentation sur les leaders d'opinion, etc.).
- La documentation démontre également l'importance critique de « l'acceptation locale » par les dispensateurs de soins de la santé (plus particulièrement les médecins de famille, dans ce cas-ci).
- Contrairement à l'*Ontario Cancer Care Initiative* (le cycle de mise en oeuvre des guides mis au point par Browman et coll. en 1995 et analysé à la section 5) ou aux guides suivis dans plusieurs institutions (hôpitaux, centres d'hébergement), il n'existe pas actuellement d'infrastructure pour relier un organisme international (Groupe d'étude) aux médecins de famille locaux qui fournissent des soins dans le cadre des systèmes provinciaux.
- Les stratégies actuelles de distribution de l'information par les revues et par le site Internet du Groupe d'étude sont nécessaires mais insuffisantes pour que le plan de distribution et de liaison soit efficace.
- Il est nécessaire de définir un processus réalisable de distribution et de liaison qui crée une « infrastructure virtuelle » pour relier le Groupe d'étude aux médecins de famille actifs de chaque province par l'intermédiaire d'un groupe déterminé de leaders d'opinion parmi les médecins de famille.
- Ces leaders d'opinion auraient une relation définie et établie avec le Groupe d'étude (contribution au fur et à mesure que les guides évoluent et promotion des recommandations et des guides auprès des médecins de famille locaux).

Bien que ciblant la prévention, l'élaboration d'un tel modèle bénéficierait à la distribution des autres guides nationaux.

Méthodes : Nous avons effectué une recherche bibliographique approfondie et analysés et compilés des études pertinentes. Nous nous sommes concentrés sur les études fondées sur une bonne conception méthodologique et visant à évaluer l'efficacité de diverses façons de surmonter

les obstacles à la distribution, à l'adoption et à la mise en oeuvre des guides de pratique clinique. Nous avons aussi examiné des méthodes théoriques de résoudre le problème ainsi que des modèles visant à étudier ces problèmes dans des contextes pertinents. Nous avons élaboré, pour le Groupe d'étude, un modèle éventuel de distribution et de mise en oeuvre.

Principales constatations et conclusions : Les méthodes fondées sur la participation, ou sur une influence sociale, de distribuer de l'information nouvelle aux médecins, se sont révélées les plus efficaces. Mais en fin de compte, le changement de comportement dépendra non seulement des caractéristiques et des motivations personnelles des médecins, mais également des particularités du contexte clinique. Le milieu des soins de premier recours est quelque peu unique, et les règles fixées dans un hôpital ou dans tout autre contexte organisationnel d'envergure peuvent ne pas s'appliquer aussi bien que celles requises spécialement pour ce milieu. L'interaction des facteurs personnels et du niveau de système, alliées aux caractéristiques uniques de la stratégie choisie, rend le processus décisionnel complexe. Il est possible de palier cette complexité en élaborant un modèle générique visant à faciliter la mise en oeuvre des GPC en rendant chaque phase, ou élément, assez souple et facile à adapter. Tout modèle conçu pour faciliter la diffusion, la distribution et la mise en oeuvre doit aborder les problèmes entourant les quatre éléments d'un modèle de diffusion de base : l'expéditeur, le message, la voie de communication et le destinataire. On trouvera un modèle d'infrastructure possible de transmission et de mise en oeuvre des guides du Groupe d'étude à la Section 6. Nous y tenons compte des résultats d'une analyse des données probantes et du rôle des quatre éléments cernés.

Étapes suivantes : Elles sont classées en deux catégories : 1) recherche, élaboration et affinement continu du modèle, et 2) distribution des résultats obtenus. **1) Recherche et développement :** 1. Définir les partenaires et les mécanismes de liaison à chaque niveau du modèle, c'est-à-dire les organismes nationaux, provinciaux et locaux ainsi que les leaders d'opinion individuels. 2. Poursuivre l'amélioration du modèle conjointement avec les partenaires désignés, en utilisant « les leçons apprises » dans la documentation. 3. Vérifier le modèle a) au cours d'une étape pilote ou exploratoire, b) l'affiner, et c) le vérifier sur une grande échelle. 4. Trouver les ressources nécessaires pour les étapes 2 et 3 ci-dessus. **2) Plan de distribution :** Le rapport actuel et la documentation connexe seront transmis comme suit : 1. La recherche bibliographique sera épurée et transformée en un manuscrit didactique convenable pour publication dans une revue révisée par des pairs; 2. le modèle élaboré sera présenté aux conférences et aux rencontres appropriées sur les soins de la santé, incluant les débats de la prochaine rencontre du Groupe d'étude, et probablement aux autres groupes de médecine fondée sur l'expérience clinique; 3. on pourrait montrer ce modèle au groupe d'étude *United States Preventive Services Task Force* pour voir à quel point il s'y intéresserait; 4. la documentation pertinente sera affichée au site Internet du Groupe d'étude.

1. HISTORIQUE

a. Contexte du rapport

Guides de pratique clinique (GPC)

Les guides de pratique clinique se définissent comme « des instructions élaborées systématiquement pour aider les praticiens et les patients à prendre des décisions sur les soins de santé appropriés dans des situations cliniques particulières » (Institut de Médecine, 1990). Comme on les élabore pour fournir des règles aux individus sur comment, quand et pourquoi accomplir (ou demander) certains actes médicaux, ces guides peuvent être considérés comme des outils d'intervention. On dit que ces guides constituent l'expression de ce qu'on appelle « des stratégies cliniques » (Lomas, 1993a). Jusqu'à récemment, ces stratégies cliniques étaient en grande partie implicites; c'est-à-dire qu'on les élaborait officieusement, sans grands débats (tout particulièrement des débats publics); elles ne sont pas appuyées de données probantes, et il n'existe aucun instrument pour les mettre en oeuvre ou pour les évaluer. Ceci va à l'encontre des principes d'élaboration des politiques administratives (ou publiques) lesquels, allègue Lomas, peuvent fournir quelques leçons et structures servant à renseigner les décideurs en politiques cliniques. Ce modèle de politique législative est conçu pour exprimer le « désir démocratique » de la société et, en tant que tel, il a évolué suivant une démarche explicite caractérisée par un débat publique, une documentation écrite et des outils officiels pour l'application des politiques résultantes (Lomas, 1993a, p. 12).

Dans le domaine des soins de santé, la méthode d'élaboration des guides de pratique clinique s'est récemment uniformisée, adoptant quelques-unes des ces « leçons apprises » dans l'arène législative. Comme mentionné dans la définition ci-dessus, les guides de pratique clinique sont « des instructions systématiquement élaborées ». Cependant, les « systèmes » ont grandement fluctué, en se fiant, historiquement, à l'avis d'experts et aux schémas d'usages établis (Hayward et coll., 1997; Cook et coll., 1997; Browman et coll., 1995). Par surcroît, de nombreux groupes aux points de vue et aux normes différents, plus ou moins rigoureux, produisent des directives, des déclarations de consensus et des recommandations afin d'exprimer leurs positions. La médecine fondée sur l'expérience clinique, laquelle met l'accent sur les décisions basées sur l'évaluation systématique et exhaustive des données scientifiques disponibles, a été créée en réaction à la confusion causée par les messages embrouillés du système ainsi que par la profusion d'études scientifiques disponibles (Sackett et coll., 1997).

Le protocole de base pour l'élaboration de guides de pratique clinique fondée sur l'expérience clinique exige : que l'on définisse clairement le problème clinique, que l'on s'engage dans l'examen exhaustif des comptes rendus de recherche (données probantes), que l'on résume les données trouvées (souvent sous la forme d'un « ensemble de cas »), que l'on présente ces données

comme des hypothèses cliniques pour les autres solutions possibles et que l'on produise des recommandations cliniques pour des pratiques qui peuvent inclure ou non l'aspect financier et les préférences du patient (Wall et coll., 1994). Par conséquent, l'approche fondée sur l'expérience clinique crée une méthode pour la production d'un véhicule, l'étude méthodique (Cook et coll., 1997), que l'on peut condenser en une déclaration relativement courte, mais utilisable. L'utilisateur ultime de ces guides est habituellement le médecin, mais le patient le devient de plus en plus aussi. Ce protocole varie quelque peu d'un groupe à l'autre, avec des différences de définition d'une donnée acceptable, ainsi que du rôle que jouerait un débat et l'élaboration d'un consensus dans la formulation d'une recommandation finale.

Pour résumer, les guides de pratique clinique ont, dans un sens large, plusieurs objectifs (Berger et Rosner, 1996). Ils peuvent être utilisés pour :

- Améliorer la qualité des soins de santé;
- Améliorer l'efficacité de la prestation des soins de la santé;
- Réduire les coûts;
- Réduire les risques de responsabilité;
- Fournir un enseignement médical;
- Aider à l'évaluation de l'utilisation;
- Évaluer le rendement du médecin, les aptitudes pour un emploi, etc.;
- Définir les normes juridiques des soins.

Aux fins du présent rapport, nous nous concentrerons sur le premier objectif : améliorer la qualité des soins de santé fournis par les cliniciens à l'aide des meilleures données disponibles pour la prise de décisions cliniques.

En plus des buts mentionnés, plusieurs auteurs ont cerné des obstacles à la distribution, à l'adoption et à la mise en oeuvre des guides de pratique clinique (Berger et Rosner, 1996). Ces obstacles comprennent :

- Des problèmes d'organisation et de mise en oeuvre;
- La non-pertinence clinique;
- Les conflits entre les guides;
- La complexité des guides;
- L'incurie professionnelle et les appréhensions disciplinaires;
- Les préoccupations quant à l'autonomie professionnelle;
- Les problèmes de ressources;
- Les contraintes de temps;

- Le manque de consensus parmi les groupes d'intervenants en ce qui a trait aux buts et aux objectifs.

Nous allons aussi présenter ces obstacles ainsi que les stratégies élaborées pour surmonter ces entraves et assurer la distribution, l'adoption et la mise en oeuvre à grande échelle des guides du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Il s'agit d'une commission scientifique indépendante composée de cliniciens universitaires spécialisés en méthodologie et possédant diverses formations cliniques. Ce groupe a été créé en septembre 1976 lors de la Conférence des sous-ministres de la santé des dix provinces canadiennes. Il a pour mandat de déterminer comment des examens médicaux périodiques peuvent améliorer ou protéger la santé des Canadiens et de recommander un plan à vie d'évaluations périodiques de la santé pour toutes les personnes vivant au Canada¹.

Au départ, le Groupe d'étude a consacré de nombreuses années à élaborer et à parfaire une méthodologie normalisée pour procéder à un examen rationnel des études scientifiques disponibles. Ceci incluait la mise au point d'une « hiérarchie méthodologique » servant à l'évaluation de différents styles d'étude et à une classification des recommandations pour déterminer s'il est indiqué d'inclure ou non des mesures préventives précises dans les examens médicaux périodiques des personnes asymptomatiques. Quand la recherche ne fournit pas un encadrement clair pour un cas particulier, cette absence d'information est dûment décrite, et le clinicien doit faire appel à son jugement et à son évaluation professionnelle.

Le Groupe d'étude reconnaît qu'en médecine clinique, les personnes soignant des patients individuels doivent prendre des décisions binaires – « **Faites ceci** » ou « **Ne faites pas cela** ». Toutefois, il reconnaît également que, pour un grand nombre d'interventions préventives, la recherche scientifique ne se limite pas simplement à de tels choix bidimensionnels. La caractéristique particulière différenciant la méthodologie du Groupe d'étude des méthodes traditionnelles de prise de décision sur les questions de prévention est que la recherche l'emporte sur le consensus (Groupe d'étude, 1994).

¹ Les examens médicaux périodiques consistent en un groupe d'activités, qui englobent la prévention primaire et secondaire et qui sont conçues soit pour déterminer les risques de contracter une maladie pour une personne, soit pour cerner très tôt une maladie asymptomatique. La prévention primaire vise à prévenir l'apparition d'une maladie grâce à l'immunisation, et à suggérer des changements dans les habitudes de vie et une réduction des risques. La prévention secondaire vise à dépister les individus asymptomatiques au début de leur maladie quand une telle identification laisse entrevoir une forte chance de traiter plus efficacement la maladie que chez ceux qui présentent déjà des symptômes. Le Groupe d'étude canadien pour les examens médicaux périodiques, 1994, p. ix

Un but premier du Groupe d'étude est d'établir un lien entre les découvertes de la recherche et la médecine clinique préventive. Un important objectif est d'aider les cliniciens à choisir les tests, de proposer des stratégies et autres interventions préventives à utilisation éprouvée, et d'éviter celles qui n'ont pas fait leurs preuves. Les recommandations du Groupe d'étude canadien servent à informer les cliniciens, les citoyens, les planificateurs et les responsables des politiques de soins de la santé.

Pour compléter ses activités plus traditionnelles de distribution, le Groupe d'étude canadien a construit et lancé son site Web (<http://www.ctfphc.org>). Celui-ci fait partie d'une plus grande infrastructure électronique conçue pour accélérer les procédés de gestion interne de l'information ainsi que pour faciliter la distribution électronique des produits du Groupe. Celui-ci dirige actuellement, en collaboration avec des médecins et des consommateurs, une étude visant à garantir que nous fournissons le genre d'information que les partenaires recherchent et ce, dans des formats pratiques et utilisables. Cette étude aidera à améliorer le site Web (qui comprend de l'information pour les cliniciens) et permettra la mise au point d'un « coin du consommateur » où des guides et autres sujets connexes seront présentés sous une forme que le grand public pourra comprendre.

b. Énoncé du problème et objectifs du rapport

Récemment, ceux qui subventionnent l'élaboration des guides fondés sur des données probantes et ceux les créent ont commencé à évaluer l'effet de ces guides sur le comportement des cliniciens (Hayward et coll., 1997), sur l'élaboration des politiques (Lomas, 1993a) et, à un degré moindre, sur l'évolution de l'état de santé des patients (Worrall et coll., 1997)². En fait, lors d'une réunion tenue en 1997 à Ottawa, Santé Canada a invité les représentants de l'équipe d'élaboration des guides de pratique clinique et d'organismes professionnels à venir discuter de l'état du domaine des pratiques cliniques et des façons d'améliorer l'évaluation de la mise en oeuvre et de l'effet des guides. Jusqu'à présent, l'efficacité des guides (même ceux fondés sur l'expérience clinique) à modifier le comportement des médecins et l'état de santé des patients a fluctué (Hayward et coll., 1997; et Worrall et coll., 1997).

Grimshaw et Russell (1993) ont étudié les résultats publiés sur les évaluations des guides de pratique clinique. Des 59 études évaluées, 55 ont révélé des améliorations notables des soins (procédures et résultats) après l'introduction des guides. Toutefois, l'importance et les bénéfices

² Il est toujours délicat d'évaluer l'état de santé d'un patient de façon systématique, surtout à cause des limites professionnelles quant aux types de méthodologie à utiliser. Par conséquent, on a substitué à la mesure des résultats la mesure des modifications du comportement du médecin (soit par autoévaluation, soit à l'aide de fiches d'observation plus objectives, etc.). Les études correctement conçues montrant un effet direct sur l'état de santé des patients sont peu

cliniques de ces améliorations étaient inégaux (Grimshaw et Russell, 1993). D'un autre côté, certains auteurs avancent qu'aucune différence dans les plans de soins et dans les résultats ne peut justifier tous les efforts et les ressources investis dans l'élaboration de ces guides (Davis et Taylor-Vaisey, 1997; Davis et coll., 1995). De façon générale, la documentation indique qu'une simple diffusion des guides cliniques ne produit aucun changement des comportements cliniques ni de l'état de santé des patients (Worrall et coll., 1997).

Une des raisons données pour l'échec apparent des guides à produire l'effet initialement prévu est qu'ils sont souvent élaborés sans tenir compte de l'importance des situations dans lesquelles ils sont utilisés. Au lieu de cela, affirment certaines personnes, les guides ont été élaborés pour présenter les données probantes avec autant de précision que possible. Même si cette approche produit des guides scientifiquement fondés, elle peut ne pas tenir compte du fait que dans la réalité, le besoin de données peut s'opposer à des facteurs comme les choix du patient, les pratiques cliniques existantes, les systèmes bureaucratiques, etc. En outre, le nombre de guides de pratique clinique, fondés sur l'expérience clinique ou non, s'est accru dramatiquement, amenant certains auteurs à nommer les guides généraux la « nouvelle tour de Babel » (Hibble et coll., 1998). Cette explosion d'information à l'intention des médecins crée une compétition supplémentaire et un autre obstacle à l'adoption de nouveaux guides.

Il est donc crucial que les auteurs des guides incluent, dans le cycle de production, des stratégies et des mécanismes qui permettront une distribution complète des guides à tous les partenaires choisis. Dans ce but, le Groupe d'étude a préparé le présent rapport, lequel :

- a) rend compte de la documentation pertinente aux modèles de distribution, de diffusion et de mise en oeuvre des guides ainsi qu'aux discussions sur la théorie de la diffusion, sur les besoins en information des médecins et sur les stratégies visant à modifier le comportement des médecins;
- b) aborde les modèles actuels qui ont été élaborés pour la diffusion, la distribution, l'adoption et la mise en oeuvre des guides de pratique clinique, plus particulièrement ceux de Browman et coll. (1995), de Lomas (1993c) et d'Orlandi (1991);
- c) suggère des éléments clés dont le Groupe d'étude tiendra compte pour monter un modèle qui facilitera l'adoption et la mise en oeuvre des guides de pratique clinique. Le modèle ultime sera en partie adapté à partir de ceux mentionnés à la section b), pour orienter le Groupe d'étude dans ses efforts de relier les décideurs et d'assurer une mise à jour et une mise en oeuvre de ses guides sur les soins de santé préventifs.

nombreuses et difficiles à interpréter, tout comme l'effet même des guides par rapport à l'effet d'une mise en oeuvre peu uniforme de ces guides (variation clinique) (Worrall et coll., 1997).

2. MÉTHODES

Nous avons effectué une recherche systématique dans la base de données MEDLINE (en anglais seulement) en utilisant les mots suivants (en anglais) : « guides de pratique », « guides », « communication », « distribution, information », « diffusion, innovation », « diffusion des innovations » dans des combinaisons variées et également avec des mots comme « mise en oeuvre » et « modèle* », ainsi que d'autres groupes de mot, comme : « compétence clinique », « réseaux téléinformatiques », « services d'information », « enseignement, médical, permanent », « innovation organisationnelle », « habitudes cliniques du médecin », « médecine préventive/enseignement/organisation et administration » et « qualité des soins de santé ». La recherche complète a totalisé plus de 2000 citations. Nous l'avons limitée en nous concentrant sur les médecins, et plus spécialement les médecins soignants, et la préférence a été donnée, dans la mesure du possible, aux articles présentant des modèles ou des résultats de recherche sur la distribution et la mise en oeuvre de guides de pratique clinique fondés sur l'expérience clinique, plus particulièrement ceux sur les soins de santé préventifs. Plusieurs articles signalaient les efforts que fait le Groupe d'étude pour distribuer ses guides. Nous avons accordé à ces derniers la priorité absolue. La base de données définitive, intitulée *Reference Manager for Windows* contient 328 citations. Parmi celles-ci, 63 ont été entièrement révisées et incorporées à cette étude. Les principales citations sont annotées (voir l'annexe 1 intitulée « Annotation des principaux articles »).

3. MÉTHODE CENTRÉE SUR L'UTILISATEUR

Dans ce rapport, nous suivons une méthode centrée sur l'utilisateur pour vaincre les difficultés de distribution des guides de pratique clinique préventive aux médecins de premier recours et afin de maximiser le potentiel réel d'adoption des guides. Autrement dit, les besoins des médecins en renseignements opportuns, pertinents et faciles à utiliser guideront notre présentation de la documentation ainsi que l'évolution du modèle ultime de distribution et de mise en oeuvre. Nous évaluerons les stratégies de distribution, ainsi que les facteurs qui l'entravent et qui la facilite, selon ces critères. Ainsi, ce que le système considère être un catalyseur de la distribution (par ex., la diffusion d'un guide à la grande échelle pour qu'il atteigne le mieux possible la population cible) peut en fait empêcher un médecin d'adapter l'information à son contexte clinique.

L'approche centrée sur l'utilisateur exige un examen de la documentation traitant des besoins en information qu'ont les médecins ainsi que de l'usage qu'ils en font, ce qui comprend les stratégies qui ont été étudiées pour modifier le comportement des médecins. De plus, une brève description de l'ouvrage de Rogers intitulé *Diffusion of Innovations Theory* (1995), préparera la voie à la présentation de modèles de diffusion, de distribution et de mise en oeuvre.

a. Besoins des médecins en information et usage qu'ils en font

Pour accéder à cette documentation, nous avons effectué des recherches dans la base de données MEDLINE à partir des mots clés suivants (en anglais) : « médecins, famille », « services d'information » et « communication », ainsi que des expressions « médecins de famille », « besoins en information » et « support de communication ». Nous avons étudié les résultats clés en employant l'option « articles connexes » dans le moteur de recherche PubMed de NLM. Nous avons aussi fait des recherches dans des bibliothèques et dans la documentation sur les sciences de l'information, en portant une attention plus particulière sur le contenu du *Bulletin of Medical Library Association*. Nous avons trouvé d'autres citations en effectuant une recherche manuelle et en retraçant les citations des articles publiés dans les revues LIS [c'est-à-dire Leckie et coll. 1996; Marshall, 1993; et Detlefsen, 1998.]

