

Québec 

Institut national
de santé publique
du Québec

**DISSÉMINATION DES
GUIDES DE PRATIQUES
CHEZ LES MÉDECINS**



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de la santé publique



DISSÉMINATION DES GUIDES DE PRATIQUES CHEZ LES MÉDECINS

Institut national de santé publique du Québec

Octobre 2001

Auteur

Athanasios Tom Koutsavlis, M.D., FRCPC
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Sous la direction de

Gilles Paradis, M.D., FRCPC
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Institut national de santé publique du Québec

Lise Renaud, Ph.D.

Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Institut national de santé publique du Québec

Avec la collaboration de

Pierre Bergeron, M.D., Ph.D.
Unité Systèmes de soins et services
Institut national de santé publique du Québec

Traduction

Alain Thibault

Adaptation

Francine Hubert
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

Mise en page

Mireille Paradis
Direction de la santé publique de Montréal-Centre

This document is also available in English: www.inspq.qc.ca

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>

Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
Bellemare Communication Visuelle

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTECOM (<http://www.santecom.qc.ca>)

Cote : A 15,753

DÉPÔT LÉGAL - 4^E TRIMESTRE 2001

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA

ISBN : 2-550-38275-7

© Institut national de santé publique du Québec

Remerciement

Nous tenons à remercier Dr Pierre Bergeron de l'Institut national de santé publique du Québec qui a rendu possible la traduction, nous désirons également souligner la contribution du Dr Marie Dominique Beaulieu, directrice du département de médecine familiale, Université de Montréal, et madame Sylvie Chevalier, coordonnatrice de l'intervention « Au cœur de la vie » qui ont bien voulu lire et commenter les documents.

Avant-propos

Le document *Dissémination des guides de pratiques chez les médecins* a été produit dans le cadre du projet « *Au cœur de la vie* » élaboré par l'Institut national de santé publique du Québec et la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

« *Au cœur de la vie* » est le programme québécois de dissémination en santé cardiovasculaire (PQDSC) destiné aux intervenants de 1^{re} ligne afin que les intervenants actualisent la promotion et prévention en santé cardiovasculaire, en se basant sur les meilleurs guides de pratiques. Il bénéficie du support financier des Instituts canadiens de recherche en santé et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il sera réalisé avec la collaboration des Directions régionales de santé publiques du Centre du Québec, de Montréal-Centre, de l'Outaouais et de Québec et les CLSC participants. Il profite de l'appui de l'association des CHSLD et des CLSC du Québec, de la Fondation des maladies du cœur.

Table des matières

	Page
Remerciement	I
Avant-propos	III
Objectifs	1
Guides des pratiques	3
Définition des guides de pratiques	3
Origines des guides de pratiques	3
Élaboration des guides de pratiques cliniques	4
Obstacles à l'adoption des guides de pratiques	5
Contenu des guides de pratiques	5
Contexte des guides de pratiques	6
Dissémination et application	9
Comment définir la « dissémination » ?	9
Modèles et théories du changement de comportement appliqués aux médecins	9
Caractéristiques du comportement du médecin	9
Théories, modèles et approches	10
Richard Grol : convictions et preuves dans l'évolution de la pratique clinique	10
Cadres conceptuels	14
Théorie de la diffusion de l'innovation	15
Modèle transthéorique du changement de comportement	15
Théorie de l'éducation en santé	15
Théorie de l'influence sociale	16
Théorie de l'écologie sociale	16
Cadre conceptuel de Moulding	17
Cadre conceptuel de Solberg	18
Cadres conceptuels novateurs : Wyszewianski	19
Obstacles à l'adoption des guides de pratiques chez les médecins	21

Stratégies pratiques	25
De la théorie à la pratique	25
Interventions : lesquelles fonctionnent ?	26
Stratégie de vérification et de rétroaction	26
Stratégie de présentations à caractère scientifique et de visites éducatives	27
Stratégie faisant appel à des leaders d'opinion	27
Stratégie d'interventions fondées sur les patients	28
Stratégie misant sur les processus consensuels	28
Stratégie de distribution de matériel éducatif	28
Stratégie de rappels	29
Stratégie de formation médicale continue	29
Stratégie misant sur les mesures incitatives d'ordre économique et législative	30
Interventions multidisciplinaires	31
Dans quelle forme les médecins veulent-ils recevoir les guides de pratiques?	32
Technologie et Internet	33
Sommaire et conclusion	35
Références	39

Liste des tableaux

1 - Étapes d'élaboration des guides de pratiques cliniques	4
2 - Normes méthodologiques applicables aux guides de pratiques cliniques	6
3 - Théories, modèles et approches de l'évolution de la pratique clinique	11
4 - Notions théoriques pour encourager l'adoption des guides de pratique	14
5 - Les cinq étapes	17
6 - Dissémination des guides de pratiques chez les professionnels de la santé	31

Liste des figures

1 - Cadre conceptuel pour les variables et les stratégies pertinentes à l'implantation des guides de pratiques	18
2 - Interventions pour changer les habitudes de pratique clinique, selon quatre types de cliniciens	20
3 - Obstacles à l'adoption des guides de pratiques chez les médecins en relation avec le changement de comportement	21
4 - La réalité des médecins	25
5 - Un médecin, son patient et Internet	33

Objectifs

La maladie ne peut jamais être vaincue, être enrayée par le cri strident de l'émotion ou la prière issue de la foi. Seules l'énergie et l'ingéniosité humaines peuvent en venir à bout. Par la patience de Curie, l'illumination de Faraday, de Rutherford, de Pasteur, de Nightingale et de tous les autres apôtres de la lumière et de la salubrité, plutôt que par la vertu d'une divinité impuissante, nous pourrons enfin être délivrés de la peste, de la peste et de la famine.

Sean O'Casey (1884–1964), dramaturge irlandais. *Inishfallen Fare Thee Well*, vol 1., en tête de chapitre (1949).

Ce document, qui fait suite à une revue de littérature exhaustive, vise à mieux comprendre les guides de pratiques, leur élaboration, leur dissémination et leur application. L'étude examine les facteurs qui pourraient expliquer les difficultés inhérentes à la réalisation d'interventions qui ciblent les médecins, ainsi que les stratégies, les modèles et les théories susceptibles de favoriser leur mise en œuvre. Ce document renferme également un résumé des stratégies susceptibles de favoriser la dissémination des pratiques exemplaires chez les médecins.

Guides des pratiques

Définition des guides de pratiques

Trois monographies publiées par l'*Institute of Medicine* des États-Unis entre 1990 et 1995¹⁻³ confirment l'intérêt soulevé par les guides de pratiques depuis dix ans. Ces guides, définis comme des « recommandations formulées de façon systématique pour soutenir les praticiens et les patients dans leurs décisions concernant les soins de soins à prodiguer selon les symptômes cliniques¹⁻⁵ » font largement consensus⁴. Leur mise en œuvre devrait améliorer la qualité des soins en réduisant les écarts de traitement et en accélérant l'adoption des progrès dans la pratique quotidienne⁵⁻⁷.

Depuis longtemps, une meilleure compréhension des interventions est souhaitée afin d'identifier les plus efficaces, dans le but d'améliorer le travail des médecins et la qualité des soins de santé⁸⁻¹². Les recherches sur MEDLINE menées par Smith⁸ ont permis la recension de 4 127 documents publiés entre 1966 et 2000 classés sous la catégorie *guides de pratiques*, dont 3 969 titres parus depuis 1989. Les guides de pratiques sont un phénomène en pleine expansion : plus de 2 000 guides ont été publiés aux États-Unis seulement^{13,14}. Ces guides sont perçus comme nécessaires pour réduire les écarts de traitement dans les soins médicaux et pour en améliorer l'efficacité, l'efficacité et la pertinence.

Origines des guides de pratiques

L'élaboration des guides de pratiques s'est sensiblement accélérée au milieu des années 80. Les associations médicales et les organismes gouvernementaux américains, canadiens, australiens, anglais et italiens, entre autres, ont créé des groupes chargés d'en coordonner l'élaboration, la diffusion, la dissémination et la mise en œuvre¹⁵⁻²¹. À l'origine, ces guides voulaient limiter ou restreindre les variations de pratiques dans le système de soins de santé américain. Le mouvement, clairement lié au phénomène de la médecine basée sur les évidences scientifiques^{19,22-26} au début, a évolué, passant de l'anarchie et de la discontinuité à l'intégration au mode de pensée des cliniciens praticiens et des organismes cliniques professionnels.

Reconnaissant le rôle majeur que les initiatives d'accès à des soins de santé de qualité et en particulier les guides de pratiques peuvent jouer dans le système de soins de santé, l'Association médicale canadienne a mis sur pied en 1990 un comité sur l'accès à des soins de qualité et a, par la suite, favorisé la mise en œuvre du Partenariat national pour l'accès à des soins de qualité (PNASQ) et la tenue de deux conférences consensuelles nationales sur le processus conduisant à l'élaboration des guides de pratiques^{19,27-29}.

Élaboration des guides de pratiques cliniques

La production de guides de pratiques comporte diverses étapes, décrites lors des conférences du PNASQ (Tableau 1)^{19,30}. Un groupe local ou, plus souvent, un organisme national, décide d'abord d'établir des guides de pratiques dans un domaine clinique où le besoin se fait sentir. Les données sont ensuite recueillies et évaluées à partir de l'information de recherche et des habitudes de pratiques pertinentes puisées dans la littérature, y compris dans les guides de pratiques existants. Par la suite, les données font l'objet d'une analyse plus poussée avant d'être présentées sous forme de guides de pratiques, c'est-à-dire, de recommandations sur les stratégies d'examen et de prise en charge des patients^{19,30}.