Besoins des médecins en information

Les médecins ont des besoins en information qui varient selon leur rôle de dispensateurs de soins de santé :

Soins cliniques = soins aux patients – classé comme étant le rôle ayant le plus besoin en information; habituellement soumis au facteur temps.

Administration = gestion des bureaux et des dossiers des patients (graphiques, facturation, etc.).

Enseignement médical permanent (EMP) = apprentissage des innovations dans des domaines comme les diagnostics, les thérapies, les traitements et autres.

Recherche = de nombreux médecins, spécialement ceux qui sont liés à une université, entreprennent des recherches pour répondre à des questions plus générales sur le milieu clinique et pratique.

Enseignement = certains médecins enseignent dans des classes universitaires ou, plus souvent, forment les résidents dans des cliniques affiliées à une école de médecine; de plus, plusieurs médecins s'engagent dans des activités communautaires pour enseigner à leurs patients ou au grand public la prévention de la maladie et la promotion de la santé.

Dans le présent rapport, nous nous concentrons sur les besoins en information clinique et sur la façon dont les guides peuvent les combler par différents moyens, dont l'enseignement médical permanent.

Recherche sur les besoins des médecins en information sur l'usage qu'ils en font

Comme l'indiquent Leckie et coll. (1996) et Marshall (1993), trois grands types d'études fondées sur diverses méthodologies (surtout des enquêtes), forment l'ensemble des comptes-rendus de recherche sur les besoins qu'ont les médecins en information et sur l'usage qu'ils en

font. Le premier et le plus fréquent type d'étude est celui des besoins des utilisateurs. On y pose des questions sur les besoins et les usages, sur les sources et canaux privilégiés et sur l'usage qu'en font les médecins pour soigner leurs patients. Plus précisément, les études des utilisateurs ont démontré qu'environ cinq questions cliniques sont posées à chaque patient. Dans environ le quart de ces questions, soit 26 p. cent, il faut une synthèse des renseignements sur le malade et des connaissances médicales; il est donc plus difficile d'y répondre. Environ 30 p. cent seulement des besoins en information sont satisfaits durant la visite du patient. Ce dernier est habituellement vu par un autre médecin ou un autre professionnel de la santé (Covell et coll., 1985).

Hayward et coll. (1997) ont mené une étude sur les médecins canadiens pour comprendre leurs préférences et leurs besoins en matière d'information ainsi que l'utilisation qu'ils en font (nota : sur plus de 3000 médecins canadiens interrogés, environ le tiers étaient des médecins de premier recours). Le tableau 1 présente les sources d'information que les médecins ont dit utiliser. Les auteurs ont également demandé aux répondants de classer les sources qui influencent le plus grand leur prise de décision clinique. Encore une fois, les discussions familiales avaient le plus grand effet. Il est intéressant de noter que la lecture et la formation régulières les influençaient également. Les sources que Hayward et coll. (1997) signalent comme influençant le moins les décisions cliniques étaient : les cartes format porte-feuille, **les guides de pratique clinique**, les brefs dépliants, **les articles scientifiques originaux**, les exposés de principes, les recherches bibliographiques informatisées et les régimes d'assurance-maladie. Ces résultats ne correspondent pas à ceux d'études similaires portant sur les sources préférées d'information des médecins.

Pour résumer, durant la prise de décision des soins à apporter aux patients, les médecins se fient premièrement et principalement à leur propre jugement et à leur formation clinique. Lorsque cela ne fonctionne pas, ils consultent des systèmes experts, le préféré étant une consultation officieuse avec un collègue. Pour un besoin nettement tranché, le médecin se fiera souvent à ses propres références, plus spécialement aux outils de consultation rapide comme le *Compendium of Pharmaceuticals and Services*. Durant une phase pédagogique ou de recherche, les médecins se tournent vers des sources plus officielles, comme la littérature médicale et les documents d'information en bibliothèque. On a mené moins d'études sur les besoins en renseignements administratifs. Dans ces cas, on peut spéculer que les médecins se fient à leur personnel de bureau ou à leur système de bureautique pour gérer les données sur les patients (graphiques), à leur plan de facturation d'honoraires, à leur livres de rendez-vous, etc.

Les études axées sur l'éducation analysent les besoins en information des médecins et l'usage qu'ils en font au moment où ils sont en phase d'apprentissage. Cette phase comprend l'enseignement médical permanent, la recherche et l'enseignement. Un récent examen des

données sur l'effet des méthodes traditionnelles d'enseignement médical permanent a démontré que ces méthodes sont beaucoup moins efficaces qu'on ne l'avait escompté (Davis et coll., 1995).

Obstacles à la recherche et à l'utilisation d'information

En plus des besoins en information et des sources préférées mentionnées ci-dessus, presque toutes ces études ont révélé certains obstacles à la recherche et à l'utilisation d'information. Ces obstacles comprennent : le manque de temps, la surdose d'information, l'insuffisance de formation dans l'utilisation de sources officielles, une capacité insuffisante et un système inadéquat de gestion de l'information ainsi qu'un manque de formation sur l'évaluation et sur la mise en oeuvre des données scientifiques. Nous allons présenter ces différents obstacles plus en détails, car ils sont liés à la distribution et à la mise en oeuvre des guides de pratique clinique.

Surmonter les obstacles

Diverses stratégies récentes et moins récentes ont été élaborées pour surmonter ces obstacles et permettre aux médecins de trouver et d'utiliser la meilleure information possible dans le cadre de leur pratique clinique. Elles comprennent :

1. Les logiciels informatiques

Les bibliothèques, et tout particulièrement la *National Library of Medicine*, ont rendu la documentation médicale de plus en plus accessible grâce aux nouvelles technologies. La plus récente percée dans ce domaine est l'accès gratuit à la toute dernière version de la base de données MEDLINE par Internet. De plus, on peut désormais accéder à de nombreuses revues médicales directement sur Internet. Une caractéristique commune aux meilleures revues est leur service d'avertissement qui envoie par courrier électronique la table des matières des nouveaux tirages à ses membres. Un des meilleurs exemples est le *British Medical Journal* qui offre ce service ainsi que plusieurs autres fort utiles.

Cependant, malgré tous ces progrès, les données scientifiques démontrent encore que la recherche par l'utilisateur ultime relève plus de certains rôles que d'autres. Ces moyens d'accéder à l'information sur les soins aux patients demeurent moins intéressants (Marshall, 1993).

La mise en oeuvre des technologies de l'information est également utilisée pour fournir par Internet des renseignements et des guides fondés sur l'expérience clinique. Certains producteurs de guides ont construit des sites sur Internet pour rendre leur travail disponible à tous (par ex., Collaboration Cochrane, l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, le Groupe d'étude canadien, etc.). Des sites de recueils ou de traités ont également commencé à apparaître en tant que centres de documentation des guides (par ex., la base de

données des Guides de l'Association médicale canadienne, le site Internet de *la UK National Health Service's Bandolier Evidence-Based Medicine* et la *US Agency for Health Care Policy and Research's National Guideline Clearinghouse*³).

2. Les systèmes de renseignements cliniques et les professionnels de l'information

Les bibliothécaires cliniques sont formés aux problèmes cliniques; on leur apprend à répondre aux besoins en information que les cliniciens ne savent même pas avoir (Marshall 1993). Ils participent souvent directement aux soins aux patients, et ils jouent le rôle de « filtre de la qualité » des documents médicaux. En fait, des études ont démontré que les bibliothécaires sont aussi bons, sinon meilleurs que les médecins à la recherche de données probantes et pertinentes (Kuller et coll. 1993). Finalement, les bibliothécaires cliniques font partie intégrante du « système global de renseignements cliniques » tel que décrit par Marshall, 1993 et Glanville et coll. 1998. Il serait bon que le Groupe d'étude tienne mieux compte du potentiel des systèmes de renseignements cliniques, qu'exploitent des professionnels spécialisés en information, lorsqu'il élabore des modèles de distribution et de mise en application axés sur l'utilisateur.

3. La médecine fondée sur les données probantes

Comme nous l'avons dit dans l'introduction, la médecine fondée sur l'expérience clinique a trait à la prise de décision clinique fondée sur les meilleures données disponibles ayant trait à l'efficacité de la procédure. Pour que les cliniciens puissent utiliser cette méthode, il faut établir un processus plus important d'extraction et d'évaluation rigoureuse des données. C'est pourquoi il faut des stratégies de recherche bibliographique sur toute la documentation et l'utilisation de techniques épidémiologiques systématiques pour analyser et évaluer l'efficacité de la procédure, du traitement ou de toute autre intervention relativement aux différents états de santé des patients (Sackett et coll., 1997). Ces résultats doivent indiquer la possibilité d'une intervention pour améliorer les résultats cliniques tout en tenant compte des torts possibles (c.-à-d. les effets secondaires, les traitements inutiles, etc.). On analyse de nombreux facteurs à cette étape. Une fois l'évaluation systématique terminée, l'information est habituellement condensée et diffusée en recommandations cliniques ou en guides de pratique clinique (voir la première partie pour une présentation plus détaillée des guides de pratique clinique).

Transfert des données de la recherche à la pratique

³ CMA Infobase: <http://www.cma.ca/cpgs/index.htm>; NHS Bandolier: <http://www.jr2.ox.ac.uk:80/Bandolier/>; AHCPR Guideline Clearinghouse: <http://www.guideline.gov>

Dans un de leurs modèles, Haynes et Haines (1998) montrent l'évolution des données scientifiques, par un procédé de synthèse et de présentation, vers le contexte clinique, où l'on met en oeuvre les politiques élaborées à partir de l'évaluation des données en tenant compte des valeurs et du contexte du patient (voir figure 1). Bon nombre d'études ont été effectuées sur chaque étape du procédé. La dernière étape, celle à laquelle le patient participe, n'a pas été aussi étudiée, mais elle attire de plus en plus l'attention (Jadad et Gagliardi, 1998).

Chaque élément du diagramme de processus est associé à l'obstacle correspondant. Ces obstacles incluent : une quantité prodigieuse de données scientifiques produites par la recherche médicale, le fait que les guides sont difficiles et dispendieux à produire et qu'ils exigent beaucoup de temps, la difficulté pour le clinicien de les appliquer à sa pratique à cause de problèmes tels l'accessibilité, les barrières organisationnelles, la mauvaise qualité de l'éducation permanente et le manque de respect pour les conseils sur la santé et des traitements curatifs médicaux de la part des patients (Haynes & Haines, 1998).

Haynes and Haines (1998) suggèrent certaines solutions à ces problèmes : 1) une utilisation accrue des services et des groupes qui fournissent une synthèse des données et qui les distribuent; 2) adapter les guides aux situations de pratique clinique et utiliser les technologies de l'information pour intégrer les traitements adéquats aux soins prodigués aux patients; 3) encourager l'utilisation des données probantes par des méthodes différentes comme les stimulants financiers; 4) améliorer les programmes d'enseignement médical permanent et, mieux encore, 5) faire de la recherche pour éduquer et encourager les patients à demander des conseils sur les soins de santé et à les suivre. Ces stratégies seront présentées plus en détails aux sections 4 et 5 de ce rapport.

b. Stratégies visant à modifier le comportement des médecins

Plusieurs auteurs ont entrepris récemment des études sur ce sujet; nous ne pourrons donc pas donner une description complète de toutes les études pertinentes. D'une façon générale, changer le comportement des médecins s'est avéré plutôt ardu (Davis et coll., 1992).

Clarke et Associés (1998) ont récemment entrepris une vaste étude de la documentation à ce sujet et en ont rédigé un rapport pour Santé Canada. Ils ont cerné plusieurs principes, appuyés par différents types de données, qui soulignent les programmes efficaces de modification du comportement des médecins, en relation avec l'adoption et la distribution des guides de pratique clinique :

- *Se concentrer sur un seul comportement* – Viser une intervention sur un seul comportement ou sur un groupe de comportements semblables.

- *Modifier le « système »* - Utiliser des stratégies multiples visant à modifier le système dans lequel le médecin pratique.
- *Utiliser des stratégies multiples* – plutôt qu'une stratégie unique.
- *Élaborer et coordonner des interventions pour influencer différents groupes* – Efforts directs de distribution visant à la fois les patients et les médecins.
- *Suivre des stratégies uniques efficaces* – Si l'on n'utilise qu'une stratégie, les systèmes de rappel, les leaders d'opinion et les méthodes fondées sur des répertoires universitaires constituent habituellement les méthodes les plus efficaces (Clarke, 1998, p.5)
- *Instituer un « réseau de communication »* - entre le concepteur et l'utilisateur ultime. En sélectionnant un intermédiaire acceptable pour les deux parties, on peut améliorer l'interaction.
- *Choisir une source crédible* – L'autorité du réalisateur du guide, actuellement le Groupe d'étude, est considérée par les médecins canadiens comme une source crédible et respectable.
- *Suivre des stratégies actives, car elles sont plus efficaces (que les stratégies passives)* – Les répertoires universitaires et le recours aux leaders d'opinion devraient faire partie intégrante de tout plan, selon Clarke (1998). L'emploi de stratégies passives, telle la publication de guides dans les revues scientifiques, exigera deux années et plus avant même de produire un effet jugé mineur sur la pratique.
- *Allouer assez de temps à la diffusion d'une innovation pour qu'elle réussisse* – Les aspects du processus de diffusion (voir ci-dessous), ainsi que les variations de pratique d'un endroit à un autre, influent sur le temps d'adoption d'un guide. Nous conseillons aux réalisateurs de se montrer patients.
- *L'acceptation des guides dépend de la contribution locale à leur élaboration* – Les utilisateurs ultimes qui participent à la conception des guides auront ensuite moins de peine à les adopter. On peut les faire participer pendant la sélection des sujets, la gestion des priorités, la révision des guides finaux et la rétroaction à leur sujet. On ne connaît pas de stratégie optimale pour faire participer les partenaires locaux.
- *Les guides doivent couvrir un sujet spécifique* - Selon Clarke, les guides axés sur la prévention clinique sauront mieux retenir l'attention que les guides axés sur le diagnostique ou le traitement. Il n'existe toutefois aucune donnée pour appuyer cette affirmation.
- *Intégrer les guides dans un cheminement clinique* – Une « feuille de route » des soins plutôt que des « recettes » pour la pratique clinique.
- *Les médecins utiliseront les guides si on les y encourage* – Même si les faits indiquent qu'en encourageant les praticiens à utiliser les guides, on en augmente l'utilisation, il n'est pas

évident de trouver quelle stratégie est la plus efficace. Divers modèles d'audition, de rétroaction, de remboursements financiers et d'éducation permanente ont été étudiés, et les effets varient. Toute étude sur l'utilisation du renforcement doit nécessairement inclure une analyse de ressources requises pour entreprendre ces stratégies.

- *La priorité devrait être mise sur la diffusion et la mise en oeuvre des guides de priorité existants et non pas sur l'élaboration de nouveaux guides* – Cependant, dans le contexte d'une médecine fondée sur l'expérience clinique, de nouvelles données forcent la mise à jour des versions existantes. Ceci, allié à la demande des médecins d'avoir les plus récentes informations disponibles, pourrait rendre cet objectif irréalisable (Clarke et coll., 1998).

Dans les prochaines sections traitant des modèles de distribution et de mise en application, nous allons étudier plus avant certaines de ces stratégies, surtout celles qui s'appuient sur de solides données probantes.

4. ÉVALUATION DES STRATÉGIES DE DISTRIBUTION ET DE MISE EN OEUVRE

a. Théorie de la diffusion des innovations

Tel que mentionné précédemment, de nombreuses stratégies de transmission d'information cliniques aux médecins, dont les guides, se fondent sur la théorie de la diffusion des innovations d'Everett Rogers (1995). Comme Rogers le résume, la diffusion est le procédé par lequel une innovation est transmise aux membres d'un système social à travers certaines voies de communication pendant une période de temps. Il s'agit d'un type spécial de communication, car les messages présentent des idées nouvelles. (Rogers, 1995, p. 5).

Cette définition résume les éléments de base du processus de diffusion : le message, le canal et le récepteur. De plus, la notion de message spécialisé, y compris celle d'une nouvelle idée, correspond à la distribution des guides, lesquels fournissent de nouvelles informations cliniques. Le temps est le quatrième élément de ce processus. C'est un facteur clé, car différents membres du groupe des destinataires entendront parler de l'innovation et l'adopteront à différents moments. Certains parce qu'ils sont éloignés (géographiquement ou socialement) de la source du message, d'autres parce qu'ils ne sont pas psychologiquement prêts à adopter une nouveauté avant qu'elle n'ait fait ses preuves pendant un certain temps.

Ceci soulève la notion des catégories d'adoptants et des caractéristiques du destinataire. Un certain talent individuel innovateur interagit avec les particularités de l'innovation pour déterminer si la personne adoptera l'innovation et quand elle le fera. Rogers définit cinq catégories principales d'adoptants dépendant du temps relatif qu'il faut à chaque groupe pour adopter une innovation donnée : 1) les innovateurs, 2) les adoptants précoces, 3) la majorité précoce, 4) la majorité tardive et 5) les traditionalistes. La plupart des innovations ont une courbe d'adoption en S, avec

relativement peu d'innovateurs les adoptant très rapidement, suivis des adoptants précoces qui, quand une masse critique est atteinte, accélèrent grandement la diffusion d'une idée auprès d'une clientèle cible grandissante. Au moment de l'adoption par la majorité précoce, la courbe devient plus accentuée pour tôt ou tard plafonner dans les dernières étapes du processus de décision relatif à l'innovation (habituellement quand environ 80 p. cent de la population l'a adoptée). Bien entendu, certaines innovations atteindront ce point plus rapidement que d'autres; ceci dépend non seulement des caractéristiques du receveur, mais des qualités de l'innovation elle-même.

En ce qui concerne les caractéristiques de l'innovation, Rogers aborde plusieurs notions fondamentales. Premièrement, l'innovation doit fournir un avantage relatif sur l'idée qu'elle remplace. Ceci peut être mesuré en termes sociaux et économiques ou selon l'utilité ou la satisfaction. En résumé, l'avantage n'est pas nécessairement inhérent à l'innovation elle-même, mais à la façon dont le destinataire la perçoit. Les innovations qui sont plus compatibles, ou qui correspondent mieux aux valeurs existantes, à l'expérience et aux besoins de l'utilisateur seront adoptées plus rapidement. Une idée incompatible avec ces valeurs et ces normes a peu de chances d'être adoptée un jour. Les idées moins complexes, plus simples à comprendre, seront également adoptées plus rapidement. La possibilité de faire des essais et d'observer sont les deux dernières caractéristiques qui facilitent l'adoption d'une idée. Les innovations qu'on peut immédiatement expérimenter ou que l'on peut aisément observer en action, seront plus facilement adoptées (Rogers, 1995). En ce qui concerne les guides, Grilli et Lomas (1994) ont découvert que ceux qui sont les moins compliqués, qu'on peut tester et observer, sont mieux adoptés.

L'autre élément principal du modèle de diffusion de base est le système, ou audience réceptrice, visé par l'innovation, incluant des notions telles l'hétérogénéité ou l'homogénéité des membres, la structure sociale et les normes et valeurs du système. Tout cela influe sur le taux d'adoption d'une innovation et, à vrai dire, sur la possibilité même que l'idée soit adoptée un jour. En comprenant les caractéristiques d'un système social, obtient également certaines indications sur la façon d'adapter les innovations et sur leur mode de diffusion, ce qui permet d'obtenir les meilleurs effets possible. Plus particulièrement, le recours aux membres influents du système social, aussi appelés les leaders d'opinion, ceux qui s'engagent à faciliter le transfert d'innovations à d'autres membres du système, est une méthode fondamentale qui augmente de beaucoup les taux d'adoption. Nous présenterons cette idée plus en détails ci-dessous.

La théorie de la diffusion a été utilisée par plusieurs comme modèle pour diffuser des guides de pratique clinique. En fait, Lomas (1993b) appuie Rogers en déclarant que l'information doit faire partie d'un processus de communication avant de pouvoir être utilisée comme un facteur de la prise de décision (p. 226). Toutefois, on a critiqué plusieurs aspects du modèle de diffusion pour ne pas être assez efficaces. Premièrement, la diffusion d'information médicale est souvent

passive, désordonnée, sans but, non planifiée et incontrôlée (Lomas, 1993b). En effet, l'information est libérée « à la ronde », et les destinataires qui la reçoivent étaient prêts à recevoir de nouveaux renseignements, puisqu'ils en cherchaient déjà activement. En exemple, Lomas (1993b) mentionne la revue médicale et le lecteur de revues. Une nouvelle information est publiée dans une revue scientifique et est lue par les abonnés de la revue ou par ceux qui vont à la bibliothèque pour y trouver un article spécifique (normalement, après avoir mené, ou avoir fait effectuer en leur nom, une recherche bibliographique). Lomas souligne que la recherche des utilisateurs ultimes, des lecteurs actifs en fait, est de plus en plus rare. Par conséquent, il conclut que le vrai modèle de diffusion est efficace seulement quand 1) les destinataires sont très motivés, 2) la satisfaction d'avoir trouvé l'information est élevée et 3) que la banque d'information est relativement petite. Le problème, selon Lomas, est qu'aucune de ces conditions n'existe à l'heure actuelle pour les médecins (1993b).

b. Distribution et mise en œuvre

Plusieurs auteurs (comme Lomas, 1993b; Davis et Taylor-Vaisey, 1997) emploient le terme distribution pour décrire un processus lié à la diffusion, mais d'une nature plus active. Les stratégies de distribution visent des groupes spécifiques et modèlent le message pour chacun d'entre eux. En outre, on prend souvent des mesures dynamiques de suivi pour renforcer le premier essai de diffusion. Par exemple, on complètera l'effet d'une revue traditionnelle par l'un des moyens suivants, sinon tous : couverture médiatique, publipostages sélectifs, publicité officielle et campagnes orchestrées d'exposés oraux (Lomas 1993b).