Tableau 1 – Étapes d'élaboration des guides de pratiques cliniques
Choix du problème clinique Établir l'ordre de priorité Définir et préciser le problème Circonscrire le problème clinique
Synthétiser les données Fouiller la littérature Établir un consensus
Formuler des guides de pratiques Amorcer et répéter le processus Distribuer à un échantillon de cliniciens
Donner l'aval aux guides de pratiques (organisme promoteur)
Disséminer les guides de pratiques
Encourager la mise en œuvre des guides de pratiques
Surveiller et évaluer l'impact

(D'après Davis et al., 1997)

L'organisme promoteur et les autres parties intéressées donnent leur aval aux guides de pratiques qui sont ensuite disséminés, généralement par des moyens traditionnels comme l'envoi postal aux membres, ou la publication dans des revues médicales professionnelles reconnues. Divers groupes ou des praticiens individuels peuvent tenter d'intensifier l'application des guides de pratiques en adoptant des stratégies multiples pour soutenir, convaincre ou influencer les médecins, les patients et le personnel soignant. Finalement, les guides de pratiques sont soumis à une nouvelle évaluation et le processus recommence^{19,30}.

Chaque étape de l'élaboration des guides de pratiques cliniques est importante et peut comporter des écueils. Ces étapes se divisent en deux volets : le premier définit le **contenu**, soit la validité et la fiabilité scientifiques des guides de pratiques, tandis que le second en détermine la **dissémination et l'application**, c'est-à-dire son utilisation dans le processus décisionnel en milieu pratique. Ces deux volets sont d'une importance capitale et peuvent rencontrer divers obstacles.

Obstacles à l'adoption des guides de pratiques

Contenu des guides de pratiques

L'augmentation du nombre de guides de pratiques produits et publiés dans différents pays a suscité une réflexion sur leur valeur. Quelle est leur utilité ? Sont-ils fondés sur les meilleures données scientifiques connues ? Quelle est leur efficacité dans la pratique clinique normale³¹ ?

Des rapports critiquant la validité des essais randomisés, des méta-analyses, des études de test diagnostique et des évaluations économiques encouragent les chercheurs à améliorer leurs devis de recherche et invitent les lecteurs à les interpréter avec prudence³²⁻³⁶. L'industrie des guides de pratiques cliniques répond-elle à ces normes contemporaines ? La majorité des guides de pratiques présentent leur raison d'être, décrivent les avantages et les dangers inhérents à certaines pratiques thérapeutiques et citent leurs sources de références. Cependant, ils expliquent beaucoup moins souvent leurs méthodes de collecte des données et de validation et de quelle façon les diverses sources de données ont été réunies pour en arriver à la formulation des recommandations^{32,37}.

Les lecteurs avertis veulent pouvoir déterminer si les méthodes appropriées ont été utilisées pour présenter les données et si les recommandations sont appuyées par une recherche rigoureuse. Mais ces lecteurs doivent également savoir que les promoteurs des guides doivent souvent composer avec des travaux peu rigoureux, contradictoires ou encore, inexistants. Même si la plupart des guides réunissent une variété de données et d'opinions d'experts, les méthodes d'intégration des connaissances et des expériences, particulièrement lorsque les données se font rares, ne sont pas aussi au point ni aussi transparentes dans ce domaine que les méthodes utilisées pour incorporer les résultats de recherche. Plusieurs grands organismes médicaux, notamment l'*American Medical Association* (AMA), l'*Institute of Medicine* (IOM) et l'Association médicale canadienne (AMC) disposent d'une méthodologie bien établie pour formuler des guides de pratiques scientifiquement rigoureux^{1,37-41}. Le tableau 2 résume ces normes méthodologiques.

Dans une étude réalisée en 1999, Shaneyfelt et son équipe ont évalué 279 guides de pratiques cliniques publiés entre 1985 et 1997. Seulement 7,5 % de ces guides décrivaient les méthodes formelles utilisées pour rassembler les données et les opinions d'experts³⁷. Aucun des guides étudiés ne répondait aux 25 critères décrits au tableau 2. L'étude fait ressortir la diversité des méthodologies employées et soulève des questions fondamentales sur la pertinence et la nécessité des critères de qualité proposés et ce, quelque soit le sujet. Elle exhorte par ailleurs à plus de transparence dans la formulation des guides et à plus de rigueur dans l'examen par les pairs³².

Tableau 2 – Normes méthodologiques applicables aux guides de pratiques cliniques

<p>Élaboration et présentation des guides de pratiques</p> <p>L'objet du guide est décrit. La raison d'être et l'importance du guide sont expliquées. Les participants à l'élaboration du guide et leur domaine d'expertise sont précisés. Le problème de santé ou la technologie sont clairement définis. La population de patients ciblés est décrite. La clientèle ou les utilisateurs du guide sont précisés. Les principales options offertes aux cliniciens et aux patients en matière de prévention, de diagnostic ou de traitement sont décrites. Les résultats cliniques sont précisés. La méthode d'examen externe du guide est décrite. Une date d'expiration externe du guide est décrite.</p>
<p>Collecte des données et sommaire</p> <p>La méthode de collecte des données scientifiques est précisée. Le délai durant lequel les données sont étudiées est précisé. Les données employées font l'objet de renvois et de références. La méthode d'extraction des données est précisée. La méthode d'évaluation ou de classement des données scientifiques est précisée. Les méthodes formelles de rassemblement des données ou des opinions d'experts sont employées et décrites. Les avantages et les inconvénients de certaines pratiques thérapeutiques sont énumérés. Les avantages et les inconvénients sont quantifiés. L'incidence sur le coût des soins de santé de certaines pratiques thérapeutiques est décrite. Les coûts sont estimés.</p>
<p>Formulation des recommandations</p> <p>Le rôle des jugements de valeur véhiculés par les promoteurs du guide dans la formulation des recommandations est discuté. Le rôle des préférences du patient est discuté. Les recommandations sont précises et s'appliquent aux objectifs énoncés dans le guide. Les recommandations sont classées selon la qualité des données. La souplesse dans l'interprétation des recommandations est précisée.</p>

(D'après Shaneyfelt et al., 1999)

Contexte des guides de pratiques

Même s'il est reconnu que les données de recherche ne se transposent pas simplement et automatiquement de la littérature à la pratique clinique courante, il est encore difficile d'admettre que ce problème résiste à toute solution simple. L'hypothèse traditionnelle de la formation continue qui veut que, par conscience professionnelle, les praticiens se « tiennent au courant en lisant la littérature » – ne tient plus depuis longtemps⁴². De plus, il semble même que les nombreuses tentatives faites pour assurer la diffusion de la littérature aux praticiens par des moyens tels que les guides de pratiques cliniques ne donnent pas non plus les résultats escomptés⁴².

Ainsi, malgré la dissémination des guides de pratiques cliniques, leur observance durant le traitement des patients laisse souvent à désirer. Le problème en est donc un de taille pour la recherche, pour le milieu clinique et pour la santé publique⁴³. Cet échec est source de frustration pour un ensemble d'intervenants : les cliniciens désireux d'améliorer leurs pratiques, les décideurs politiques, les administrateurs et les dirigeants du domaine des soins intégrés, les responsables de l'assurance de la qualité, les chercheurs et ceux qui s'intéressent aux politiques en matière de santé, et pour les organisations qui financent des projets d'amélioration de la qualité^{8,44-46}. Ainsi, après avoir investi des millions de dollars, publié 16 guides de pratiques, l'*Agency for Health Care Research and Quality* (AHCRP) a réexaminé son rôle et se considère maintenant comme un centre d'échange plutôt qu'un promoteur devant le succès mitigé de son influence sur le comportement⁴⁷ des praticiens. Son guide de pratiques sur l'abandon du tabac, paru en 1996, a bénéficié d'une large dissémination auprès des médecins mais son application est encore fragmentaire⁴³ : des rapports révèlent que moins de 50 % des fumeurs ont pu profiter des conseils de leur médecin pour cesser de fumer lors de leur visite médicale⁴⁸.

Eddy⁴⁹ soulignait en 1982 que, même si la médecine accorde une grande importance au fondement scientifique de la pratique, peu d'efforts sont réalisés pour concilier science et pratique. La situation n'a pas beaucoup évolué depuis, malgré l'augmentation rapide du nombre de guides de pratiques publiés. Récemment, Bero et ses collaborateurs ont réalisé une revue de la littérature portant sur les guides de pratiques et les changements qu'ils entraînent dans le processus et l'issue des soins⁵⁰. Ces travaux ont été effectués pour le compte du *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group* à l'aide d'un examen méthodique de toutes les évaluations systématiques valables sur le sujet^{50,51}.

Leur conclusion : « il est étonnant de constater combien on sait encore peu de choses sur l'efficacité et la rentabilité des interventions qui visent à changer la pratique ou la prestation des soins de santé^{50,51} ». La littérature confirme que la dissémination passive de l'information est généralement inefficace quelle que soit l'importance du problème et que les interventions multidisciplinaires semblent plus prometteuses que les interventions unidisciplinaires, même si, jusqu'à maintenant, celles-ci ont plus retenu l'attention des chercheurs.

Malgré le fait que 74 % des Américains aient consulté un médecin l'année précédant l'enquête, le niveau des services de prévention dont ils ont profité est de loin inférieur aux recommandations des groupes consultatifs nationaux, comme le *United States Preventive Services Task Force*⁵². Par exemple, même si le *National Cancer Institute* (NCI) a publié une série de guides de pratiques sur le dépistage précoce du cancer, des millions d'Américains échappent encore au dépistage préconisé dans ces guides. Un fossé considérable sépare donc les guides de la pratique, imputable en partie au peu de cas que les patients font des services préventifs et à la réticence des tiers payants d'en assurer le remboursement. De plus, les professionnels de la santé ne suivent pas les recommandations des guides de pratiques préventives. Par exemple, un sondage réalisé en 1989 par l'*American Cancer Society* (ACS) a révélé que 78 % des médecins déclaraient se conformer ou même dépasser les recommandations des guides de pratiques concernant l'examen physique des seins.