Toutefois, le but de la communication n'est pas seulement d'augmenter le niveau d'éveil. Le but direct et immédiat, notamment en ce qui a trait aux guides, est de modifier le comportement des cliniciens pour qu'ils s'y conforment. Finalement, la modification de la pratique entraînera une amélioration de l'état de santé du patient ou du système de soins de la santé. Ceci, affirme Lomas (1993b), est là où la distribution doit être efficace dans le but de mener à la mise en oeuvre. Pour que cette dernière réussisse, ceux qui envoient les messages doivent : cerner les obstacles à l'utilisation de l'information, aider à surmonter ces obstacles, avoir recours aux outils locaux de comportement et d'organisation et faire en sorte qu'il soit difficile, pour le médecin, d'ignorer l'information. Diffusion, dissémination et mise en œuvre sont, selon Lomas, les étapes d'un processus d'intentions de plus en plus actives et dirigées, chacune des étapes suivantes dépendant du succès de l'étape précédente (Lomas, 1993b, p. 227). Le processus de prise de décision menant à une mise en oeuvre comprend cinq étapes : 1) augmenter les connaissances, 2) créer une mentalité (persuasion), 3) prendre la décision d'adopter ou de rejeter, 4) mettre en oeuvre, et 5) recevoir un renforcement (confirmation) (Lomas, 1993b).

Davis et Taylor-Vaisey (1997) ont passé en revue la documentation traitant de l'efficacité des stratégies de distribution des guides. Ils voulaient savoir si les processus de distribution et de mise en oeuvre des guides sont vraiment efficaces. Ils en ont conclu que la documentation présente des résultats variés en ce qui a trait à la sensibilisation, à l'observation et à l'effet des guides sur l'état de santé des patients. Ils analysent plus en détail les caractéristiques clés des professionnels de la santé (données démographiques – particulièrement l'âge et le pays de formation), les éléments de leur pratique (normes sociales, systèmes de croyance, habitudes, etc.), le rôle des mesures incitatives et des normes de régulation et de pratique (légales et financières) et, finalement, l'effet des facteurs liés au patient. Tous ces facteurs s'allient d'une façon spécifique à chaque clinicien au moment de la prise de décision sur l'adoption d'une nouvelle idée.

Dans leur étude de stratégies bien précises qui facilitent la mise en oeuvre des guides, les auteurs présentent plusieurs méthodes qui favorisent la distribution et la mise en oeuvre : a) la distribution de l'information visant l'amélioration des connaissances, des aptitudes et des attitudes (compétence), b) les stratégies qui activent ou facilitent l'adoption des guides dans l'organisation d'une pratique (par ex., un système d'aide-mémoire ou de rappel), et c) les stratégies qui renforcent le changement (comme les méthodes fondées sur la vérification et la rétroaction). Dans une première étape, l'évaluation des besoins est la clé de la détermination de l'écart entre le rendement réel et idéal; elle permet de fixer le but de l'intervention nécessaire à résoudre cet écart, ou à répondre au besoin cerné. Les résultats obtenus par les auteurs indiquent que les interventions faibles sont la didactique, l'enseignement médical permanent fondé sur des cours magistraux comme les séminaires et les conférences, et le matériel non sollicité ou reçu par la poste. Les interventions moyennement efficaces comprennent les vérifications et la rétroaction, surtout si celle-ci est spécifique et concordante et qu'elle provient de pairs ou de leaders d'opinion. Les interventions très efficaces englobent celles axées sur le patient, celles par lesquelles on envoie des rappels en clinique, et l'utilisation des visiteurs médicaux et des leaders d'opinion (les auteurs parlent de leaders d'opinion « communautaires »). Finalement, les interventions multiples (par ex., le matériel didactique envoyé par la poste et les suivis téléphoniques qui complètent les exposés présentés à des rencontres) sont les plus efficaces. Les auteurs concluent que la distribution et la mise en oeuvre des guides devraient être considérées d'une façon contextuelle et globale, et devraient employer des stratégies primaires (distribution à la grande échelle) et secondaires (facilitantes). Enfin, ces initiatives devraient être entreprises en partenariat avec les fournisseurs d'enseignement médical permanent et faire partie intégrante du « système de

réseaux » (Davis et Taylor-Vaisey, 1997). La « cascade de guides » reproduite à la figure 2 est un modèle élaboré par Fox et coll. (1989) et adapté par les auteurs pour représenter ce processus.

c. Stratégies de distribution jugées efficaces

Méthodes fondées sur la participation

Leaders d'opinion (formateurs influents)

Rogers définit le leadership d'opinion comme étant le degré auquel une personne est en mesure d'influencer officieusement l'attitude d'autres personnes ou leur comportement manifeste selon un but précis et à une fréquence relative (Rogers, 1995, p. 281). La notion de leadership d'opinion s'appuie sur la théorie de diffusion et sur le modèle des influences sociales de la modification comportementale.

Anderson et coll. (1985, 1988) ont examiné le rôle des réseaux officieux de communication à la modification du comportement des praticiens. Étant donné l'importance de la communication officieuse dans les réseaux entre pairs, les auteurs ont tenté de comprendre comment ceux-ci pourraient servir de tremplin à la présentation d'innovations médicales. Dans une étude de 1985 (Anderson et Jay, 1985), les auteurs ont entrepris une analyse de réseau portant sur l'organisation sociale des médecins ainsi que sur la manière dont celle-ci influait sur l'adoption et l'utilisation d'innovations médicales (il s'agit ici d'un système informatisé hospitalier). Ils ont conclu que le modèle de diffusion de nouvelles idées du centre à la périphérie parmi les professionnels est peut-être trop simpliste (p. 977).

Une étude ultérieure (Anderson et coll., 1988) portait sur la création, la mise en oeuvre et l'évaluation d'un programme permettant d'accroître l'utilisation du système informatisé de l'hôpital par les médecins à l'aide des « formateurs influents ». Afin de déterminer le rôle de chaque médecin dans le réseau de consultation, ces médecins formateurs influents ont été choisis selon les modèles de consultation tirés des registres médicaux. Les auteurs de l'étude ont également déterminé le rôle de chaque médecin dans le programme de soins hospitaliers et aux comités du personnel médical. Selon un procédé quasi-expérimental, certains programmes hospitaliers ont été assignés au groupe expérimental, et les autres au groupe contrôle. Les médecins travaillant au sein de ces programmes expérimentaux (N=109) ont eu accès à l'information pédagogique (sur les

ORDER SETS du système hospitalier informatisé) transmise par les formateurs influents choisis. Les résultats de l'étude révèlent que les médecins du groupe expérimental ont augmenté leur utilisation des ORDER SETS du système hospitalier informatisé, alors que cela n'a pas été le cas pour le groupe contrôle (Anderson et coll., 1988).

Thomson et coll. (1988) ont étudié l'efficacité du recours aux leaders d'opinion locaux (LOL) pour améliorer la pratique professionnelle et l'état de santé des patients en effectuant une analyse globale comprenant six essais significatifs (choisis selon le critère collaboration Cochrane). Leur prémisses stipule que le recours aux leaders d'opinion locaux pour transmettre le comportement approprié selon les normes et les modèles pourrait contribuer à modifier la pratique de soins de santé professionnels (p. 2). Cinq des six autres essais ont révélé une amélioration de la pratique professionnelle sur au moins un critère (le comportement ciblé était la « gestion générale » des problèmes des patients par les médecins). Trois des essais portaient sur l'état des patients; l'un d'entre eux seulement a indiqué un effet important du recours aux leaders d'opinion locaux. Les auteurs de l'étude en ont conclu que les leaders d'opinion peuvent exercer une fonction « de confirmation » (p. 2), permettre aux dispensateurs de soins de mieux déterminer les origines de la variation dans la pratique (p. 2). et améliorer l'adaptation des GPC généraux pour qu'ils conviennent au contexte local » (p. 2). Ils ont aussi trouvé que l'utilisation des LOL a des effets mitigés sur la pratique professionnelle, et qu'il faudrait mener plus de recherches pour définir leur fonction (Thomson et coll., 1998).

Dans un autre essai clinique aléatoire, Soumerai et coll. (1998) ont évalué la mise en oeuvre d'un guide par une intervention de formation clinique donnée par des leaders d'opinion locaux et comprenant l'élément de rétroaction sur le rendement. Les unités d'analyse étaient des hôpitaux (20 hôpitaux étudiés et 17 hôpitaux de contrôle). Les auteurs ont évalué une intervention d'éducation de médecins effectuée par des leaders d'opinion (avec rétroaction sur le rendement) chargés d'enseigner à leurs pairs l'utilisation d'un guide sur le traitement de l'infarctus aigu du myocarde. Les auteurs ont mesuré le changement du régime des soins de santé aux patients. Les leaders d'opinion étaient désignés par sondages de pairs selon une méthode conçue par Hiss et coll. (1978). Les auteurs ont conclu que, par-dessus tout, le recours à des leaders d'opinion et à la rétroaction sur le rendement accroissait l'observance des thérapies IAM bénéfiques, tel qu'indiqué dans le guide. Les changements locaux dans les protocoles hospitaliers, facilités par l'influence de nouvelle information dans le système, peuvent aussi avoir contribué au déclin des pratiques désuètes. Toutefois, les traitements plus risqués (comme les thromboses) étaient plus difficile à faire accepter (Soumerai et coll., 1998).

Dépistage des leaders d'opinion

La documentation offre quelques pistes quant à la manière de trouver et de recruter des leaders d'opinion. Cosmas et Sheth (1980), qui rédigent des ouvrages dans le domaine des affaires, ont défini neuf dimensions au leadership d'opinion. Les leaders d'opinion sont mûrs, autoritaires, égocentriques, dogmatiques, accessibles, experts généraux et des pairs, pratiques, et jouissent du respect de leurs collègues.

Tel que décrit ci-dessus, Anderson et Jay (1985) ont entrepris une analyse de réseau portant sur l'organisation sociale des médecins et sur la manière dont celle-ci influait sur l'adoption et l'utilisation d'innovations médicales. D'autres sous-groupes sont reliés à ces groupes centraux, lesquels sont décrits comme 1) des médecins plus vieux, plus actifs professionnellement, qui dirigent les patients et ouvrent des cas de consultation; et 2) des médecins plus engagés à la pratique privée qui entament des discussions professionnelles avec d'autres groupes (Anderson et Jay, 1985). Les auteurs ont aussi défini deux groupes externes : 3) des intermédiaires dans le cheminement des cas des patients, qui offrent des consultations sur appel aux patients des médecins du groupe 1; et 4) des médecins externes qui échangent des conseils avec les médecins des groupes 1 et 2. Généralement, les membres des groupes 1 et 2 adoptent plus rapidement les innovations et peuvent agir à titre de formateurs influents pour que leurs collègues adoptent celles-ci plus facilement. Les auteurs notent toutefois que dans ce contexte du moins, l'adoption constitue un processus distinct de la mise en oeuvre et que l'adoption d'une nouvelle idée ne signifie pas nécessairement que celle-ci sera mise en oeuvre en milieu hospitalier (Anderson et Jay, 1985).

Hiss et coll. (1978) ont conçu une méthode permettant de repérer les médecins formateurs influents. La plupart du temps, ces médecins possèdent neuf attributs qui se regroupent en trois catégories générales : la communication, l'humanisme et le savoir (veuillez vous reporter au tableau 2a pour une description de chaque attribut). Les auteurs ont alors conçu un « instrument de repérage des formateurs influents » comprenant un bref paragraphe d'introduction suivi par de courts paragraphes explicatifs décrivant les attributs des trois catégories. On a demandé aux médecins de nommer des collègues qui, selon eux, illustraient le mieux chaque groupe de caractéristiques (voir au tableau 2b la reproduction de cet instrument). Cette méthode a été par la suite utilisée par d'autres chercheurs pour repérer des leaders d'opinion aux fins d'études d'intervention pédagogique (ex. : Soumerai et coll., 1998).

Les visiteurs médicaux

Selon Davis et Taylor-Vaisey (1997), le visiteur médical est un pharmacien, ou autre professionnel de la santé, qui se rend au bureau d'un médecin pour lui donner de la formation, généralement dans le domaine de la prescription (p. 410). On appelle aussi cette méthode « formation structurée hors-école », et Soumerai and Avorn (1990) en décrivent les principes qui s'appliquent à la prescription. Ils présentent huit techniques efficaces de formation structurée hors-école : 1) comprendre le comportement de base en consultant les praticiens; 2) axer les programmes sur des groupes précis de praticiens et sur leurs leaders d'opinion; 3) définir clairement les objectifs; 4) établir de la crédibilité, surtout en obtenant l'appui d'un organisme de grande réputation, et élaborer des processus non biaisés de production et de diffusion de l'information; 5) trouver des moyens d'inciter les médecins à participer activement; 6) utiliser des documents graphiques concis; 7) souligner l'information et la répéter; enfin, 8) continuellement renforcer l'information et établir des stratégies de suivi. L'application de ces techniques pour modifier d'autres pratiques cliniques n'a pas été aussi bien étudiée, mais elle semble assez prometteuse.

Les discussions en petits groupes

Karuza et coll. (1995) présentent un processus de distribution et de mise en oeuvre d'une guide de soins de santé préventifs établi par consensus. On avait groupé au hasard des médecins de premier recours pour participer (ou non) à une discussion d'une heure en petits groupes auxquels on demandait de s'entendre sur une façon de mettre en oeuvre un guide d'administration du vaccin contre la grippe aux aînés (les groupes de contrôle discutaient d'un sujet entièrement différent). Selon les résultats, les médecins qui avaient participé au processus établi par consensus ont augmenté leur taux d'administration du vaccin de 34 p.cent par rapport à ceux des groupes de contrôle. Les médecins des deux groupe ont cependant conservé le même taux de connaissances de la grippe et la même attitude face à la prévention (Karuza et coll., 1995).

Autres stratégies

Un certain nombre d'études sur la modification du comportement des médecins ont révélé que des méthodes interpersonnelles fondées sur la participation et visant à faciliter l'apprentissage étaient efficaces. Mais ces stratégies, à elles seules, ne réussissent pas toujours; il faut souvent les enrichir en les alliant à d'autres stratégies. On les applique souvent au niveau du système pour créer dans tout l'organisme un milieu où l'on appuie la modification du comportement et où l'on encourage le maintien des comportements nouvellement acquis. Certaines de ces méthodes ont subi une évaluation empirique. Voici un survol des résultats.

Méthodes visant les organismes

Kaluzny et coll. (1995) affirment que les guides constituent une « innovation de gestion » visant à gérer les pratiques cliniques, et non les cliniciens (James, 1993, tel que présenté par Kaluzny et coll., 1995). Les auteurs soulignent certains aspects du processus de mise en oeuvre, autres que ceux qui se rapportent au destinataire, à l'expéditeur et au message, qui peuvent contribuer à la réussite de la mise en oeuvre. La phase de mise en oeuvre elle-même est un processus interactif à plusieurs étapes qui comprend plusieurs points de décision. Les étapes suivantes sont indispensables : la reconnaissance (qu'il y a un écart entre les pratiques en vigueur et les meilleures pratiques); la détermination (de la part des décideurs clés qu'ils font face à un problème et qu'il faut y apporter une solution), la mise en oeuvre (utilisation des guides), et l'institutionnalisation (intégration des guides dans les activités en cours) (Kaluzny et coll., 1995). Cependant, le progrès de la mise en oeuvre de chaque guide dépend de ses caractéristiques et de celles de l'organisme. Comme ce fait entraîne un nombre illimité d'interactions, il est la clé de l'élaboration de stratégies de mise en oeuvre adaptées au milieu organisationnel ou à la pratique clinique des utilisateurs. Kaluzny et coll. (1995) suggèrent des stratégies où l'on tient compte de la complexité des guides, des organismes et de l'interaction entre les deux. Voici une description de deux de ces stratégies : une visant l'amélioration constante de la qualité (ACQ) et l'autre visant la restructuration.

L'amélioration constante de la qualité (aussi appelée « gestion de la qualité totale ») est une méthode axée sur l'organisme et visant à améliorer le rendement global du système. Selon les auteurs, ce processus est cumulatif, et il a plus de chance de réussir si le guide correspond à une pratique clinique en vigueur; l'avantage relatif est clair : l'ACQ traite mieux les interactions à l'interne, et non entre les organismes (Kaluzny et coll., 1995, p. 349). Kaluzny et coll. (1995) mentionnent aussi une étude en cours où l'on utilise l'ACQ pour inciter les médecins à modifier leur pratique clinique en leur signalant un écart de rendement, puis en définissant les besoins des patients en soins préventifs; le système exhorte ensuite les dispensateurs de soins de santé à offrir les services nécessaires. On effectue le suivi de cette mise en oeuvre en demandant aux patients dans quel degré ils sont satisfaits des soins reçus, puis en indiquant aux dispensateurs à quel point ils ont atteint les objectifs fixés (Kaluzny et coll., 1995). Les résultats de cette étude devraient s'avérer intéressants, lorsqu'ils seront disponibles.

Kaluzny et coll. (1995) décrivent aussi la méthode de restructuration de l'organisme, c'est-à-dire le fait de reconsidérer, ou de concevoir à neuf les processus de travail de façon à grandement améliorer les mesures essentielles du rendement comme les coûts, la qualité, le service et la rapidité (p. 349). La mise en oeuvre de cette méthode commence elle aussi par la

reconnaissance d'une lacune dans le rendement de l'organisme et par la détermination que prennent les membres d'y remédier. Les guides ne faciliteront le changement que s'ils sont considérés comme des solutions que l'on apporte à des problèmes bien définis (Kaluzny et coll., 1995).

Comme ces étapes s'appliquent à la structure des petits organismes de soins de premier recours, elles peuvent orienter la conception du processus de mise en oeuvre, et même aussi contribuer à le lancer.

Vérification et rétroaction, systèmes de rappel et autres interventions éducatives

Wensing et coll. (Wensing et Grol, 1994; Wensing et coll., 1998) présentent un survol systématique de la documentation traitant des stratégies utilisées, seules ou alliées à d'autres, pour mettre en oeuvre les changements dans le domaine des soins de premier recours. Dans leur examen de 1998, les auteurs cernent 61 études qu'ils considèrent comme les meilleures données probantes à cause de la solidité de leurs méthodologies (39 essais cliniques aléatoires et 22 études sur échantillons contrôlés avant et après). Les conclusions des auteurs se fondent sur ces « données probantes ».

Leur méthode comprend l'élaboration d'une taxonomie de stratégies visant à organiser et à décrire les données de toutes ces études. Cette taxonomie est une méthode excellente de conceptualisation des stratégies de changement comportemental :

Transfert de l'information	Information liée au rendement	Apprentissage par influences sociales	Soutien de la gestion
Lecture de documentation	Rétroaction	Instruction individuelle	Ressources
Éducation en groupe	Rappels	Groupes de révision par les pairs	Incitatifs
Éducation des patients	Rappels aux patients	Rapports sur les patients	Règles et devoirs Incitatifs aux patients

Tiré de Wensing et coll., 1998, p. 992

Selon les résultats de ces examens, les stratégies uniques le plus souvent évaluées étaient la rétroaction, les rappels et l'éducation en groupe. Cette dernière, alliée à la rétroaction, constituait la stratégie multiple la plus commune. En ce qui concerne l'efficacité⁴, la rétroaction, les rappels et

⁴ Comme on utilisait un grand nombre d'indicateurs de résultats dans tous ces essais cliniques, les auteurs ont défini « efficacité » comme étant la mesure du changement positif signalé par les indicateurs, attribuable à l'intervention et affichant un écart entre les groupes d'intervention et les groupes de contrôle. Les études

l'instruction individuelle constituaient les stratégies uniques les plus efficaces, alors que toutes les meilleures stratégies multiples comprenaient l'instruction individuelle (Wensing et Grol, 1994; Wensing et coll., 1998). La distribution de documentation éducative, qui est souvent la seule stratégie de distribution des GPC, s'est avérée particulièrement inefficace à elle seule. Alliée à la rétroaction (c'est-à-dire à l'apport de données pour encourager l'adoption des recommandations), la documentation éducative augmentait quelque peu d'efficacité. Les rappels, dont on se sert souvent pour promouvoir la dispensation de services préventifs, se sont généralement avérés efficaces, mais leur effet s'évanouissait aussitôt que cessaient les rappels. Les auteurs en ont conclu que les stratégies visant uniquement à améliorer la compétence étaient généralement moins efficaces que celles qui visaient le rendement. L'utilisation d'influences sociales, comme les instructeurs individuels, la rétroaction et la révision par les pairs améliorait les stratégies axées sur le rendement.

De nouveau, la seule méthode unique que les résultats de la plupart des études à « données probantes » aient indiquée comme étant efficace, ou partiellement efficace, était celle fondée sur des stratégies alliant l'information au rendement. Les méthodes doubles les plus prometteuses étaient celles alliant le transfert de l'information à l'apprentissage par les influences sociales. La stratégie multiple alliant le transfert de l'information à l'information liée au rendement s'est avérée inefficace dans 12 des 20 études. Enfin, l'alliance de trois ou quatre stratégies s'est avérée efficace dans cinq ou six études (Wensing et coll., 1998). Ces résultats appuyent l'idée, présentée dans d'autres documents, selon laquelle on réussit le mieux à modifier le comportement clinique en alliant diverses stratégies.