Mais seulement 37 % avaient déclaré suivre les guides de pratiques pour la mammographie, 55 % pour le test Pap et 48 % pour l'examen rectal⁵². De plus, le fait que ces données proviennent des médecins et non d'observateurs neutres risquent de surestimer le degré d'observance des guides de pratiques⁵².

Williamson et son équipe ont découvert que de 20 % à 50 % des médecins américains de première ligne ne connaissaient pas ou n'utilisaient pas les données scientifiques les plus récentes dans leur pratique habituelle, définie par six actes médicaux courants⁵³. De même, lors de l'examen systématique d'essais contrôlés randomisés, Lau et ses collaborateurs ont réuni quantités de preuves de l'utilisation du traitement thrombolytique chez des patients ayant subi un infarctus du myocarde. Or, ce traitement était rarement recommandé par des experts dans les manuels de référence, les rapports de synthèse ou la pratique⁵⁴⁻⁵⁶. Ces études et d'autres encore viennent confirmer les difficultés qu'éprouvent les médecins et les autres professionnels de la santé à gérer l'information médicale, ainsi que les autres contraintes liées à l'utilisation des données de recherche^{49,57,58}.

Ces difficultés auraient-elles dissuadé les médecins de recourir à ce traitement thrombolytique ? Quelles sont les perceptions des médecins généralistes ou omnipraticiens dans l'adoption d'une médecine basée sur les évidences scientifiques ? En 1997-1998, McColl et son équipe ont posé ces questions aux 452 médecins généralistes de la région de Wessex dans le sud de l'Angleterre. Les résultats du sondage indiquent que les répondants accueillent favorablement cette forme de médecine et conviennent que sa pratique améliore les soins aux patients⁵⁹. Le principal obstacle qu'ils perçoivent à son implantation est le manque de temps. Les répondants ont déclaré que la meilleure façon de généraliser cette pratique consistait à adopter des guides de pratiques ou des recommandations formulées par des collègues. McColl et ses collaborateurs ont conclu que la promotion et l'amélioration de l'accès à des résumés scientifiques, plutôt que l'enseignement à tous les omnipraticiens au sujet de méthodes de recherche de la littérature et d'analyse critique de la littérature constitueraient la méthode la mieux adaptée pour encourager l'implantation d'une médecine basée sur les évidences probantes. Les omnipraticiens habiles à accéder aux données et à les interpréter devraient être invités à formuler des guides de pratiques adaptés aux besoins locaux ainsi que des stratégies de counselling⁵⁹.

L'ardeur des médecins, stimulé par un vif intérêt pour la pratique, les a encouragés à utiliser ces résumés scientifiques les persuadant d'exploiter les ressources de recherche accessibles, comme notamment les guides de pratiques exemplaires.

Les obstacles à la dissémination et à l'application des guides de pratiques sont nombreux. Comment améliorer la dissémination et la mise en pratique des guides de pratiques ? Quelles solutions ont été retenues par le passé ? Peut-on tirer des leçons des tentatives de dissémination précédentes ? Pour répondre à ces questions complexes, il convient d'abord de définir le terme de « dissémination ».

Dissémination et application

Comment définir la « dissémination » ?

Plusieurs auteurs définissent la dissémination comme étant la communication d'informations devant permettre aux cliniciens de parfaire leurs connaissances ou leurs compétences^{15,19}. Ce processus actif, par opposition au processus passif lié au terme de la diffusion, cible des groupes de cliniciens précis^{15,19}. Cette définition peut sembler simple, mais son application exige un certain effort. Les théories et les modèles proposés pour changer le comportement des cliniciens en vue d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences ont évolué au fil des décennies. Un survol de ces théories et de ces modèles facilitera grandement la compréhension des concepts qui sous-tendent notre objectif principal. Cette étape est également nécessaire avant d'examiner l'utilité pratique de la définition ci-dessus.

Modèles et théories du changement de comportement appliqués aux médecins

Les théories sociocomportementales peuvent contribuer considérablement à l'élaboration d'un cadre conceptuel visant à améliorer l'utilisation des guides de pratiques et le travail du clinicien⁶⁰. Les antécédents du médecin, ses valeurs morales et ses convictions personnelles façonnent son opinion et influencent sa pratique⁸. Ces données sont utiles pour évaluer les caractéristiques du comportement du médecin.

Caractéristiques du comportement du médecin

En règle générale, les médecins font preuve d'un sens éthique et professionnel aigu. Mais, plusieurs aspects particuliers des antécédents du médecin complexifient son comportement dans sa pratique.

Depuis le début de leur pratique, les médecins ont pour la plupart déjà connu une modification importante de leur comportement. Pendant leurs études et durant leur résidence, les futurs médecins ont eu à se familiariser avec d'innombrables guides de pratiques, tant formels (écrits) qu'informels (verbaux). Leur formation, avant et pendant leurs études médicales, s'échelonne sur près de 20 ans et influence leur comportement dans leur pratique⁸. Durant leur résidence, ils ont côtoyé des directeurs de programme et des chefs de service qui leur ont servi de maîtres à penser. Les résidents ont alors eu l'occasion de se référer aux guides de pratiques de plusieurs sociétés de médecins spécialistes et d'ancrer plus fortement ces normes de pratique. En même temps, le mentor, les superviseurs et les collègues tentent de les intégrer à leur moule. L'évaluation périodique des valeurs, des attitudes et des compétences fait partie intégrante de la formation et, par conséquent, si certains

comportements chez le médecin relèvent des connaissances et non des habitudes, d'autres constituent des réflexes bien ancrés qui résistent à la toute formation ultérieure^{8,61,62}.

Dès que les médecins commencent à pratiquer, ils sont régulièrement sollicités pour assister à des formations. Leur boîte à lettres déborde d'invitations à participer à des séances de formation médicale continue et à des cours sur cassettes vidéo dont les travaux se font à la maison, par la poste ou sur Internet. Les formateurs tentent tous de s'approprier le peu de temps dont disposent les médecins pour améliorer leur performance⁸. Sur le plan humain, les médecins sont motivés par divers intérêts : ceux du patient, de la société, du contribuable et leurs propres intérêts. Ils doivent réussir à établir un équilibre entre leurs motivations multiples et une déontologie professionnelle qui exige d'eux responsabilité, compétence – voire même perfection – de même que le maintien des connaissances et du savoir nécessaires, tout en ayant l'humilité de reconnaître leur ignorance et leur besoin d'aide occasionnel. Comme ces diverses forces fixent et, plus tard, influencent les critères normatifs du comportement du médecin, les chercheurs n'arrivent pas à formuler une théorie universelle du changement de comportement qui soit applicable et vérifiable chez les médecins^{8,63}. Cependant, les psychologues, les sociologues, les enseignants et les professionnels de la santé ont tous proposé des théories et des modèles permettant d'améliorer la performance des médecins.

Théories, modèles et approches

Depuis 1991, pas moins de 25 revues de littérature portant sur l'application des guides de pratiques, résultats de recherche et changements à la pratique clinique ont été publiées. Certaines ont analysé plus de 100 essais différents et toute une panoplie de stratégies⁶⁴. Les conclusions demeurent incertaines. Plusieurs auteurs soulignent l'importance d'analyser les théories à la base de ces différentes stratégies⁶⁴⁻⁶⁸. En 1997, Richard Grol⁶⁴ a publié un survol de ces approches et de ces stratégies dans le *British Medical Journal*. Ce document a permis de mettre en évidence l'évolution de la pratique clinique.

Richard Grol : convictions et preuves dans l'évolution de la pratique clinique

Le tableau 3 de la page suivante résume les approches décrites par Grol⁶⁴.

Les *approches éducatives* considèrent que le changement est déterminé par la volonté personnelle de parvenir à la compétence professionnelle et donc par une motivation intrinsèque de s'améliorer. Les stratégies fondées sur ces approches insistent sur cette motivation et incluent la promotion de l'apprentissage selon divers modes : par expérience, par résolution de problèmes, par apprentissage interactif en petits groupes et par mécanismes consensuels locaux^{8,64,69,70}. Ces stratégies cherchent souvent à donner aux médecins l'impression que le processus de changement leur appartient.

Tableau 3 – Théories, modèles et approches de l'évolution de la pratique clinique				
	Approche	Théories	Insistance	Interventions et stratégies
Insistance sur les processus internes	Éducative	Théories de l'apprentissage de l'adulte	Motivation intrinsèque des professionnels	Consensus local de la base vers le haut. Apprentissage interactif en petits groupes. Apprentissage par résolution de problèmes.
	Épidémiologique	Théories cognitives	Recherche d'information et prise de décisions rationnelles	Guides de pratiques sur l'expérience clinique. Disséminer les résultats de recherche : cours, envois postaux et revues médicales.
	Marketing	Théories de la promotion de la santé, de l'innovation et du marketing social	Produit attrayant adapté aux besoins de la clientèle	Évaluer les besoins, adapter la proposition de changement aux besoins locaux. Approche par étapes. Divers modes de dissémination (médias de masse et personnels).
Insistance sur les influences extérieures	Comportementale	Théorie de l'apprentissage	Contrôler la performance par des stimuli extérieurs	Vérification et rétroaction. Systèmes de rappel, surveillance. Stimulants économiques, sanctions.
	Interaction sociale	Théorie de l'innovation, théorie de pouvoir, théorie de l'apprentissage social	Influence sociale des pairs/modèles importants	Revue par des pairs dans des réseaux locaux. Visites éducatives (présentations à caractère scientifique), instruction individuelle. Leaders d'opinion. Influence les gens clés des réseaux sociaux. Interventions fondées sur le patient.
	Organisationnelle	Théories de gestion, théories des systèmes	Créer des conditions structurales et organisationnelles pour améliorer les soins	Réingénierie du processus de soins. Approches de gestion de la qualité totale/d'amélioration continue de la qualité. Promotion du travail d'équipe. Amélioration du leasership. Modification des structures et des tâches.
	Coercitive	Théories de l'économie, du pouvoir et de l'apprentissage	Contrôle et pression, motivation extérieure	Règlements, lois. Établissement des budgets et des contrats. Octroi de licences, accréditation. Plaintes/poursuites.