Wensing et coll. (1994, 1998) ont discerné un autre facteur, celui de la motivation du médecin. Les praticiens qui ont déjà décidé de combler une lacune de leur rendement sont, en un certain sens, prédisposés à y apporter une solution; ils sont donc plus prêts à adopter et à mettre en œuvre l'innovation qui comblera cet écart. Si le médecin (ou tout autre utilisateur ultime) n'en est pas là, il faut aiguillonner sa motivation à l'aide de soutiens physiques et sociaux de l'extérieur, comme des moyens de définir l'écart et de comprendre que l'innovation proposée contribuera à résoudre le problème (Wensing et Grol, 1994).

Prochaska et coll. ont étudié en profondeur cette notion de préparation au changement dans le contexte des comportements vulnérables à la toxicomanie. En quelques mots, ces auteurs ont élaboré, et dûment mis à l'essai, un modèle de modification du comportement en cinq niveaux permettant de classer les sujets selon leur disposition à modifier leur comportement (par ex., le

considérées comme étant « efficaces » affichaient une amélioration de tous, ou presque, les indicateurs de résultats; les études qui affichaient une amélioration dans la plupart des indicateurs de résultats ont été

tabagisme). Les sujets appartenant aux deux premiers niveaux - précontemplation et contemplation – ne sont pas encore prêts au changement. Ceux des trois niveaux suivants - préparation, action et maintien – se trouvent à des niveaux de changement actif et ont déjà décidé, ou même commencé, de modifier leur comportement (Prochaska, 1991; Prochaska et coll., 1992; Prochaska et coll., 1988). Nous n'allons pas examiner la question de façon approfondie maintenant, mais il est important de comprendre que les médecins ne se trouvent pas tous au même niveau de motivation, ce qui pourrait en fin de compte influencer sur l'adoption et sur la mise en oeuvre des guides.

Conclusions

Comme nous venons de l'indiquer en résumant cette dernière étude, les méthodes de distribution d'information nouvelle aux médecins axées sur la participation ou sur les influences sociales se sont avérées les plus efficaces, mais en fin de compte, la modification comportementale dépend non seulement des caractéristiques personnelles des médecins, mais de celles de leur contexte clinique. Le milieu de la médecine de premier recours est très spécial; par conséquent, les principes élaborés pour un grand hôpital ou pour un vaste organisme ne s'avèrent pas aussi efficaces que ceux élaborés tout spécialement pour ce type de soins (Wensing et Grol, 1994). L'interaction entre les facteurs des niveaux de système et les facteurs personnels, alliée aux caractéristiques très spéciales de la stratégie sélectionnée, rendent le processus de prise de décision extrêmement complexe. Il est possible de palier cette complexité en élaborant un modèle générique visant à faciliter la mise en oeuvre des GPC en rendant chaque phase, ou élément, assez souple et facile à adapter.

jugées « partiellement efficaces », et celles dont la plupart des indicateurs ne s'étaient pas améliorés ont été jugées « inefficaces ».

5. MISE EN ŒUVRE DES GUIDES : PROBLÈMES, PROCESSUS ET MODÈLES

a. Entraves et facilitateurs de la mise en oeuvre

Généralement, les entraves à la mise en oeuvre des guides de pratique surviennent soit des attributs de la conception (fondée sur l'expérience ou non, sur une échelle nationale ou régionale régionale, etc.), du guide même (complexité, question à controverse, etc.) soit des destinataires, y compris le milieu dans lequel ils travaillent (social ou physique) et leur personnalité (motivation, perception d'un besoin de changement, attitude envers les guides, etc.).

Particularités des concepteurs de guides

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, décrit dans la section précédente, agit comme concepteur de guides de pratique clinique (GPC). Il a plusieurs caractéristiques favorables à ce rôle, mais il lui est aussi difficile de faire adopter ses GPC. Tout d'abord, ses GPC sont fondées sur des données probantes; il est donc très important d'en définir les attributs. (Grol et coll., 1998). De plus, ce groupe est réputé de longue date et il est très respecté pour la qualité des guides et pour l'élaboration et le maintien de méthodologies de pointe d'études systématiques et de pondération des données probantes. La compétence et la crédibilité du Groupe d'étude comme une source d'excellente qualité et d'une réputation digne de confiance sont bien établis.

D'un autre point de vue, le fait que le Groupe d'étude soit canadien peut aussi rendre les choses plus difficiles. Une partie du débat entourant l'élaboration et la mise en oeuvre des GPC est la tension entre les gestionnaires canadiens qui peuvent établir des guides sur une grande échelle et probablement veiller à ce qu'il n'y ait pas trop de doublons inutiles. D'un autre côté, plusieurs études ont révélé qu'en faisant participer les utilisateurs ultimes à l'élaboration des guides, on en facilitait l'adoption et la mise en oeuvre locales (Onion et coll., 1996; Conroy et Shannon, 1995; Gates, 1995). Naturellement, il est trop cher d'élaborer différents guides sur un même sujet pour chacun des groupes d'utilisateurs régionaux (aux États-Unis, on a estimé que plus de 100 millions de dollars ont été dépensés pour élaborer plus de 100 000 guides sur l'infarctus du myocarde; Conroy et Shannon, 1995).

Il existe deux autres méthodes de participation régionale à l'élaboration des GPC : 1) les concepteurs nationaux peuvent demander aux médecins locaux de participer au début du processus et pendant le processus d'élaboration; et 2) les concepteurs peuvent faciliter une adaptation subséquente du guide national afin de répondre aux besoins régionaux.

Ceci est une question importante, mais complexe. Le fait que les processus qui d'un côté favorisent l'adoption des guides (compétence, fiabilité, ressources d'envergure nationale) posent, d'un autre côté, des obstacles (le peu de participation régionale) qui deviennent un défi significatif.

Ces processus ne sont toutefois pas bien compris. Peut-être qu'il ne s'agit pas ici de promouvoir une méthode nationale par opposition à une méthode régionale, mais plutôt de trouver des mécanismes qui favorisent les liens entre les deux. Dans le cas du Groupe d'étude, la solution pourrait être de faciliter l'adaptation des guides nationaux pour permettre aux médecins d'en appliquer les recommandations à leur pratique régionale. Une autre méthode serait de faire participer autant que possible les décideurs régionaux au processus d'élaboration national. Nous parlerons de ceci plus en détails à la section 6.

Particularités des guides

Comme nous le savons de la théorie de la diffusion, les particularités d'une telle innovation comme la complexité, la compatibilité et l'avantage relatif dépendent entièrement de l'adoption de l'innovation (Rogers, 1995; voir aussi Kaluzny et coll., 1995 pour l'échange de point de vue sur ces particularités des guides). En étudiant plus avant cet aspect, Grol et coll. (1998) ont défini et examiné une liste des particularités des guides qui facilitent leur adoption et leur mise en oeuvre dans la pratique clinique. Généralement, les attributs des guides qui en influencent l'adoption sont classés par catégories selon ceux qui se rapportent à : la validité scientifique, la pertinence et l'applicabilité dans la pratique, la formulation et le style, la compatibilité avec les valeurs et la pratique courantes, la complexité, les conséquences pour le personnel soignant, les patients et la gestion de la pratique, les risques associés à la mise en oeuvre du guide et la qualité de l'attention donnée lors de sa distribution (Grol et coll., 1998).⁵ Les auteurs ont regroupé 16 attributs sous ces catégories (voir Grol et coll., 1998, p. 859), puis ils évalué la présence de chacun des attributs dans plusieurs guides de pratiques des soins de premier recours (environ un tiers se rapportent à la prévention). Ils ont alors comparé ces résultats avec le degré d'observance des guides à l'aide d'un tableau de vérification comprenant 61 pratiques de soins de premier recours.

Les attributs qui influaient le plus sur l'application des guides étaient les suivants : 1) fondés sur des données probantes et 2) formulés de façon concrète et précise. D'un autre côté, les attributs qui décourageaient le plus l'utilisation des guides étaient : 1) un libellé imprécis et peu claire, 2) le fait qu'ils représentaient un sujet à controverse et qu'ils ne correspondaient pas aux valeurs acceptées, et 3) le fait qu'ils appelaient à un changement d'habitudes établies et qu'ils influaient sur la gestion (Grol et coll., 1998). Bien que ne surprenant personne, ces résultats peuvent aider à l'élaboration des guides. Alors que quelques attributs centrés sur le contexte clinique sont difficiles à influencer et que certains sujets ne peuvent pas échapper à la controverse,

⁵ Le lecteur remarquera que plusieurs de ces caractéristiques des guides chevauchent celles du concepteur et de l'utilisateur, ce qui donne un bon aperçu de l'interaction entre les trois.

ces résultats peuvent aussi être profitables lorsque les concepteurs des guides déterminent les points prioritaires.

Particularités des destinataires

Dans l'étude précédente sur les attributs qui permettent aux stratégies de modifier le comportement des médecins, les auteurs ont examinés plusieurs questions liées à la méthodologie du cabinet ou aux entraves liées aux personnes. De plus, la perception des médecins sur les GPC constitue une autre entrave importante à l'adoption des guides. L'un des obstacles à l'utilisation des guides la mieux connu est la vision négative maintenue par beaucoup de médecins. L'objection première est que les guides sont trop normatifs et uniformisés et, par conséquent, difficiles à adapter aux traitements individuels des patients. Certaines expressions comme « recettes » et « livre de cuisine des médicaments » (Petrie et coll., 1995) reflètent la croyance d'un grand nombre de médecins selon laquelle en se concentrant uniquement sur les données, on détruit « l'aspect art » de pratiquer la médecine (Tunis et coll., 1994; Hayward et coll., 1997; Conroy et Shannon, 1995). Il est extrêmement difficile de surmonter cette perception de menace de l'autonomie et de la liberté des médecins. On pourrait essayer d'inculquer un sentiment de propriété face aux guides en faisant participer les utilisateurs ultimes et en ajoutant une phase de rétroaction au cycle d'élaboration des guides (Conroy et Shannon, 1995). Toutefois, comme nous l'avons dit dans la section précédente, il faudra pour cela maintenir un équilibre délicat entre l'efficacité de l'élaboration des guides et celle de l'utilisation des ressources.

Les guides doivent surmonter non seulement les attitudes négatives, mais aussi des facteurs puissants comme l'habitude, les habitudes cliniques et les normes sociales. Les habitudes cliniques et les croyances des pairs, surtout si elles appuyent des habitudes cliniques anciennes, entraveront l'adoption d'un nouveau guide, même si en théorie, les médecins savent qu'il améliorerait leur pratique. (Conroy et Shannon, 1995)

b. Entraves à l'efficacité de la prévention

Comme nous venons de le dire, les entraves à la modification du comportement des médecins (c'est-à-dire à la mise en œuvre des GPC) accompagnent toute la gamme des facteurs individuels, systémiques et sociaux ainsi que la combinaison de tous ces facteurs les uns avec les autres. Pour examiner cela, Haines et Donald (1998) ont élaboré une taxonomie utile, que nous reproduisons ci-dessous.

Les entraves au changement peuvent comprendre :

Milieu clinique

- Manque de temps
- Organisation de la clinique, comme l'absence de registres des maladies ou de mécanismes de suivi des ordonnances qui se répètent

Milieu éducationnel

- Formation continue inappropriée et absence de participation à des programmes visant à promouvoir la qualité des soins
- Manque d'encouragements à participer à des activités éducationnelles efficaces

Milieu des soins de santé

- Manque de ressources financières
- Manque de précision sur les populations cliniques
- Politiques cliniques entraînant des activités inefficaces ou sans données probantes
- Manque d'accès à l'information adéquate pour les médecins

Milieu social

- Influence des médias sur les patients créant des exigences et des croyances
- Répercussions de l'inaccessibilité des soins

Facteurs liés aux médecins

- Connaissances dépassées
- Influence des leaders d'opinion
- Croyances et attitudes (par ex., liées à de mauvaises expériences d'innovation vécues)
-

Facteurs liés aux patients

- Demandes de soins
- Perceptions et croyances culturelles sur les soins adéquats

Nota : Les facteurs qui, dans quelques cas, semblent être des obstacles au changement, peuvent aussi favoriser le changement. Par ex., les patients peuvent rendre la pratique clinique de leurs médecins en demandant des interventions qui ont fait leurs preuves. Les médecins peuvent être influencés favorablement par leurs leaders d'opinion.

De : Haines et Donald, 1998, p. 6.

Un certain nombre d'auteurs ont présenté les obstacles spécifiquement liés aux services préventifs donnés par les médecins de premier recours (Frame, 1994; Woolf, 1995, McPhee et coll., 1985). Belcher et coll. (1988) ont décrit des facteurs spécialement liés au milieu des soins de premier recours qui entraver la prestation efficace des services préventifs. Il s'agit :

- De la perception du rôle – certains médecins croient que leurs soins doivent inclure les soins préventifs, et d'autres non.

- Le milieu clinique – il a été quelque peu prouvé que les plus grandes organisations (comme les HMO (*Health Maintenance Organization*) aux États-Unis) tendent à fragmenter les soins de premier recours, ce qui rend la coordination de la prestation des services préventifs plus difficile. Dans les cliniques plus petites, tout porte à croire que les cliniques de groupe dispensent les soins préventifs plus efficacement que les médecins seuls. Il faut toutefois accepter ces résultats avec prudence.
- Attributs personnels et attitudes – le comportement des médecins face à la médecine préventive est étroitement lié à leurs croyances personnelles plutôt qu'aux recommandations scientifiques en vigueur (p. 29). Les facteurs comme l'importance de la formation, la fréquence des résultats négatifs à des tests effectués sur des personnes asymptomatiques et l'inquiétude face aux risques à long terme des technologies nouvelles peuvent influencer négativement sur la prestation de services préventifs.
- Interaction médecin-patient – les patients qui voient régulièrement leur médecin ont plus de chances de recevoir des services préventifs. Dans le cas des patients qui ont des maux spécifiques ou multiples, les médecins auront plutôt tendance à se concentrer sur le diagnostic des problèmes de santé que de donner des services préventifs.
- Connaissances – lorsque les connaissances des médecins sur les manœuvres efficaces ne sont pas à jour, et que bien souvent, il y a conflit entre les recommandations pour une même manœuvre, les médecins ont de la difficulté à fournir des services préventifs avec confiance. L'inefficacité générale des initiatives du traditionnel EMP (enseignement médical permanent) est un défi supplémentaire (David et coll. 1992, 1995).
- Habileté à l'examen médical et au counseling – n'ayant pas reçu assez de formation sur le counseling et sur l'examen médical, les médecins ne peuvent pas fournir ces services avec confiance. Le manque de planification clinique entrave davantage ces efforts.
- Soutiens institutionnels – ceci comprend l'appui des collègues de même opinion, un bon système de classement des dossiers et des rappels, une évaluation des résultats et une rétroaction.
- Facteurs liés au milieu – un plus petit nombre de cas à traiter, les campagnes de promotion plus vigoureuses sur la santé publique et la pression des contribuables sont des facteurs qui peuvent augmenter la prestation des soins préventifs (Belcher et coll., 1988).

D'après une étude de Weingarten et coll. (1995), les médecins tendent à exagérer leur intention de dispenser des services préventifs par rapport à ce qu'ils font en réalité. Toutefois, ceux qui adoptent une attitude positive vis-à-vis des guides ont le plus tendance à prodiguer

des soins préventifs à leurs patients. Ces résultats ont été obtenus à l'aide d'un tableau de vérification (Weingarten et coll., 1995).

Dans une récente étude clé, Hutchison et collègues (1996) ont examiné ce qui entravait la transmission des guides, et plus particulièrement les recommandations du Groupe d'étude canadien, aux médecins canadiens de premier recours. Dans le domaine de la prévention, les auteurs ont découvert des obstacles supplémentaires à la mise en oeuvre, comme le manque de motivation des patients, leurs attentes quant au counseling sur la promotion de la santé ainsi qu'un système de remboursements ne contribuant pas à la croissance de la pratique préventive.

Dans le Sud de l'Ontario, Hutchinson et coll. (1996) ont mené une étude sur l'usage que font les médecins de famille (N = 480) des guides élaborés par le Groupe d'étude canadien (15 manœuvres). Les auteurs ont comparé la perception qu'avaient les médecins d'un niveau de rendement satisfaisant au rendement qu'ils disaient vraiment obtenir. Ils ont aussi demandé aux médecins de citer les obstacles à l'accomplissement des manœuvres de prévention. Pour les 15 manœuvres, les médecins ont déclaré que leurs résultats étaient moins que satisfaisants (écart de 22,9 à 75,5 p. cent). Ils ont cité les obstacles suivants : 1. liés au patient (patient en santé ne vient pas à ses rendez-vous (environ 85 p. cent); le patient refuse, n'est pas intéressé, ne se soumet pas (environ 70 p. cent)); 2. liés au médecin (le médecin oublie d'offrir la prévention (environ 25 p. cent); les guides sont trop compliqués (environ 18,5 p. cent)); 3. liés au patient et au médecin (on donne priorité au problème actuel (74 p. cent)); 4. lié au système (inefficacité du système de rappel des patients (67 p. cent); inefficacité du système de rappel pour les médecins (environ 45 p. cent); manque de temps pendant la consultation (37 p. cent)); 5. liés à l'intervention (la manœuvre n'est pas clairement efficace (environ 48 p. cent); inconfort ou gêne du patient (environ 40 p. cent); trop dispendieux (30 p. cent); pas de remboursement (15 p. cent)). (Hutchison et coll., 1996). Les résultats de cette étude indiquent un écart important entre le degré auquel les médecins de premier recours pensent devoir prodiguer ces soins et le degré auquel ils les donnent vraiment. Les auteurs en concluent que cet écart devrait entraîner une motivation au changement en créant un climat réceptif aux stratégies visant à améliorer les rendements relatifs aux soins préventifs. Un grand nombre de médecins de famille seraient prêts à modifier l'organisation de leur pratique, de leurs dossiers médicaux et de leurs systèmes d'information pour accorder plus d'importance aux soins préventifs et anticipés, à appuyer les initiatives visant à informer le public sur les soins préventifs et anticipés et à élaborer et mettre en oeuvre des systèmes de rappel efficaces (p. 1698).

c. Problèmes liés à la mise en oeuvre

Stratégies pour la mise en oeuvre des directives dans la pratique des soins de premier recours

Plusieurs auteurs ont fourni une vue d'ensemble des problèmes touchant la mise en œuvre des GPC dans la pratique générale et de premier recours (Conroy et Shannon, 1995; Onion et coll., 1996). Conroy et Shannon (1995) affirment que les stratégies de mise en œuvre des guides doivent accomplir ce qui suit :

1. accroître la sensibilisation (les connaissances) du clinicien sur le guide
2. changer l'attitude du clinicien de façon à ce qu'il reconnaisse que le guide constitue la meilleure norme en matière de soins
3. modifier le comportement du clinicien pour que le guide puisse influencer sur sa pratique
4. améliorer l'état de santé du patient ainsi que la qualité des soins qui lui sont offerts.

Ensuite, les auteurs s'appuient sur la théorie de la communication afin de recommander des façons de garantir la meilleure stratégie de communication possible à toutes les étapes du processus de distribution. Ils discutent notamment de l'importance de la structure du message (guide) (voir aussi Grol, 1993) :

Un des éléments clés d'une très bonne communication est de transmettre le message par l'intermédiaire de relations personnelles dans un contexte non officiel lorsque possible (Winker et coll., 1985). En dernier lieu, pour mesurer l'efficacité de ces stratégies de facilitation, le modèle doit contenir un élément d'évaluation des quatre objectifs mentionnés ci-dessus (Conroy et Shannon, 1995).

Petrie et coll. (1995) suggèrent une méthode différente pour la mise en œuvre au niveau régional des guides nationaux. Plutôt que d'élaborer des guides régionaux, ils affirment que l'occasion de modifier les guides pour créer des protocoles régionaux offre à tous les groupes régionaux la chance d'adapter les guides, et non les données probantes, à leur propre « style » de pratique. On a remarqué que cet aspect de propriété locale augmentait l'adoption des guides au niveau local (Petrie et coll, 1995, p.347). Les éléments clés de leur méthode sont les suivants : 1) suivre un processus d'élaboration à priorité régionale; 2) attirer l'attention sur le fait que le processus n'est pas normatif, qu'il ne constitue pas une « camisole de force » ; 3) disposer de ressources adéquates, dont le temps et l'argent; enfin 4) instruire les participants sur le processus d'élaboration et sur la méthodologie employée (par ex., fondé sur les données probantes). Ils affirment qu'une planification et une gestion adéquates peuvent surmonter non seulement les entraves générales à l'utilisation des GPC, mais aussi des entraves plus régionales telles que le manque de temps protégé, les pressions budgétaires et le coût de l'amélioration des programmes, les répercussions juridiques, les listes d'attente et les conditions d'agrément.

Wise et Billi (1995) insistent aussi sur l'importance de la participation des leaders régionaux du domaine de la médecine dans la conception des stratégies de mise en œuvre, tout en

soulignant le rôle que jouent la théorie de l'apprentissage social et l'auto-efficacité dans toute initiative de mise en oeuvre efficace. Ils soulignent les défauts communs des initiatives de mise en oeuvre actuelles, en particulier l'utilisation de la « distribution simple », ou diffusion, ainsi que le manque de participation du public-cible (médecins régionaux). Ils font aussi remarquer trois aspects des GPC nationaux qui peuvent nuire à l'adoption régionale : (i) l'incertitude et les limites inhérentes à la spécificité des directives nationales pour la pratique régionale; (ii) le fait qu'ils soient trop généraux et qu'ils ne tiennent pas compte des contraintes régionales (par ex., ressources limitées); et (iii) les obstacles à l'acceptation mentionnés ci-dessus, comme les risques de perdre l'autonomie clinique et les doutes à propos de la normalisation (les auteurs affirment que cette dernière est probablement l'entrave la plus difficile à surmonter).

En analysant les lacunes du passé et en leur proposant des solutions, Wise et Billi (1995) incorporent des principes de la psychologie sociale, en particulier la théorie de l'apprentissage social et de l'auto-efficacité. La théorie de l'apprentissage social énonce que l'apprentissage se réalise cognitivement, mais est amélioré par le rendement (dans ce cas, par la participation active des médecins régionaux à l'adaptation, à la distribution et à la mise en oeuvre des GPC). L'auto-efficacité représente les croyances qu'ont les gens quant à leur capacité de maîtriser les événements qui influent sur leur vie (p.468). Selon eux, il manque souvent une étape essentielle dans les initiatives de mise en oeuvre : celle de permettre aux dirigeants régionaux de participer activement à l'évaluation de l'application du guide dans leur contexte local ainsi qu'à l'élaboration d'un modèle régional de distribution et de mise en oeuvre. Il peut s'agir de leaders du domaine médical ou des praticiens régionaux sélectionnés qui peuvent servir d'agents de modification auprès de leurs collègues ou, si possible, on peut demander à tous les médecins de la région d'y participer (Wise et Billi, 1995). Il faut surtout qu'ils participent à toutes les étapes du processus. Les auteurs concluent que l'adaptation, la distribution et la mise en oeuvre des guides ne devraient pas constituer l'élaboration des guides, mais qu'elles devraient plutôt privilégier la participation des leaders régionaux du domaine médical au processus d'adaptation des guides nationaux en instruments servant à guider la pratique du médecin au niveau régional (Wise et Billi, 1995, p.467).

d. Modèles courants d'adaptation et de mise en oeuvre des GPC

Plusieurs auteurs ont proposé des modèles d'élaboration, de distribution et de mise en oeuvre des guides qui tiennent compte d'un certain nombre d'obstacles, de facilitateurs et de stratégies. Nous présentons ici rapidement quatre de ces méthodes.

Wise et Billi (1995) ont élaboré un modèle de mise en oeuvre qui allie les « éléments prédisposants » aux « éléments d'habilitation et de renforcement » pour faciliter la mise en oeuvre des GPC. Leur modèle est plutôt complexe, il exige de nombreuses ressources et a été mis à

l'essai dans un contexte hospitalier universitaire bien précis. À cause de ces facteurs, il est difficile d'envisager l'application de ce modèle dans un cadre canadien de pratique de premier recours. Néanmoins, les phases qu'ils suggèrent peuvent renseigner le Groupe d'étude sur l'élaboration d'un modèle. Voici une brève description des principaux objectifs inhérents à chaque élément :

Phase 1 : définir le domaine de pratique - (i) choisir un domaine de pratique, (ii) trouver et recruter des leaders du milieu clinique⁶, et (iii) trouver et recruter d'autres membres pour l'équipe de projet.

Phase 2 : définir la pratique clinique optimale et les processus du système - (iv) rassembler des guides reconnus dans tout le pays, (v) passer en revue et évaluer d'un oeil critique les candidats afin de choisir le ou les meilleur(s), (vi) élaborer, en coopération, des procédures critiques, (vii) cerner les données importantes afin de passer en revue les pratiques du passé et pour comparer les pratiques courantes à celles qui conviendraient parfaitement au contexte.

Phase 3 : Concevoir et mettre en oeuvre l'intervention de l'équipe de projet - (viii) évaluer et élaborer des méthodes de mise en oeuvre, y compris la détermination du meilleur système de communication, le choix des facilitateurs (par ex., mesures incitatives, rétroaction, EMP, autonomie des patients), l'obtention de l'approbation des ministères concernés.

Phase 4 : évaluer les résultats - (ix) procéder à l'examen des données concomitantes et transmettre cette information aux cliniciens.

Phase 5 : Restructurer le processus (si nécessaire) - (x) passer en revue les méthodes de mise en oeuvre et évaluer les résultats, y compris la comparaison entre la pratique actuelle et une pratique optimale selon les mesures mentionnées en (vii), l'analyse financière, la distribution à des organismes externes et la mise à jour (révision et mise à jour des données nouvelles) (Wise et Billi, 1995). Soulignons une fois de plus que ce modèle est mieux adapté pour un enseignement en contexte hospitalier, et les auteurs annoncent qu'ils sont aussi en train de concevoir un modèle similaire pour les médecins et les hôpitaux communautaires (non-publié à ce jour).

Le second modèle, tiré de la documentation sur la promotion de la santé, est une méthode générale, élaborée par Orlandi (1986,1996), incluant des méthodes provenant d'éducation sur la santé et de théories sur l'état (comportement) de santé. Ce modèle fournit un cadre général qui permet de définir les principaux participants au processus et les liens qui les unissent. Dans sa conception, Orlandi (1991) insiste fortement sur la théorie de la diffusion. Toutefois, il définit certaines raisons importantes pour lesquelles la diffusion classique réussit mal à transmettre les innovations sur la santé. Premièrement, l'innovation devant être inaltérable, ou traitée comme un « colis intact » signifie que le destinataire ou l'utilisateur est perçu comme l'élément du modèle qui doit s'adapter à l'innovation, plutôt que l'inverse. De plus, cela rend difficile l'évaluation de la

⁶ Les médecins en chef doivent : être respectés (sans obligatoirement être en position de pouvoir); avoir reçu l'approbation du chef de clinique; s'être engagés à mener le projet à terme; posséder une expérience de l'évaluation du

contribution du système de l'utilisateur au processus de diffusion. En dernier lieu, comme nous l'avons dit précédemment, la méthode de diffusion classique traite la décision d'adoption comme un point final et distinct, plutôt que comme le processus à étapes multiples qu'elle est vraiment (Orlandi, 1991). Étant donné la présence de ces faiblesses, chaque étape du processus devrait être considérée comme un échec éventuel, y compris l'échec de l'innovation (mal conçue, pas nécessaire, etc.), l'échec de la communication, l'échec de l'adoption (dû au manque de ressources ou à l'incompatibilité des croyances de départ). Même si l'on adopte une innovation, on ne peut pas la mettre en œuvre correctement, ou même pas du tout (elle est adoptée par l'organisme, mais les membres ne l'utilisent pas). En dernier lieu, même les innovations mises en œuvre risquent de ne pas être retenues.

Ayant cerné le potentiel d'échec, Orlandi (1991) recommande une méthode d'élaboration de l'innovation et de planification de la diffusion fondée sur un système de réseaux (1991, p.294). Selon lui, la clé de cette méthode est l'augmentation de la participation du groupe visé à tous les niveaux du processus (*ibid.*). On trouvera une reconstitution de ce modèle à la figure 3. La caractéristique distinctive de cette méthode, qui est à la base de l'atteinte de nos objectifs, est son « système de réseaux » (encadré 3) ainsi que les rôles du système des ressources (concepteurs des GPC) et du système d'utilisateur (médecin et patient) dans la création et le maintien des réseaux. Selon Orlandi, le système des ressources doit collaborer avec le système d'utilisateur à la planification du processus d'innovation pour l'aider à déterminer ses besoins, ses attentes et ses capacités (Orlandi, 1991 p. 296). Ce simple modèle représente un cadre important pour l'élaboration de stratégies participatives liées à la distribution et à la mise en œuvre des GPC, et nous les examinerons en même tant que le modèle du Groupe d'étude, à la section 6.

Un troisième modèle d'intérêt, élaboré par Browman et coll. (1995, 1998) se rapporte tout spécialement à l'élaboration de GPC. Il est intéressant parce que les étapes importantes du processus d'élaboration sont très explicites. Ce cycle compte 8 éléments importants, dont le premier consiste à définir le problème clinique; mais dans ce rapport, nous ne relevons que les trois dernières étapes, soit : 6. Négocier des politiques de pratique; 7. Adopter un guide, et 8. Effectuer les examens indiqués. Les auteurs ne suggèrent pas de stratégie pratique sur la distribution et la mise en œuvre efficaces, mais ils soulignent l'importance de faire participer les utilisateurs ultimes (les cliniciens) aux premières étapes du processus d'élaboration. Pour obtenir cette participation, ils proposent que l'on adopte, entre autres choses, des processus d'élaboration établis par consensus définitif. En fait, dans leur communication de suivi à cette présentation (1998), les auteurs présentent les résultats d'une étude visant à évaluer l'efficacité du processus

leadership et de la pratique; entretenir de bons rapports avec le personnel médical; disposer de l'aide du personnel. Le

de participation des cliniciens utilisateurs ultimes au cycle d'élaboration. Ils concluent qu'il est possible et utile d'obtenir la rétroaction des praticiens. Les suggestions de leurs répondants enrichissent maintenant leurs guides de pratique. Il est intéressant de souligner que cette étude a été effectuée auprès de médecins de l'Ontario. Cependant cette étude a été menée dans un système fermé et très structuré, et principalement auprès d'oncologistes et d'autres spécialistes, plutôt que de médecins de premier recours (Browman et coll., 1998).

Enfin, Lomas (1993c) a élaboré un modèle complexe qu'il a nommé « modèle de mise en oeuvre coordonnée » (voir à la figure 4). Comme son nom l'indique, il est visé la mise en oeuvre des GPC. Comme nous l'avons dit précédemment (voir à la section 4a), les éléments clés de ce modèle sont l'intégration, ou tout au moins la reconnaissance, que les facteurs extérieurs au milieu clinique immédiat influent sur l'adoption du clinicien et sur ses réactions subséquentes à la mise en oeuvre. Le clinicien fait face à des exigences (souvent conflictuelles) provenant de sources économiques, administratives, personnelles et communautaires, ainsi que de ses patients. Les facteurs externes, tels que les nouvelles technologies de l'information et les influences sociales, exercent aussi une influence (Lomas, 1993c). Lomas tient à faire comprendre que les cliniciens ne sont pas des « vases vides » attendant qu'on les remplisse d'information. Il souligne aussi que la complexité de leur situation professionnelle, de leurs expérience personnelle et de leurs besoins influent sur leurs décisions relatives à l'adoption et à la mise en oeuvre. Pour nous aider, Lomas mentionne une série de conditions qui doivent être en place si l'on veut que la mise en oeuvre en milieu clinique réussisse :

- Allier la compétence et la crédibilité du concepteur des CPG à une structure facile à comprendre et insistant sur le besoin de modifier la pratique (c'est-à-dire comparer les méthodes proposées à celles en vigueur).
- Élaborer les guides avec assez de souplesse pour que les cliniciens puissent les adapter à sa situation et les mettre en oeuvre sans avoir besoin de consulter ses collègues ou de collaborer avec eux.
- Transmettre l'importance de la nouvelle méthode par de multiples voies de communication (et non uniquement le guide)
- Informer le clinicien des pairs influents qui envisagent d'adopter le guide (modèles).
- Donner au clinicien l'occasion de discuter en personne de la nouvelle méthode avec un collègue ou un expert de renom.
- Le nouveau guide n'entre pas en conflit avec des incitatifs administratifs ou économiques et ne s'oppose pas aux attentes du patient. (Lomas 1993c, p. 232).

directeur médical, le président et les pairs devraient pouvoir donner leur opinion lors de la sélection des leaders.

En résumé, Lomas affirme que les activités régionales de mise en œuvre incitent les médecins à envisager de modifier leur pratique en permettant, puis en renforçant le changement comportemental souhaité. Chaque domaine de pratique exige des compétences différentes (p. 234). Pour ce qui est des rôles des principaux acteurs du processus général, Lomas affirme que les journaux sont les mieux adaptés au rôle « d'agents de diffusion », et que les organismes universitaires et médicaux peuvent faciliter le processus de distribution. Enfin, les agents locaux, s'ils disposent des bonnes ressources, sont les mieux aptes à faciliter les activités de mise en œuvre.

Preuve de l'efficacité du modèle de réseaux

Il est crucial que tout modèle visant à intégrer au niveau régional des guides élaborés pour tout le pays contienne des intermédiaires. Comme nous l'avons déjà dit, il peut s'agir d'agents de changement comme des leaders d'opinion très respectés par de petits groupes locaux. Dans une macro-analyse, les concepteurs d'un guide national peuvent créer des possibilités de collaboration régionale en oeuvrant avec des organismes nationaux du domaine médical à la création de réseaux. Epps et coll. (1998) ont mené une étude sur l'efficacité du transfert des programmes de prévention médicale (dans ce cas, le programme de lutte contre le tabagisme du *US National Cancer Institute*) aux médecins par l'intermédiaire d'organismes nationaux du domaine médical en utilisant la méthode de formation des formateurs. Phase I du projet : 1) recruter des organismes professionnels nationaux; 2) être commanditaire associé de 50 séances de formation des des formateurs; 3) former 2 000 professionnels qui pourront former leurs collègues. Dans la phase II, chaque instructeur forme 50 collègues (total = 100 000 professionnels formés).

On a utilisé les services d'organismes nationaux du domaine médical pour les raisons suivantes : ils s'intéressaient au contenu (par ex., les politiques sur l'usage du tabac); ils étaient en mesure de joindre un grand nombre de médecins; ils avaient intérêt à participer (c'est-à-dire qu'ils pouvaient présenter cette formation comme un avantage qui leur permettait de recruter et de conserver leurs membres); ils disposaient déjà de voies de communication aux niveaux national, régional et local; enfin, ils pouvaient englober la nouvelle formation dans les activités d'EMP en cours à des congrès d'envergure nationale et régionale.

Les auteurs ont sélectionné ces organismes médicaux selon les critères suivants : compter un grand nombre de médecins de premier recours; organiser des congrès pour fournir de l'EMP; avoir pris position sur la désaccoutumance au tabac; disposer de personnel administratif; avoir des membres affiliés aux niveaux provincial et municipal; posséder un système de communication éprouvé à l'interne et entre les membres; disposer d'une certaine souplesse pour organiser leurs

réunions nationales et régionales à venir. Les auteurs ont attiré ces organismes en leur garantissant qu'ils n'auraient pas à payer de frais supplémentaires (Epps et coll., 1998).

Les auteurs proposent 12 stratégies visant à faciliter la collaboration avec ces groupes :

1. établir des liens avec un membre de la localité
2. trouver un organisme déjà engagé à cette cause (par ex., dans ses politiques en vigueur)
3. trouver un organisme qui possède déjà un programme de ce genre et faire en sorte qu'il ait intérêt à accepter votre méthode (autrement dit, donner la formation sans frais)
4. les inciter à faire participer leur personnel dès le début du programme
5. demander à chacun de nommer un membre de leur personnel comme coordonnateur.
6. rendre le matériel de formation convaincant, adaptable, intéressant et facile à utiliser
7. choisir des membres du corps professoral (formateurs « maîtres ») qui soient experts en la matière et professeurs d'expérience et qui sachent utiliser le matériel didactique
8. offrir des séminaires de formation nationaux complétant des congrès nationaux.
9. offrir des séminaires de formation aux membres - sans frais, avec crédits d'EMP
10. demander à des organismes de bénévolat et sans but lucratif de co-parrainer
11. concevoir un système de collecte de données simple surtout sur l'évaluation des résultats
12. surveiller le programme pour en évaluer l'efficacité et cerner les groupes que l'on n'a pas encore joints.

6. ÉLÉMENTS D'UN MODÈLE QUE LE GROUPE D'ÉTUDE POURRAIT CONCEVOIR

a. Questions fondamentales

1. Quel(s) cadre(s) ou modèle(s) d'organisation le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs peut-il utiliser pour exploiter et intégrer le plus efficacement possible les données sur la distribution et la mise en oeuvre disponibles dans la documentation?
2. Comment ce cadre, ou ce modèle, traitera-t-il les obstacles et les facilitateurs éventuels?

b. Éléments du modèle

Tout modèle visant à faciliter la diffusion, la distribution et la mise en oeuvre doit régler les problèmes relatifs aux quatre éléments d'un modèle de diffusion fondamental : l'expéditeur, le message, la voie de communication et le destinataire.

L'expéditeur

1. Il est directement responsable des processus internes de révision des facteurs relatifs à la précision, au temps opportun, à la globalité et à la convivialité qui facilitent l'adoption et la mise en oeuvre.
2. Il peut favoriser indirectement la mise en oeuvre en se joignant à des initiatives de mise en oeuvre de l'extérieur, en les promouvant ou en y contribuant. Autrement dit, il devrait contribuer, lorsqu'il le peut, à toute initiative facilitant la mise en oeuvre des recommandations du Groupe d'étude.

Le message et les voies de communication

1. Diffusion – On ne cessera de publier dans des revues médicales révisées par des pairs, de rédiger et diffuser périodiquement des monographies par les voies traditionnelles ou par voie électronique. De plus, on continuera de développer et de perfectionner les stratégies de distribution à des auditoires mieux ciblés, comme des groupes spéciaux d'utilisateurs (par ex., des médecins de famille, des professionnels de la santé publique, des décideurs ou des consommateurs). Il faudra des ressources plus appuyer ces activités.

2. Communication

a. Conception du message : Les auteurs de la documentation présentent des conseils sur la façon d'élaborer des guides qui seraient plus aptes à être lus, compris et adoptés. Ils conseillent surtout de présenter les faits avec clareté, précision et détail et de mener des discussions sur les questions difficiles de façon à en réduire autant que possible la complexité. S'il s'agit d'un sujet à controverse, il faudra définir et présenter les deux points de vue de façon impartiale et concise. On pourra présenter les risques et les répercussions et comparer, de façon convaincante, les

avantages de la nouvelle méthode à ceux de la méthode en vigueur. La mise en page et le style devront être agréables et faciliter la compréhension du message au lieu de l'obscurcir.

2b. Sensibilisation : pour faciliter l'adoption, puis la mise en œuvre d'une innovation, une des premières choses à vérifier est si l'auditoire cible en a déjà entendu parler. Il serait bon de suivre des stratégies de publication de communiqués de presse (dans des revues et des bulletins médicaux, etc.); de communication dans les médias; de transmission d'avis par les réseaux que les médecins utilisent (comme les bulletins d'organismes professionnels); d'envoi d'avis électroniques (courriel, affichage dans des sites Web) pour sensibiliser les destinataires une première fois aux GPC qu'on vient de publier.

3. Réseaux – selon Orlandi (1991), les modèles de réseaux constituent une méthode prometteuse qui mérite qu'on l'examine de plus près. Elle s'exprime à deux niveaux :

a) Réseaux avec des organismes - pour faciliter la distribution à grande portée, il est important de se joindre à des réseaux de communication déjà établis. Dans le corps médical canadien, on peut atteindre les médecins de premier recours par l'intermédiaire de leurs collègues et des organismes auxquels ils appartiennent. Ainsi, les médecins de famille sont agréés auprès du Collège des médecins de famille du Canada, et leur section provinciale leur envoie des revues et des bulletins, leur offre de l'enseignement médical permanent (EMP), etc. Il est crucial de s'associer avec le *National College*, à ses sections provinciales et à ses initiatives locales, d'une part pour avoir accès à son réseau de communication, mais surtout pour encourager l'élaboration commune d'initiatives de promotion de la mise en œuvre des GPC. Certaines initiatives lancées dans le passé, comme l'élaboration d'une carte murale représentant graphiquement les services préventifs recommandés par le Groupe d'étude (endossée par l'Association médicale canadienne et par le Collège des médecins de famille du Canada) se sont avérées très efficaces. Le D^r Feightner, président du Groupe d'étude et la D^{re} Handfield-Jones, directrice de l'EMP, ont déjà tenu des discussions préliminaires très prometteuses à ce sujet.

b) Réseaux entre les gens – comme on le lit déjà dans la documentation, les meilleures stratégies visant à inciter les médecins à adopter de nouvelles connaissances comprennent une communication interpersonnelle appelant à la participation des destinataires ainsi qu'à la collaboration de leaders d'opinion ou de professeurs renommés et de visiteurs médicaux; elles doivent aussi comprendre un phase de vérification et de rétroaction. Nous suggérons une étude de faisabilité sur le dépistage de leaders d'opinion et d'autres partenaires aux niveaux local, provincial et national effectuée à partir des méthodes efficaces décrites aux pages 16 à 18. On pourrait inviter ces leaders d'opinion à participer à diverses étapes du cycle d'élaboration des GPC, y compris celle de la détermination des priorités. Les experts du contenu pourraient aider à la

rédaction ou à la révision dès le début du processus d'élaboration, puis agir à titre de promoteurs ou d'agents de modification à l'étape de la distribution.

Pour que cette méthode de réseaux multiples réussisse, il serait crucial de créer des réseaux de communication stables et de bien appuyer les partenaires à toutes les phases du processus. Un réseau de médecins de famille importants (leaders d'opinion) constituerait une riche infrastructure de distribution et faciliterait la participation et la mise en oeuvre au niveau local. Évidemment, pour ce faire, il faudra rassembler des ressources.

Le destinataire

1. Système – Dans le cas des organismes, les méthodes de modification du comportement suivantes se sont avérées efficaces : les systèmes de rappel, les systèmes de vérification et de rétroaction et l'appui de ces activités au niveau de la gestion clinique (par ex., bonnes pratiques de surveillance et de consignation). Le Groupe d'étude ne détient ni le mandat, ni les ressources nécessaires pour participer directement aux activités cliniques quotidiennes, mais il peut aider à promouvoir leur mise en oeuvre et leur soutien. Il peut aussi promouvoir la création de nouveaux outils à utiliser dans les bureaux⁷ (comme des affiches, des brochures, des vignettes autocollantes pour tableaux, etc.) et de partenariats avec des groupes chargés de trouver des fonds pour financer ces outils et de promouvoir plus d'études sur le rôle qu'ils jouent dans le cadre de la mise en oeuvre.