(D'après Grol, 1997)

Les *approches épidémiologiques* considèrent l'humain comme un être rationnel qui prend des décisions fondées sur l'analyse d'arguments logiques. Selon cette approche, si les médecins ne tiennent pas compte des récents résultats de recherche, c'est qu'ils ne disposent pas de données convaincantes sur la qualité des soins. Ces approches visent à condenser la littérature scientifique et à élaborer des guides de pratiques basés sur des données probantes. Ces données doivent être solides et les guides de pratiques valides. Le protocole d'élaboration des guides doit être explicite et rigoureux et la crédibilité de l'organisme qui les formule doit être bien établie⁷¹. Les approches épidémiologiques sont utiles parce qu'elles insistent sur une proposition de changement valide et qu'elles résument des données connues par les médecins, en tenant compte de leur horaire chargé⁷². En 1998, Grol et son équipe ont observé la pratique médicale de

61 omnipraticiens des Pays-Bas afin de déterminer quels attributs des guides de pratiques cliniques influençaient leur utilisation³¹. Les recommandations controversées étaient appliquées dans 35 % des décisions cliniques et les recommandations non controversées dans 68 % des cas. Les recommandations vagues et imprécises étaient suivies dans 36 % des cas et les recommandations claires dans 67 % des cas. Enfin, les recommandations basées sur des résultats de recherche étaient davantage appliquées que celles qui ne l'étaient pas³¹. Le contenu des guides de pratiques et de leur dissémination seront abordés dans un autre chapitre de ce document, mais notons déjà l'importance de la rigueur scientifique sur la dissémination et l'application des guides.

Les *approches marketing* s'intéressent à la formulation et à la promotion d'un produit ou d'un message attrayant, adapté aux besoins de la clientèle visée et qui aide celle-ci à résoudre ses problèmes ou à atteindre ses objectifs. Ces approches présument qu'il existe différents sous-groupes au sein de cette clientèle (innovateurs, adoptants précoces et tardifs)^{73,74}. Les théories de l'innovation, de la communication, de la promotion de la santé et du marketing social proposent de telles approches et considèrent généralement que le changement s'opère par étapes : il faut d'abord attirer l'attention sur le message, pour ensuite en accroître la compréhension, en influencer la réception, changer la pratique et maintenir le changement^{70,74-77}. Le message doit être diffusé par divers moyens : de personne à personne, par des réseaux de professionnels et par les médias de masse. L'avantage de la multiplicité des moyens permet de souligner la nécessité d'adapter les propositions de changement aux caractéristiques des différentes clientèles de cliniciens, de répondre à leurs besoins et de supprimer les obstacles perçus au changement.

Les *approches comportementales* relèvent des théories classiques du conditionnement et du contrôle du comportement. Selon ces approches, le comportement humain est surtout influencé par des stimuli qui interviennent avant ou après une action particulière. Les principales stratégies utilisées dans ces approches étudient la performance des médecins et leur offrent une rétroaction, formulent des rappels et préconisent des encouragements ou des sanctions selon le geste posé. De nombreuses études confirment l'efficacité de ces stratégies, particulièrement lorsque la rétroaction et le rappel sont continus et directement liés au contact avec le patient^{71,78}.

Les *approches fondées sur l'influence sociale* mettent l'accent sur l'apprentissage et le changement qui découlent souvent de l'influence des réseaux sociaux ou de l'interaction avec ceux-ci. Les opinions, les commentaires ou les pressions des personnes clés au sein du réseau social exercent un impact considérable sur l'adoption des nouvelles données⁷⁹⁻⁸³. Les stratégies qui font appel à ces approches comprennent le recours à des leaders d'opinion chargés de diffuser l'information dans le réseau social, les visites éducatives ou les présentations à caractère scientifique par des pairs ou des experts respectés, l'examen par des pairs en petits groupes ou en

équipes près de leur milieu et la démonstration d'une nouvelle façon de faire par des collègues⁸². Les interventions qui font appel à l'interaction avec les patients peuvent aussi être considérées comme faisant partie des théories de l'influence sociale puisqu'elles donnent une information qui peut permettre de modifier le comportement du professionnel de la santé. Les approches basées sur l'influence sociale sont utiles parce qu'elles privilégient la communication avec les professionnels. La plupart des médecins recherchent l'approbation, le soutien, l'information et les commentaires de leurs collègues. En majorité, ils sont très sensibles à ce que disent ou font les personnes considérées comme des modèles⁸³.