2a. Personnes – les médecins – Comme nous l'avons vu, il est très difficile de modifier les pratiques et l'attitude cliniques des médecins. L'apport des pairs à cette fin à été décrit dans la section portant sur la méthode de réseaux décrite ci-dessus. Pour influencer l'attitude des médecins, le Groupe d'étude peut continuer à promouvoir la prévention en l'insérant dans les programmes de cours des écoles de médecine et dans les programmes de formation pour préparer les médecins à fournir des services préventifs. Il peut aussi inciter l'EMP à aider les médecins actuels à perfectionner leurs compétences à l'examen clinique et au counseling. Nous pouvons également aider les médecins surchargés de travail à accéder plus facilement à l'information du Groupe d'étude, en développant son site Web,⁸ par exemple, et en veillant à ce que cette information corresponde aux critères définis ci-dessus.

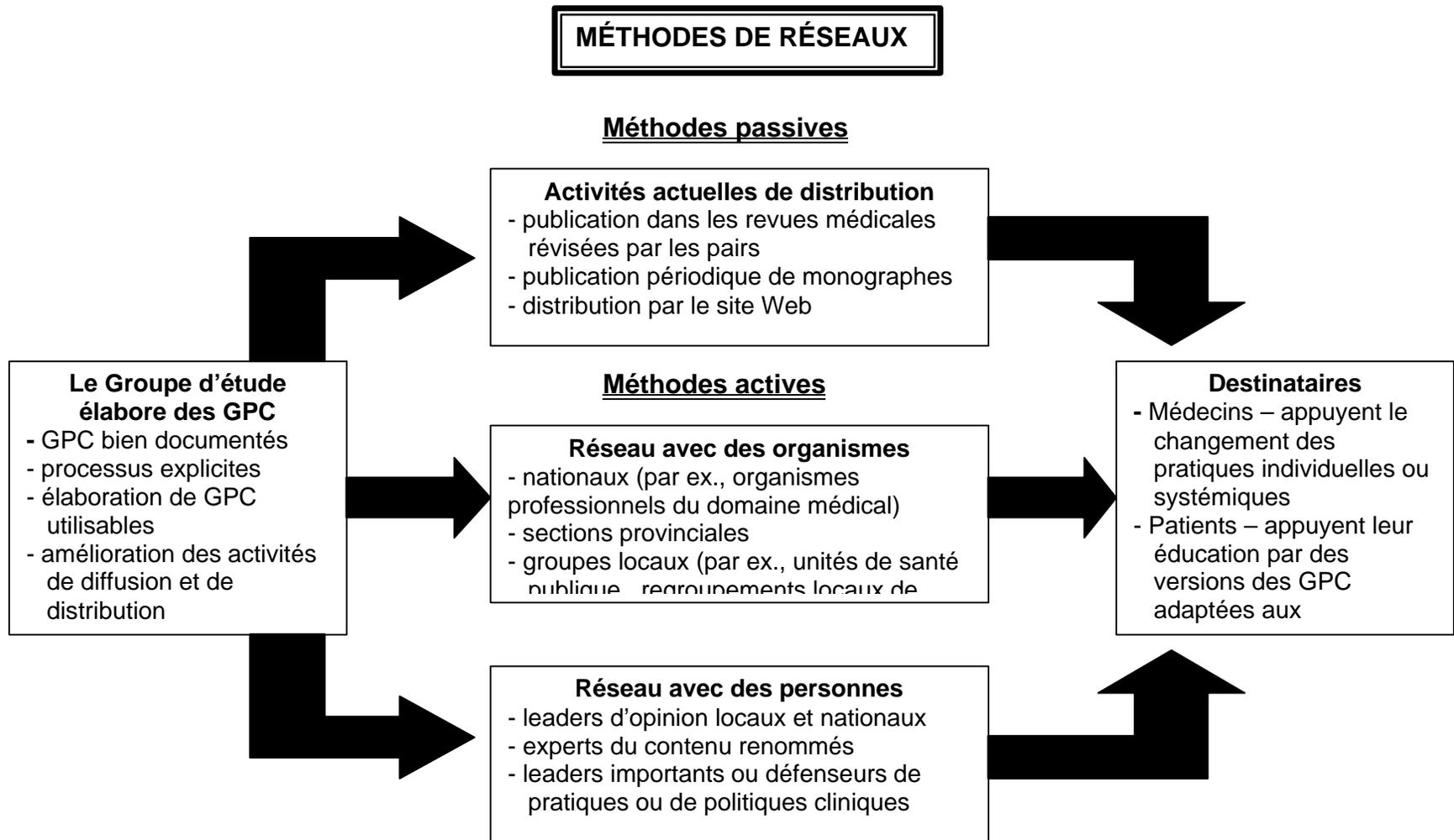
⁷ L'utilisation d'outils pour les bureaux aux fins de promouvoir des pratiques cliniques et des services préventifs ne s'est pas du tout avérée efficace. On n'a cependant mené que très peu de recherche sur l'utilisation de ces outils dans le cadre d'un système de mise en oeuvre à plus vaste portée. De plus, on ne sait rien de l'utilisation de ces outils pour sensibiliser ou pour inciter à l'adoption de pratiques nouvelles.

⁸ On mène actuellement un projet de recherche pour inciter des médecins à contribuer à l'élaboration et à l'évaluation de ce site Web.

2b. Personnes – les patients – Une autre façon de veiller à ce que les patients reçoivent des services préventifs serait de leur indiquer quelles mesures préventives sont efficaces, et lesquelles ne le sont pas. Si les patients demandent des mesures préventives, les médecins seront fortement incités à les administrer (Sander et coll., 1996; Roter, 1984; Flocke et coll., 1998). En outre, il est bon, de manière générale, que les patients apprennent à vivre d'une façon saine. Le Groupe d'étude cherche actuellement le meilleur moyen de transmettre directement aux patients son information scientifiquement documentée. Une des possibilités serait de se joindre à des organismes de promotion nationaux et locaux, comme les unités de la santé publique.

Le graphique de la page suivante présente les éléments clés du modèle que le Groupe d'étude examine à l'heure actuelle.

Éléments de l'infrastructure que le Groupe d'étude utilisera éventuellement pour la distribution et la mise en oeuvre



7. ÉTAPES SUIVANTES, AVEC MÉCANISMES DE DISTRIBUTION POSSIBLES

a. Tâches de recherche et de développement

1. Cerner les mécanismes de réseaux et les partenaires à chaque niveau du modèle, y compris les organismes nationaux, provinciaux et locaux ainsi que les leaders d'opinion de la région. Pour dépister les leaders d'opinion, on peut commencer par s'adresser aux personnes suivantes :

- présidents des départements de médecine familiale des universités
- chefs des services de médecine familiale des hôpitaux de la région
- directeurs des sections provinciales d'organismes professionnels (comme le Collège des médecins de famille)
- responsables locaux d'EMP
- et ainsi de suite.

Il ne suffit pas de trouver des leaders d'opinion. Il faut aussi mieux comprendre le rôle qu'ils jouent au sein du système de réseaux (ainsi, certains d'entre eux apportent leur rétroaction sur les aspects cliniques d'un guide, alors que d'autres participent aux initiatives de mise en œuvre).

2. Élaborer le modèle plus avant avec les partenaires trouvés, en profitant des « leçons apprises » décrites dans la documentation.

3. Faire l'essai du modèle a) mener un examen ou un projet pilote, b) perfectionner le modèle, et c) le mettre à l'essai à une plus grande échelle.

4. Obtenir les ressources nécessaires pour les points 2 et 3 ci-dessus.

b. Plan de distribution

Le présent rapport et l'information d'arrière-plan qu'il contient seront distribués de la façon suivante :

1. Nous allons perfectionner l'étude de la documentation, puis rédiger un rapport que l'on pourra publier dans une revue professionnelle révisée par les pairs;

2. Nous présenterons la version perfectionnée du modèle à des réunions et à des congrès de professionnels de la santé, ainsi qu'aux délibérations d'une des prochaines réunions du Groupe d'étude et éventuellement à des groupes de médecins très scientifiques comme HealNet, etc.;

3. Nous pourrions présenter le modèle au groupe d'étude américain sur les services préventifs pour voir si ses membres seraient intéressés à collaborer avec nous;

4. L'information d'arrière-plan pertinente sera affichée au site Web international du Groupe d'étude canadien.

8. BIBLIOGRAPHIE

Anderson, J. G., S. J. Jay, J. Perry, M. M. Anderson et H. M. Schweer. « Informal communication networks and change in physicians' practice behavior », *Proc Annu Conf Res Med Educ.*, 1988, n° 27, p. 127-32.

Anderson, J. G., et S. J. Jay. « Computers and clinical judgment: the role of physician networks », *Soc Sci Med.*, 1985, vol. 85, n° 20, p. 969-79.

Belcher, D. W., A. O. Berg et T. S. Inui. « Practical approaches to providing better preventive care: Are physicians a problem or a solution », dans Battista, R. N., et R. S. Lawrence (dir.), *Implementing Preventive Services*, New York, American Journal of Preventive Medicine, 1988.

Berger, J. T., et F. Rosner. « The ethics of practice guidelines », *Arch Intern Med*, 1996, n° 156, p. 20516.

Bero, L. A., et A. R. Jadad. « How consumers and policymakers can use systematic reviews for decision making », *Ann Intern Med.*, 1997, n° 97, p. 37-42.

Browman, G. P., M. N. Levine, E. A. Mohide, R. S. Hayward, K. I. Pritchard, A. Gafni et A. Laupacis. « The practice guidelines development cycle: a conceptual tool for practice guidelines development and implementation », *J Clin Oncol*, févr. 1995, vol. 13, n° 2, p. 502-12.

Browman, G. P., T. E. Newman, E. A. Mohide, I. D. Graham, M. N. Levine, K. I. Pritchard, W. K. Evans, J. A. Maroun, D. I. Hodson, M. S. Carey et D. H. Cowan. « Progress of clinical oncology guidelines development using the Practice Guidelines Development Cycle: the role of practitioner feedback », *J Clin Oncol*, mars 1998, vol 16, n° 3, p. 1226-31.

Groupe canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*, Ottawa, CCG, 1994.

Clarke, A., & Associates. *A Literature Review to Identify Principles to Facilitate Physician Behaviour Change to Adopt and Implement Clinical Practice Guidelines. Report commissioned for Adult Health Division*, [s. l.], Santé Canada, novembre 1998.

Conroy, M., et W. Shannon. « Clinical Guidelines: their implementation in general practice », *British Journal of General Practice*, 1995, n° 45, p. 371-5.

Cook, D. J., N. L. Greengold, A. G. Ellrodt et S. R. Weingarten. « The relation between systematic reviews and practice guidelines », *Ann. Intern. Med.*, 1997, vol. 127, n° 3, p. 210 et 216.

Cosmas, S. C., et J. N. Sheth. « Identification of Opinion Leaders Across Cultures: an assessment for use in the diffusion of innovations and ideas », *Journal of International Business Studies*, 1980, n° 7, p. 66-73.

Covell, D. G., G. C. Uman et P. R. Manning. « Information needs in office practice: are they being met? », *Ann Intern Med.*, 1985, vol. 85, n° 4, p. 596-599.

Davis, D. A., et A. Taylor-Vaisey. « What the literature says: translating guidelines into practice », dans *Implementing Clinical Practice Guidelines: A Handbook for Practitioners*, Association médicale canadienne, 1997.

Davis, D. A., M. A. Thomson, A. D. Oxman et R. B. Haynes. « Evidence for the effectiveness of CME », *JAMA*, 1992, n° 268, p. 11117.

Davis, D. A., M. A. Thomson, A. D. Oxman et R. B. Haynes. « Changing physician performance: A systematic review of the effect of educational strategies », *JAMA*, 1995, n° 274, p. 700-705.

Epps, R. P., M. W. Manley, C. G. Husten, T. P. Houston, L. R. Martin et T. J. Glynn. « Transfer of preventive health programs to physicians' practices through medical organizations », *Am J Prev Med.*, janv. 1998, vol 14, n° 1, p. 25-30.

Flocke, S. A., K. C. Stange et S. J. Zyzanski. « The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services », *Med Care*, août 1998, vol 36, n° 8 (suppl.), p. AS21-30.

Fox, R. D., P. E. Mazmanian et R. W. Putnam. *Change and Learning in the Lives of Physicians*, New York (NY), Praeger Publishers, 1989.

Frame, P. S. « Clinical prevention in primary care: everyone talks about it, why aren't we doing it? », *J Am Board Fam Pract.*, 1994, vol 7, n° 5, p. 449-51.

Gates, P. E. « Think Globally, Act Locally: an approach to implementation of clinical practice guidelines », *Journal of Quality Improvement*, 1995, vol. 21, p. 71-84.

Glanville, J., M. Haines et I. Auston. « Getting research findings into practice: Finding information on clinical effectiveness », *BMJ*, 1998, n° 317, p. 200-203.

Greco, P. J. et J. M. Eisenberg. « Changing physicians' practices », *N Engl J Med.*, 1993, n° 329, p. 12714.

Grilli, R., et J. Lomas. « Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline », *Med Care*, 1994, vol. 32, n° 3, p. 202-13

Grimshaw, J. M., et I. T. Russell. « Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations » [voir remarques], *Lancet*, 1993, n° 93, p. 1317-1322.

Grol, R., J. Dalhuijsen, S. Thomas, C. Veld, G. Rutten et H. Mokkink. « Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study », *BMJ*, 26 sept. 1998, vol. 317, n° 7162, p. 858-61.

Grol, R. « Development of guidelines for general practice care », *Br J Gen Pract*, 1993, vol. 43, n° 369, p. 146-51.

Haynes, B., et A. Haines. « Getting research findings into practice: Barriers and bridges to evidence based clinical practice », *BMJ*, 1998, n° 317, p. 273-276

Hayward, R. S. A., G. H. Guyatt, K. A. Moore, K. A. McKibbon et A. O. Carter. « Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1997, n° 156, p. 1715-23.

Hibble, A., D. Kanka, D. Pencheon et F. L. Pooles. « Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? », *British Medical Journal*, 26 sept. 1998, vol. 317, n° 7162, p. 862-863.

Hiss, R. G., R. Macdonald et W. K. Davis. « Identification of physician educational influentials (EI's) in small community hospitals », *Res Med Educ*, 1978, n° 17, p. 283-88.

Hutchison, B. G., J. Abelson, C. A. Woodward et G. Norman. « Preventive care and barriers to effective prevention. How do family physicians see it? », *Canadian Family Physician*, sept. 1996, n° 42, p. 1693-1700.

Institute of Medicine (Field, M. J. et K. N. Lohr, directeurs de l'ouvrage). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington (D.C.), National Academy Press, 1990.

Jadad, A. R. et A. Gagliardi. « Rating health information on the Internet: navigating to knowledge or to Babel? », *JAMA*, 1998, vol. 279, n° 8, p. 611-614.

Kaluzny, A. D., T. R. Konrad et C. P. McLaughlin. « Organizational strategies for implementing clinical guidelines » [voir remarques], *Jt Comm J Qual Improv.*, 1995, n° 95, p. 347-51.

Karuza, J., E. Calkins, J. Feather, C. O. Hershey, L. Katz et B. Majeroni. « Enhancing Physician Adoption of Practice Guidelines », *Arch Intern Medicine*, 1995, n° 155, p. 625-32.

Kuller, A. B., C. B. Wessel, D. S. Ginn et T. P. Martin. « Quality filtering of the clinical literature by librarians and physicians », *Bull Med Libr Assoc*, 1993, vol. 81, n° 1, p. 38-43.

Leckie, G. J., K. E. Pettigrew et C. Sylvain. « Modeling the information seeking of professionals: A general model derived from research on engineers, health care professionals, and lawyers. », *LQ*, 1996, vol. 66, n° 2, p. 161-193.

Lomas, J. « Diffusion, dissemination & implementation: who should do what? », *Ann NY Acad Sci*, 1993 (b), n° 93, p. 226-35.

Lomas, J. « Making clinical policy explicit. Legislative policy making and lessons for developing practice guidelines », *Int. J. Technol. Assess. Health Care*, 1993(a), no 9, p. 11-25.

Lomas J. « Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth », *Milbank Q.*, 1993(c), vol. 71, n° 3, p. 439-75.

Marshall, J. « Issues in clinical information delivery », *Lib Trends*, 1993, vol. 42, n° 1, p. 83-107.

Onion, C. W., C. E. Dutton, T. Walley, C. J. Turnbull, W. T. Dunne et I. E. Buchan. « Local clinical guidelines: description and evaluation of a participative method for their development and implementation », *Fam Pract.*, 1996, n° 96, p. 28-34.

Orlandi, M. A., C. Landers, R. Weston et N. Haley. « Diffusion of Health Promotion Innovations » dans Glanz, K., F. Lewis et B. Rimer, dir., *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1991, p. 288-313.

Orlandi, M. A. « Health promotion technology transfer: organizational perspectives », *Can. J. Public Health*, 1996, no 87, suppl. 2, p. S28-33.

Orlandi, M. A. « The diffusion and adoption of worksite health promotion innovations: an analysis of barriers », *Prev.Med.*, 1986, n° 15, p. 522-36.

Petrie, J. C., J. M. Grimshaw et A. Bryson. . *The Scottish Intercollegiate Guidelines Network Initiative: getting validated guidelines into local practice*, *Health Bull* (Édimbourg), 1995, n° 53, p. 345-348.

Prochaska, J. O. « Assessing how people change », *Cancer*, févr. 1991, vol. 1, n° 67, suppl. 3, p. 805-807.

Prochaska, J. O., C. C. DiClemente et J. C. Norcross. « In search of how people change: Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, 1992, vol. 47, n° 9, p. 1102-1114.

Prochaska, J. O., W. F. Velicer, C. C. DiClemente et J. Fava. « Measuring processes of change: Applications to the cessation of smoking », *J. Consulting & Clinical Psychology*, 1988, vol. 56, n° 4, p. 520-528.

Rogers, E. M. *Diffusion of Innovations*, 4e éd., New York, The Free Press, 1995.

Roter, D. L. « Patient question asking in physician-patient interaction », *Health Psychol*, 1984, vol. 3, n° 5, p. 395-409.

Sackett, D. L., et al. *Evidence-based medicine : how to practice and teach EBM*, New York et Édimbourg, Churchill Livingstone, 1997.

Sander, R. W., R. L. Holloway, B. C. Eliason, A. M. Marbella, B. Murphy et S. Yuen. « Patient-initiated prevention discussions. Two interventions to stimulate patients to initiate prevention discussions », *J Fam Pract*, nov. 1996, vol. 43, n° 5, p. 468-74.

Soumerai, S. B., et J. Avorn. « Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making », *JAMA*, 26 janv. 1990, vol. 263, n° 4, p. 549-56.

Soumerai, S. B., T. J. McLaughlin, J. H. Gurwitz et al. « Effect of Local Medical Opinion Leaders on Quality of Care for Acute Myocardial Infarction », *JAMA*, 1998, n° 279, p. 1358-1363.

Thomson, M. A., A. D. Oxman, R. B. Haynes, D. A. Davis, N. Freemantle et E. L. Harvey. *Local Opinion Leaders to Improve Health Professional Practice and Health Care Outcomes*, [s. l.], The Cochrane Library, 1998, p. 1-11.

Tunis, S. R., R. Hayward, M. Wilson et al. « Internists' Attitudes about Clinical Practice Guidelines », *Ann Intern Med.*, 1994, n° 120, p. 956-63.

Wall, E. M., J. Susman, M. D. Hagen et M. LeFevre. « An overview of clinical policies with implications for clinical practice, medical education, and research », *Fam. Med.*, 1994, vol. 26, n° 5, p. 314 -318.

Weingarten, S., E. Stone, R. Hayward, S. Tunis, M. Pelter, H. Huang et R. Kristopaitis. « The adoption of preventive care practice guidelines by primary care physicians: do actions match intentions? », *J Gen Intern Med*, mars 1995, vol 10, n° 3, p. 138-144.

Wensing, M., et R. Grol. « Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review », *Int J Qual Health Care*, juin 1994, vol. 6, n° 2, p. 115-132.

Wensing, M., T. Van Der Weijden et R. Grol. « Implementing Guidelines and Innovations in General Practice: which interventions are effective? », *British Journal of General Practice*, 1998, n° 48, p. 991-997.

Winkler, J. D., K. N. Lohr et R. H. Brook. « Persuasive communication and medical technology assessment », *Arch Intern Med*, févr. 1985, vol. 145, n° 2, p. 314-317

Wise, C. G., et J. E. Billi. « A model for practice guideline adaptation and implementation: empowerment of the physician » [voir remarques], *Jt Comm J Qual Improv.*, 1995, n° 21, p. 465-476.

Woolf, S. H. « Practice guidelines: what the family physician should know », *Am Fam Physician*, 1^{er} mai 1995, vol. 51, n° 6, p. 1455-1463.

Worrall, G., P. Chaulk et D. Freake. « The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review », *JAMC*, 15 juin 1997, vol. 156, n° 12, p. 1705-1712.

Tableau 1
Sources d'information mentionnées par les médecins

De : Hayward et coll. (1997). CMAJ 156(12); 1715-23.

Sources d'information utilisées par les répondants, selon la fréquence d'utilisation				
Source	Fréquence d'utilisation; n° (et %*) de répondants			
	Jamais ou chaque année	Chaque mois	Chaque jour ou chaque semaine	Pas de réponse
Conversations avec des collègues ou des consultants	40(3)	1000(16)	647(81)	191
Articles de synthèse dans des revues	129(9)	864(51)	685(40)	200
Manuels de médecine	309(18)	701(42)	638(40)	230
Cartes format porte-feuille	633(34)	480(31)	492(35)	273
Rapports de recherche publiés dans des revues	397(31)	709(41)	551(28)	221
Bulletins de mise à jour (par ex., <i>Medical Letter</i>)	635(35)	717(48)	266(17)	260
GPC	823(48)	581(38)	201(14)	273
Cours d'enseignement médical permanent (EMP)	1067(55)	450(34)	152(11)	209
Recherche informatique dans la documentation (par ex., MEDLINE)	968(68)	482(22)	192(10)	236
Exposés de principes de regroupements de médecins	922(61)	585(33)	92(6)	279
Polices d'assurance provinciale ou territoriale	1407(86)	146(12)	27(2)	298
*La somme des pourcentages n'atteint pas toujours 100 à cause de la pondération par strate de l'échantillonnage.				

Figure 1

Adaptation des données probantes de la recherche à la pratique

De : Haynes et Haines (1998). *BMJ*, 317, 273-276

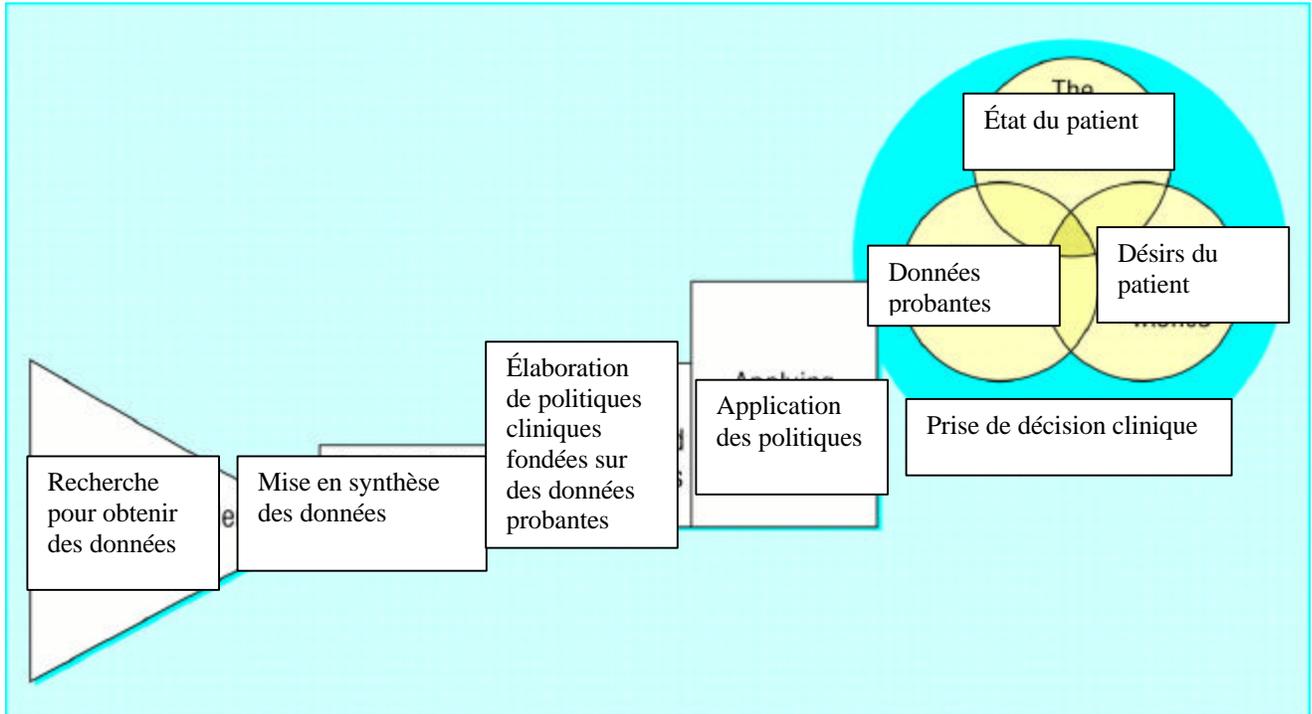


Figure 2

Cascade des guides : étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre des guides de pratique clinique et facteurs influant sur l'adoption des guides. Adaptation de Fox, Mazmanian et Putnam telle que présentée par David et Taylor-Vaisey, 1997.

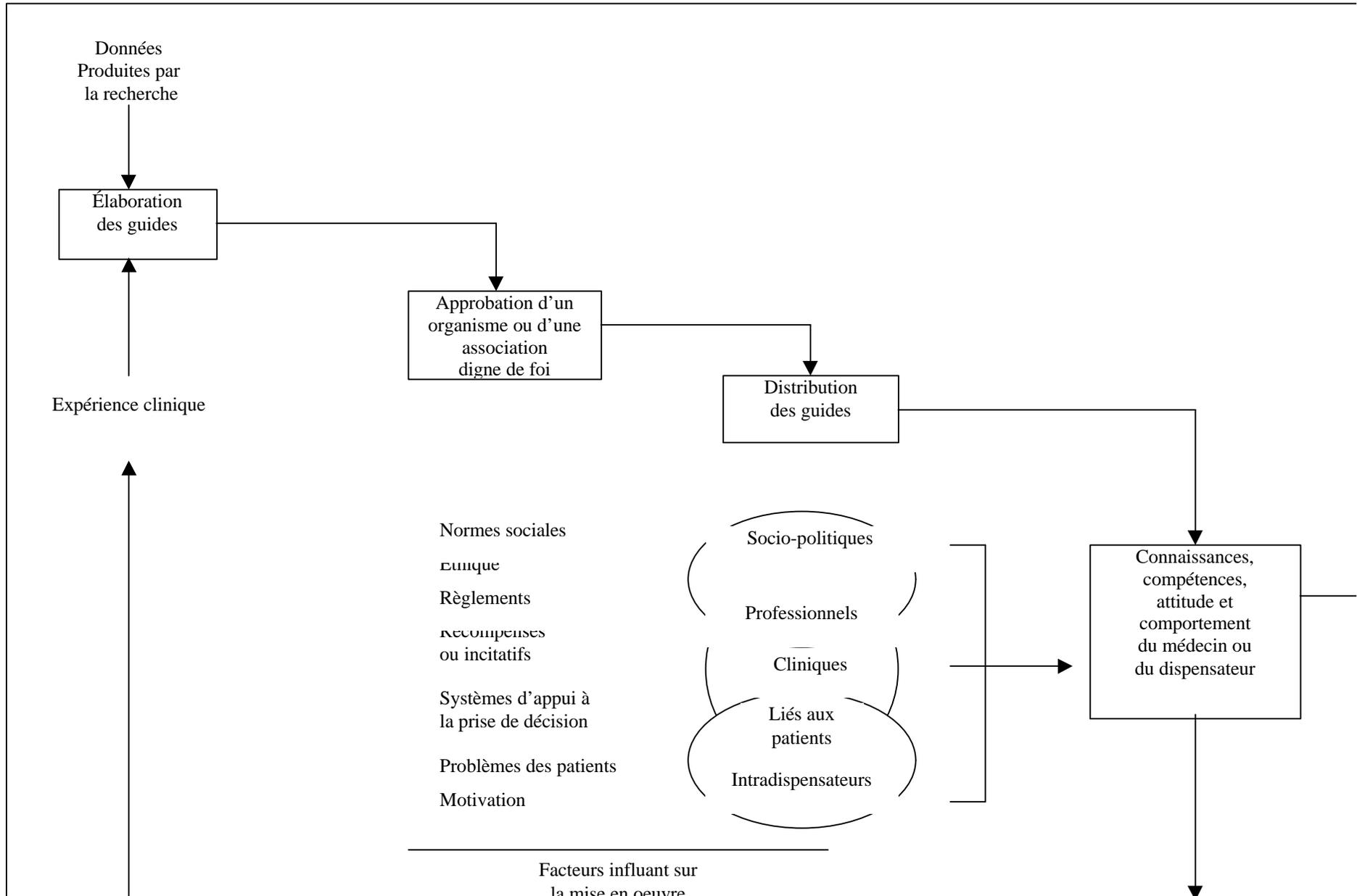
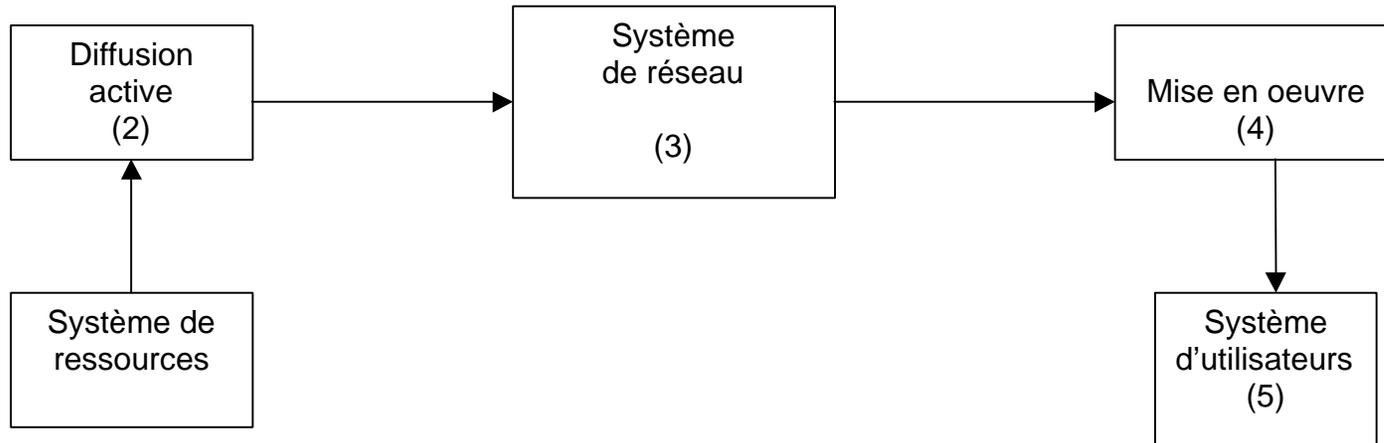


Figure 3 : Modèle de la méthode de réseaux d'Orlandi



1. Le système de ressources se compose des chercheurs, des concepteurs, des formateurs, des consultants, des services, des produits et des documents.
2. Le processus de diffusion représente la gamme d'activités menées spécifiquement pour divulguer une innovation à des groupes ciblés avec précision.
3. Le système de réseau se compose de représentants des systèmes de ressources, d'utilisateurs, d'agents de modification et d'activités de planification stratégique.
4. Le processus de mise en œuvre peut être dirigé par les membres du système d'utilisateurs qui y ont été formés ou par ceux du système de ressources. Il est surtout essentiel que le processus de mise en œuvre et que l'innovation elle-même aient été conçus en collaboration, ce qui augmente les chances d'utiliser autant que possible des méthodes efficaces tout en respectant les différences culturelles.
5. Le système d'utilisateurs se compose de personnes, d'organismes, de groupes et de réseaux.

Figure 4 : Modèle de mise en oeuvre coordonnée de Lomas
(de : *The Milbank Quarterly* 1993;71:439-475)

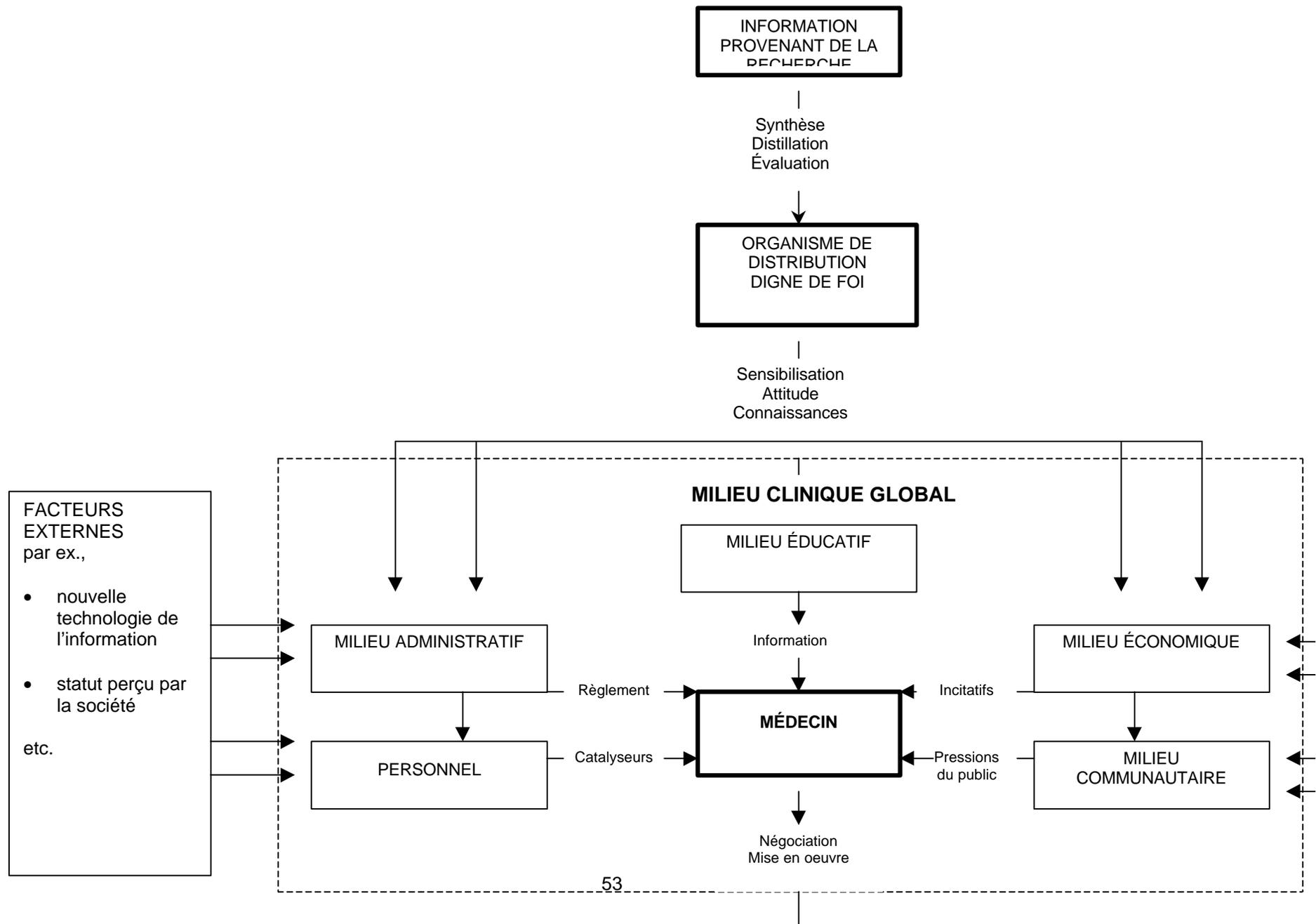


Tableau 2a

**Attributs, facteurs et raisons à inclure
dans l'instrument de repérage des formateurs influents**

<u>Attribut</u>	<u>Facteurs</u>	<u>Raisons à inclure</u>
Ils transmettent l'information de façon à fournir une expérience d'apprentissage.	Communication	Descriptive et éclairée
Ils s'expriment clairement et vont droit au point - ils donnent d'abord l'information pratique, puis une explication si le temps le permet.	Communication	Éclairée
Ils prennent la peine de vous donner une réponse complète, ils ne vous laissent pas l'impression qu'ils étaient trop occupés pour répondre à votre question.	Communication	Descriptive
Ils sont heureux et prêts à partager leurs connaissances.	Communication	Descriptive
Ce sont des gens qui aiment enseigner.	Savoir	Éclairé
Leurs connaissances du domaine médical sont bien à jour et très approfondies.	Savoir	Descriptif
Ils font preuve d'une grande expertise clinique.	Savoir	Descriptif
Ce sont des médecins qui aiment leurs patients et qui font preuve d'un sens hautement humaniste.	Humanisme	Descriptif
Ils ne vous regardent jamais de haut, ils vous traitent d'égal à égal, même s'il est clair qu'ils vous apportent de l'aide.	Humanisme	Descriptif

Tableau 2b : Définition de l'instrument de repérage des collègues respectés

Dans les trois paragraphes qui suivent, nous allons chercher à définir les traits comportementaux dont font preuve les médecins lorsqu'ils interagissent officieusement avec leurs collègues pendant une journée clinique bien ordinaire. Ces traits proviennent d'une étude menée auprès de plus de trois cents médecins. La plupart d'entre eux conservent ces traits pendant toute leur carrière. Mais, comme dans le cas de toutes les interactions humaines, certains d'entre eux expriment ces comportements plus souvent ou plus régulièrement que d'autres. Nous aimerions que vous nous disiez quel(s) médecin(s), dans votre hôpital, ressemblent le plus aux personnes décrites dans les paragraphes ci-dessous.

Veillez lire avec soin chacun des paragraphes ci-dessous et indiquer le(s) nom(s) du ou des médecins qui correspond le mieux à chaque description. Vous pouvez nommer jusqu'à trois médecins pour chaque paragraphe. Vous pouvez nommer un même médecin dans plusieurs paragraphes. Nous vous rappelons que toute l'information présentée dans cette étude demeure strictement confidentielle.

Paragraphe A

Ils transmettent l'information de façon à fournir une expérience d'apprentissage. Ils s'expriment clairement et vont droit au point – ils apportent d'abord des renseignements pratiques, puis ils les expliquent ou les justifient s'ils en ont le temps. Ils prennent la peine de répondre entièrement à vos questions, sans vous laisser dans l'impression qu'ils étaient trop occupés pour vous répondre. Ils sont heureux et prêts à partager toutes leurs connaissances.

NOM _____
NOM _____
NOM _____

Paragraphe B

Ces personnes aiment enseigner. Leurs connaissances du domaine médical sont à jour et très approfondies. Ils font preuve d'une grande expertise clinique.

NOM _____
NOM _____
NOM _____

Paragraphe C

Ce sont des médecins qui aiment leurs patients et qui font preuve d'un sens hautement humaniste. Ils ne vous regardent jamais de haut, ils vous traitent d'égal à égal, même s'il est clair qu'ils vous apportent de l'aide.

NOM _____
NOM _____
NOM _____

Reproduit de Hiss et coll., Res. Med. Educ. 1978; 17: 287.

Annexe 1

Annotation des principaux articles

Browman GP, Levine MN, Mohide EA, Hayward RS, Pritchard KI, Gafni A, Laupacis A. *The practice guidelines development cycle: a conceptual tool for practice guidelines development and implementation.* J Clin Oncol 1995 Feb;13(2):502-12.

Browman GP, Newman TE, Mohide EA, Graham ID, Levine MN, Pritchard KI, Evans WK, Maroun JA, Hodson DI, Carey MS, Cowan DH. *Progress of clinical oncology guidelines development using the Practice Guidelines Development Cycle: the role of practitioner feedback.* J Clin Oncol 1998 Mar;16(3):1226-31. [pas traduits]

Les auteurs ont créé un modèle d'élaboration de guides de pratique clinique (1995). Ce modèle est intéressant, car il présente très clairement les étapes clés du processus d'élaboration. Le cycle se compose de huit éléments, dont le premier consiste à définir le problème clinique; mais dans ce rapport, nous ne relevons que les trois dernières étapes, soit : 6. négocier des politiques de pratique; 7. adopter un guide, et 8. effectuer les examens indiqués. Les auteurs ne suggèrent pas de stratégie pratique sur la distribution et la mise en oeuvre efficaces, mais ils soulignent l'importance de faire participer les utilisateurs ultimes (les cliniciens) aux premières étapes du processus d'élaboration. Pour obtenir cette participation, ils proposent que l'on adopte, entre autres choses, des processus d'élaboration établis par consensus définitif. En fait, dans leur communication de suivi à cette présentation (1998), les auteurs présentent les résultats d'une étude visant à évaluer l'efficacité du processus de participation des cliniciens utilisateurs ultimes au cycle d'élaboration. Ils concluent qu'il est possible et utile d'obtenir la rétroaction des praticiens. Les suggestions de leurs répondants enrichissent maintenant leurs guides de pratique. Il est intéressant de souligner que cette étude a été effectuée auprès de médecins de l'Ontario.

Clarke, A & Associates. *A Literature Review to Identify Principles to Facilitate Physician Behaviour Change to Adopt and Implement Clinical Practice Guidelines.* Rapport mandaté par la Division de la santé des adultes, Santé Canada, novembre 1998.

Ce rapport récemment préparé pour Santé Canada est un survol complet de la documentation traitant de plusieurs principes qui reflètent, avec données probantes à l'appui, des programmes ayant réussi à modifier le comportement des médecins relatif à l'adoption et à l'application de guides de pratique clinique.

Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. *Evidence for the effectiveness of CME.* JAMA 1992; 268:1111-7.

Davis, DA, Thomson, MA, Oxman, AD, Haynes, RB. *Changing physician performance: A systematic review of the effect of educational strategies.* JAMA_1995 274, 700-705.

Dans ces rapports, Davis et coll. examinent la documentation traitant de l'efficacité de méthodes d'enseignement médical permanent (EMP) et d'autres stratégies visant à modifier le comportement des médecins. Les auteurs concluent que les méthodes traditionnelles d'EMP manquent souvent d'efficacité (1992), et que les méthodes de modification du comportement des médecins par l'enseignement ne sont généralement pas aussi efficaces qu'on l'escompte (1995).

Epps RP, Manley MW, Husten CG, Houston TP, Martin LR, Glynn TJ. *Transfer of preventive health programs to physicians' practices through medical organizations.* Am J Prev Med 1998 Jan;14(1):25-30.

Description d'une étude sur la communication d'un programme de prévention à des médecins par l'entremise d'organismes nationaux du domaine médical et à l'aide de la méthode de formation des formateurs. Les auteurs ont choisi de le faire par l'entremise de ces organismes pour les raisons suivantes : ils s'intéressent au contenu; ils atteignent un grand nombre de médecins; ils ont le désir de participer (parce que cette formation pourrait encourager les membres à ce joindre à l'organisme, ou à y demeurer inscrits); ils disposent déjà de réseaux de communication de portée nationale, régional et locale; ils ont aussi l'occasion de joindre cette nouvelle formation à leurs activités d'EMP au cours de leurs congrès nationaux et régionaux. Les auteurs offrent 12 stratégies visant à faciliter la collaboration de ces groupes.

Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. *Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study.* BMJ 1998 Sep 26;317(7162):858-61.

Les auteurs dressent une liste d'attributs qui facilitent l'adoption et la mise en oeuvre des guides de médecine clinique, puis ils les examinent. Les caractéristiques qui facilitent généralement l'adoption des guides sont celles qui ont trait : à la validité scientifique; à la pertinence et à la facilité d'application dans la pratique; à la conception et au style; à la compatibilité avec des valeurs et des pratiques en vigueur; à la complexité et aux répercussions sur le travail des dispensateurs de soins de santé; aux patients et à la gestion clinique; aux risques que pose l'application du guide. Les raisons qui incitent les médecins à appliquer un guide sont les suivantes : 1) « il présente des données probantes »; et 2) « il est décrit de manière concrète et précise ». D'un autre côté, les médecins ont tendance à ne pas appliquer un guide pour les raisons suivantes : 1) « le guide prête à controverse et ne correspond pas aux valeurs suivies; et 2) « il exige qu'on modifie les pratiques et la gestion des effets en vigueur ».

Hayward RSA, Guyatt GH, Moore K-A, McKibbon KA, Carter AO. *Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines.* Can Med Assoc J 1997; 156:1715-23.

Les auteurs ont mené une étude auprès des médecins canadiens pour mieux comprendre l'information qu'ils préfèrent, qu'ils utilisent et dont ils ont besoin (nota : les médecins de premier recours constituaient environ un tiers des 3000 médecins canadiens de l'échantillon). Les discussions ont le mieux influencé la prise de décision clinique. La formation et la documentation plus traditionnelles se sont aussi avérées efficaces. Les sources d'influence les moins efficaces ont été les suivantes : les cartes de format porte-feuille et les manuels qui résument de nombreux guides, les brefs dépliants, les articles de recherche, les exposés de principe, les recherches de documentation informatisées, et les régimes d'assurance-maladie. Ces résultats correspondent à ceux d'études similaires menées sur les sources d'information que les médecins préfèrent.

Hiss RG, Macdonald, R, Davis WK. *Identification of physician educational influentials (EI's) in small community hospitals.* Res Med Educ 1978; 17:283-88.

Les auteurs ont élaboré un processus de dépistage par les pairs des médecins ayant le plus d'influence dans le domaine de l'enseignement. Ces derniers semblent posséder (plus que les autres médecins) neuf traits de personnalité qui relèvent de trois domaines généraux : la communication, l'humanisme et les connaissances. Les auteurs ont ensuite rédigé un « instrument de dépistage des médecins ayant le plus d'influence dans le domaine de l'enseignement », qui se compose d'un bref paragraphe d'introduction, puis d'une courte description des différents aspects de ces trois domaines généraux. On demande ensuite aux médecins de nommer des collègues

dont la personnalité correspond à l'un de ces domaines. D'autres chercheurs se sont ensuite servis de cette méthode pour trouver des leaders d'opinion qui pourraient participer à des études sur les interventions pédagogiques.

Hutchison BG, Abelson J, Woodward CA, Norman G *Preventive care and barriers to effective prevention. How do family physicians see it? Can Fam Physician* 1996 Sep;42:1693-700. [Pas traduit]

Hutchison et coll. (1996) examinent les obstacles qui entravent la diffusion des guides de prévention, surtout les recommandations du Groupe d'étude, auprès des médecins canadiens de premier recours. Ils citent d'autres obstacles dans le domaine de la prévention, comme le manque de motivation des patients, leurs attentes face au counseling sur la promotion de la santé, et le système de remboursement qui n'encourage pas les pratiques de prévention. Les résultats de cette étude révèlent un écart important entre la quantité de soins préventifs que les médecins pensent devoir prodiguer et la quantité qu'ils en dispensent en réalité. Les auteurs concluent que cet écart pourrait inviter au changement et créer un climat d'adoption des stratégies visant à améliorer le rendement des soins préventifs. Ils ajoutent que bien des médecins de famille pourraient appuyer la modification de l'organisation de la médecine clinique, des dossiers cliniques et des systèmes d'information pour mieux promouvoir les soins préventifs et anticipés, des initiatives visant à informer public sur les soins préventifs, ainsi que de l'élaboration et de la mise en oeuvre de systèmes de rappels efficaces (p. 1698).

Kaluzny AD, Konrad TR, McLaughlin CP. *Organizational strategies for implementing clinical guidelines [voir les commentaires]. Jt Comm J Qual Improv.* 1995;95:347-51.

Les auteurs présentent certaines caractéristiques du processus de mise en oeuvre qui le rendent efficace, autres que celles concernant le message, son expéditeur et son destinataire. La phase de mise en oeuvre elle-même est un processus interactif à plusieurs étapes comportant différents points de décision. Les étapes suivantes sont essentielles : la reconnaissance (que les pratiques en vigueur ne sont pas les meilleures); la définition (par les décideurs clés, du problème et de la solution à y apporter), la mise en oeuvre (utilisation des guides), et l'institutionnalisation (l'intégration des guides aux activités en cours). Toutefois, le cheminement de chaque guide à travers le processus de mise en oeuvre dépend des caractéristiques du guide et de l'organisation. Comme ceci sous-entend un nombre illimité d'interactions possibles, il est essentiel d'élaborer des stratégies de mise en oeuvre correspondant au milieu de l'organisation ou de la clinique. Kaluzny et coll. (1995) suggèrent des stratégies reflétant bien la complexité des guides, des organismes et de l'interaction entre ces deux facteurs. Les auteurs décrivent deux de ces stratégies : l'amélioration de la qualité et la restructuration.

Karuza J, Calkins E, Feather J, Hershey CO, Katz L, Majeroni B. *Enhancing Physician Adoption of Practice Guidelines. Arch Intern Medicine.* 1995;155:625-32.

Karuza et coll. (1995) décrivent un processus de distribution et de mise en oeuvre d'un guide de soins préventifs cliniques établi par consensus. Des médecins de premier recours choisis au hasard ont participé (ou non) à une discussion d'une heure en petits groupes au cours de laquelle ils devaient s'entendre sur la mise en oeuvre d'un guide sur la vaccination antigrippale des aînés (le groupe de contrôle discutait d'un sujet entièrement différent). Les résultats ont indiqué que les médecins qui avaient participé à la discussion sur le vaccin antigrippal avaient augmenté leur taux de vaccination de 34 % par rapport aux membres du groupe de contrôle. Les membres des deux groupes n'ont pas augmenté leurs connaissances sur la grippe ni leur attitude concernant la prévention, qui étaient déjà similaires.

Lomas J. *Diffusion, dissemination & implementation: who should do what? Ann NY Acad Sci* 1993b; 93:226-35.

Lomas (1993b) appuie Rogers en affirmant que l'information doit être intégrée à un processus de communication avant de pouvoir influencer la prise de décision (p. 226). Cependant, certains ont critiqué le manque d'efficacité de plusieurs aspects de ce modèle de diffusion. D'abord, la diffusion de renseignements médicaux se fait souvent de manière passive, sans organisation, sans planification, sans contrôle et ne cible personne en particulier. En fait, ces renseignements sont lâchés au hasard, et ceux qui les attrapent au vol sont déjà prêts à recevoir de l'information nouvelle, qu'ils cherchaient de toutes façons ardemment. Lomas fait remarquer que les utilisateurs ultimes, les personnes qui lisent avidement les revues scientifiques, se font de plus en plus rares. Il en conclut qu'un vrai modèle de diffusion ne s'avère efficace que 1) si les destinataires sont extrêmement motivés; 2) s'ils ont beaucoup à retirer de l'information reçue; enfin, 3) si le bassin d'information est relativement pauvre. Le problème, ajoute Lomas, c'est que de nos jours, les médecins ne remplissent aucune de ces conditions.

Lomas J. *Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth*. *Milbank Q.* 1993c;71(3):439-75.

Dans ce rapport, Lomas (1993c) traite d'un modèle de mise en œuvre coordonnée. Comme son nom l'indique, ce modèle vise la mise en œuvre des GPC. Les éléments clés de ce modèle sont l'intégration, ou tout au moins la reconnaissance, du fait que les facteurs qui entourent le milieu clinique immédiat influent sur la décision que prend chaque médecin quant à l'adoption, puis la mise en œuvre, d'un comportement. Le clinicien est pressé par les exigences (qui entrent souvent en conflit) de sources économiques, administratives, personnelles et communautaires ainsi que par les besoins de ses patients. Les facteurs externes tels que les nouvelles technologies informatiques et les influences sociales jouent aussi un certain rôle. Lomas tient donc à souligner que le clinicien n'est pas un vase vide attendant qu'on le remplisse d'information, et que la décision qu'il prend quant à l'adoption et à la mise en œuvre des guides dépend beaucoup de la complexité de sa propre situation, de son expérience et de ses besoins. Pour nous aider, Lomas définit une série de conditions à bien établir pour que la mise en œuvre des guides de pratique clinique réussisse. Dans son résumé, Lomas affirme que les activités locales de mise en œuvre incitent les médecins à envisager de modifier leurs pratiques en déclenchant le changement comportemental désiré, puis en le renforçant. Il ajoute que chaque activité requiert des compétences différentes (p. 234). En ce qui concerne le rôle des principaux participants à tout le processus, Lomas déclare que les revues sont les meilleurs « agents de diffusion », et que les universités et les instituts médicaux peuvent contribuer au processus de distribution. En fin de compte, les agents locaux disposant de ressources adéquates contribuent le mieux aux activités de mise en œuvre.

Orlandi MA, Landers C, Weston R, Haley N. *Diffusion of Health Promotion Innovations*. In: Glanz K, Lewis F, Rimer B, eds. *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1991:288-313.

Orlandi MA. *Health promotion technology transfer: organizational perspectives*. *Can.J.Public Health.* 1996;87 Suppl 2:S28-33:S28-33.

Orlandi MA. *The diffusion and adoption of worksite health promotion innovations: an analysis of barriers*. *Prev.Med.* 1986;15:522-36.

Dans ces trois communications, Orlandi présente, puis met à l'essai, un modèle de diffusion et d'adoption d'innovations dans le domaine de la promotion de la santé, qu'il appelle « modèle de diffusion par réseaux ». Travaillant dans le domaine de la promotion de la santé, Orlandi (1986, 1996) s'inspire de méthodes et de théories sur le comportement face à la santé. Ce modèle offre un cadre général sur la conceptualisation des principaux éléments du processus et sur la façon dont ils se lient entre eux. Orlandi (1991) présente quelques raisons importantes expliquant l'échec des activités traditionnelles de diffusion d'innovations dans le domaine de la promotion de la santé. Après avoir défini les causes d'échec, il présente une méthode par réseaux visant l'innovation ainsi

que la création et la planification de la diffusion (1991, p. 294). Il affirme que la clé du succès de cette méthode est le fait qu'elle se fonde sur la participation toujours plus active de groupes cibles à tous les aspects du processus (ibid.). Elle se distingue des autres méthodes par le système de réseaux qu'elle préconise et par les rôles que jouent la personne-ressource (le créateur du GPC) et les utilisateurs (médecin et patient) dans l'établissement et l'entretien des réseaux. Orlandi explique que la personne-ressource a pour rôle de collaborer avec les utilisateurs à la planification de l'innovation du processus en les aidant à définir leurs besoins, leurs attentes et leurs limites (Orlandi, 1991, p. 296). Ce modèle très simple constitue un cadre important de conceptualisation de stratégies visant à promouvoir la participation à la distribution et à la mise en oeuvre des GPC.

Petrie JC, Grimshaw JM, Bryson A. *The Scottish Intercollegiate Guidelines Network Initiative: getting validated guidelines into local practice. Health Bull (Edinb). 1995;53:345-8.*

Petrie et coll. (1995) offrent une méthode différente de mise en oeuvre de guides nationaux au niveau local. Ils proposent qu'au lieu d'élaborer des guides, les groupes locaux aient l'occasion de modifier et d'adapter les guides – mais pas les données! – pour créer des protocoles locaux correspondant à leurs propres styles cliniques. On a observé que cette étape de propriété locale favorisait l'adoption de protocoles locaux (p 347). Les éléments principaux de cette méthode sont les suivants : 1) Élaborer un processus fondé sur les priorités locales; 2) Souligner que le processus n'est pas réglementaire, qu'il ne constitue pas une « camisole de force »; 3) Disposer d'assez de ressources, y compris du temps et des fonds; enfin, 4) Former les participants sur le processus d'élaboration et la méthodologie utilisée (par ex., fondée sur l'expérience clinique). Selon les auteurs, en planifiant et en gérant bien le processus, on surmonte non seulement les obstacles généraux qui entravent l'utilisation des GPC, mais aussi les entraves plus locales, comme le manque de temps protégé, les pressions causées par le budget et par les programmes de rentabilité, les répercussions légales, les listes d'attente et les exigences relatives à l'agrément.

Rogers, EM. *Diffusion of Innovations*, 4^e édition. New York: The Free Press. 1995.

Il s'agit de la quatrième publication de cette communication classique dans laquelle cet expert renommé décrit sa théorie sur la diffusion des innovations. En quelques mots, la diffusion représente, selon M. Rogers, le processus par lequel une innovation se transmet avec le temps et par certaines voies entre les membres d'un système social. Ce type de communication est spéciale en ce que ses messages contiennent des idées nouvelles (p. 5). Cette définition englobe les éléments fondamentaux du processus de diffusion : le message, la voie de transmission et le destinataire. En outre, l'idée d'un message spécial qui contient une idée nouvelle s'applique à la transmission des GPC, qui offrent de l'information nouvelle aux cliniciens. Le quatrième élément du processus est celui du temps. Il s'agit d'un facteur clé, car les divers destinataires entendront parler des innovations et les adopteront à des moments différents, certains d'entre eux parce qu'ils se trouvent plus loin (soit géographiquement, soit socialement) de la source du message, d'autres parce qu'ils ne sont pas psychologiquement prêts à adopter une innovation qui n'a pas fait ses preuves dans le système pendant un certain temps.

Soumerai SB, Avorn J *Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. JAMA 1990 Jan 26;263(4):549-56.*

Les auteurs décrivent les principes des visiteurs médicaux, ou de l'enseignement structuré hors-école, visant l'amélioration des pratiques des prescripteurs. Ils présentent huit techniques efficaces d'enseignement hors-école : 1) Comprendre le comportement fondamental des praticiens en les consultant; 2) Orienter les programmes vers des groupes précis de médecins et vers leurs leaders d'opinion; 3) Définir clairement les objectifs; 4) Établir de la crédibilité, surtout en obtenant l'appui d'un organisme de grande réputation et en établissant des processus impartiaux d'élaboration et de diffusion de l'information; 5) Trouver des moyens de faire participer les médecins activement; 6)

Utiliser de la documentation concise et graphique; 7) Souligner et répéter l'information; et 8) Inclure des stratégies de renforcement et de suivi.

Soumerai SB, McLaughlin TJ, Gurwitz JH, et al. *Effect of Local Medical Opinion Leaders on Quality of Care for Acute Myocardial Infarction.* JAMA. 1998;279:1358-63.

Dans un essai clinique aléatoire, Soumerai et coll. ont évalué l'intervention de mise en œuvre d'un guide pour laquelle on charge des leaders d'opinion de la région d'éduquer les médecins. Cette évaluation comprend un élément de rétroaction sur le rendement. Les unités d'analyse étaient des hôpitaux (20 hôpitaux étudiés et 17 hôpitaux de contrôle). Les auteurs ont évalué une intervention d'éducation de médecins effectuée par des leaders d'opinion (avec rétroaction sur le rendement) chargés d'enseigner à leurs pairs l'utilisation d'un guide sur le traitement de l'infarctus aigu du myocarde. Les auteurs ont conclu que l'utilisation de leaders d'opinion et d'une rétroaction du rendement favorisait l'adoption de thérapies efficaces de l'infarctus aigu du myocarde, comme le guide le prescrivait. Les changements apportés au protocole de certains hôpitaux ont contribué à l'insertion de l'information nouvelle dans le système et ont aussi peut-être aidé à réduire les pratiques désuètes. Il a été cependant plus difficile d'accroître l'adoption de traitements plus risqués (comme la thrombolyse).

Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. *Local opinion leaders to improve health professional practice and health care outcomes.* The Cochrane Library. 1998;1998:1-11.

Thomson et coll. (1998) ont examiné à quel point il est efficace de charger des leaders d'opinion locaux (LOL) d'améliorer la pratique clinique et l'état de santé des patients. Ils ont effectué une analyse rapide de six essais pertinents (choisis selon les critères de collaboration Cochrane). Leur prémisse était la suivante : en chargeant des leaders d'opinion locaux de transmettre des normes et des modèles du comportement adéquat, il était possible de modifier les pratiques cliniques des professionnels des soins de santé (p.2). Cinq des six essais ont indiqué une certaine amélioration des pratiques cliniques démontrée en mesurant au moins un élément de l'état de santé du patient (le comportement ciblé était la gestion générale des problèmes des patients par les médecins). Les auteurs ont examiné l'état de santé des patients de trois des essais, mais un seul d'entre eux a indiqué que l'utilisation de LOL avait fortement influencé les pratiques cliniques. Les auteurs en ont conclu que bien que les leaders d'opinion réussissent à accomplir une fonction d'approbation, (ibid. p. 2), à aider les dispensateurs de soins de santé locaux à cerner les causes fondamentales des écarts de pratique (ibid. p. 2) et à encourager l'adaptation de guides de pratique générale au milieu local (ibid. p. 2), ils n'avaient qu'un effet mitigé sur les pratiques professionnelles. Il sera donc nécessaire de mieux définir la fonction des LOL en effectuant plus de recherche à ce sujet.

Wensing M, Grol R. *Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review.* Int J Qual Health Care 1994 Jun;6(2):115-32.

Wensing M, Van Der Weijden T, Grol R. *Implementing Guidelines and Innovations in General Practice: which interventions are effective?* British Journal of General Practice. 1998;48:991-7.

Wensing et coll. (Wensing et Grol, 1994; Wensing et coll., 1998) ont examiné méthodiquement la documentation traitant de stratégies uniques et mixtes de mise en œuvre de la modification des soins primaires. Dans l'étude de 1998, ils présentent 61 études qu'ils considèrent comme des « meilleures données probantes » à cause de leurs solides méthodologies (39 essais cliniques aléatoires et 22 études contrôlées avant et après). Les auteurs ont tiré leurs conclusions de ces « meilleures données ». Selon les résultats de leur examen, les stratégies uniques les plus souvent évaluées sont celles qui visent la rétroaction, les rappels et l'éducation de groupe. L'éducation de groupe alliée à la rétroaction représente la stratégie mixte la plus fréquente. Ces résultats appuyent l'idée, que d'autres chercheurs avancent également, selon laquelle les stratégies mixtes semblent mieux réussir à modifier la pratique clinique.

Wise CG, Billi JE. A model for practice guideline adaptation and implementation: empowerment of the physician [see comments]. Jt Comm J Qual Improv. 1995;21:465-76.

Les auteurs soulignent l'importance de faire participer les médecins les plus renommés localement à l'élaboration de stratégies de mise en œuvre, et notent la valeur du rôle de la théorie de l'apprentissage social et de l'autoefficacité dans toute initiative de mise en œuvre. Ils présentent les faiblesses des initiatives de mise en œuvre courantes, surtout la méthode de « simple distribution » et le manque de participation de l'auditoire cible (les médecins locaux). Ils font aussi remarquer trois aspects des GPC qui empêchent peut-être les médecins locaux de les adopter : (i) leur manque de certitude et le fait que les guides nationaux ne répondent pas aux particularités des pratiques cliniques locales; (ii) le fait qu'ils sont trop génériques et qu'ils ne répondent pas aux limites locales (par ex., un manque de ressources); enfin, (iii) les obstacles à l'acceptation dont, comme nous l'avons mentionné plus haut, la crainte qu'ont les médecins de perdre leur autonomie clinique et leur appréhension face à la normalisation (les auteurs citent ce dernier facteur comme étant probablement l'obstacle le plus difficile à surmonter). Ils se disent convaincus qu'il manque souvent une étape aux initiatives de mise en œuvre : celle où les leaders locaux participent activement à l'évaluation de l'application du guide à leur milieu ainsi qu'à l'élaboration du modèle de distribution et de mise en œuvre du guide dans leur région.