Les *approches organisationnelles* s'écartent de la performance individuelle et tentent plutôt de créer les conditions nécessaires au changement. La mauvaise qualité des soins est essentiellement vue comme un échec du système. La nouvelle philosophie qui mise sur l'amélioration de la qualité des soins s'appuie sur les expériences de l'industrie et sur diverses théories de gestion⁸⁴. Même si jusqu'à maintenant, peu de preuves scientifiques permettent de conclure à l'efficacité de ces stratégies, les résultats obtenus dans de nombreux milieux de soins de santé sont très encourageants⁸⁵. Ces approches tentent de modifier les facteurs organisationnels et structurels qui font obstacle au changement et considèrent la prestation des soins comme une série d'actions posées par différentes personnes dépendantes l'une de l'autre^{84,85}. Dans son analyse réalisée en septembre 2000 sur les tentatives d'application des guides de pratiques, Solberg note le peu d'attention accordée à l'impact des systèmes de pratique ou du soutien organisationnel sur le comportement du clinicien – processus pourtant porteur de changement – ou sur le rôle que joue le cadre de pratique dans lequel le changement est proposé⁵¹. Faisant état d'un récent supplément intitulé *Organisational Change: The Key to Quality Improvement*⁸⁶, Koeck déclare qu'un « étudiant intéressé par la théorie de la gestion et de l'organisation ne pourrait qu'être étonné de constater combien les efforts déployés pour améliorer la qualité des soins mettent peu à profit la réflexion actuelle sur la théorie de la gestion et sur l'expérience acquise dans d'autres industries⁸⁷ ». Cet article vient renforcer l'essentiel des idées exprimées par les experts chevronnés de divers groupes médicaux du Minnesota à propos de l'application des guides de pratiques⁴. Ceux-ci ont recensé 87 facteurs qui auraient un effet majeur sur l'application des guides ; la plupart de ces facteurs sont reliés à l'organisation des groupes médicaux⁴.

Les *approches coercitives* mettent l'accent sur les pressions et sur le contrôle pour favoriser le changement. L'élaboration de lois et de règlements, l'octroi de licences, l'accréditation, l'établissement de budgets et de contrats, l'examen critique de certains actes et leurs conséquences financières, les plaintes et les poursuites s'inscrivent dans ces approches. Elles peuvent être efficaces en raison de la perception des conséquences négatives (théories de l'apprentissage) qu'elles peuvent entraîner ou des impressions de pouvoir et d'autorité qui sont exercés. Elles sont utiles parce que bon nombre de

médecins se cantonnent dans leurs habitudes et que des pressions extérieures peuvent contribuer à l'application et au maintien de changements souhaités^{64,70}.

Les propositions de Richard Grol, publiées en 1997, se sont enrichies de l'apport de plusieurs auteurs, désireux de fournir un cadre conceptuel pour la dissémination et l'application des guides de pratiques. Les bases établies par Grol constituent une étape cruciale dans l'intégration des théories de diverses disciplines au domaine des soins de santé. Les propositions de Grol couvrent l'éventail complet des possibilités de changement de la pratique du médecin. Voici une revue des cadres conceptuels qui ont été proposés depuis Grol pour la dissémination et l'application des guides de pratiques cliniques.

Cadres conceptuels

En 1999, après avoir analysé plusieurs revues systématiques des données relatives à l'adoption des guides de pratiques cliniques, Moulding et son équipe ont dégagé 8 notions théoriques fondamentales pour en promouvoir l'adoption et en assurer le maintien⁶⁰.

Tableau 4 – Notions théoriques pour encourager l'adoption des guides de pratique

1. Le changement de comportement est un processus.
2. Les agents de changement doivent cerner les préoccupations des cliniciens.
3. Il faut évaluer la disposition au changement et la nature particulière des obstacles qui s'y opposent.
4. Plusieurs stratégies de changement valent mieux qu'une.
5. L'éducation du clinicien doit comporter l'acquisition de connaissances, d'attitudes et de compétences.
6. Les stratégies éducatives doivent favoriser l'interaction et la participation.
7. L'influence sociale peut être un accélérateur ou un frein majeur pour le changement.
8. Le soutien du milieu est essentiel pour amorcer ou maintenir le changement.

(D'après Moulding et al., 1999)

Ces notions clés, décrites au tableau 4, sont extraites des théories de Grol. Compte tenu de l'efficacité des stratégies multidisciplinaires, il importe de planifier avec soin toute une série d'interventions de dissémination et de la mise en pratique des guides. La théorie sociocomportementale permet d'approfondir la compréhension de l'interrelation des facteurs qui poussent les praticiens à utiliser les guides de pratiques et contribue à expliquer pourquoi certaines stratégies de dissémination et d'application sont plus efficaces que d'autres⁶⁰. Moulding et ses collaborateurs ont défini ces notions théoriques pertinentes et s'en sont servis pour évaluer les stratégies de dissémination et d'application des guides de pratiques cliniques afin de créer un cadre conceptuel visant à améliorer l'efficacité de ces stratégies. Ce cadre, fondé sur cinq courants de la théorie sociocomportementale, est le premier décrit dans la littérature. Voici ces courants :

1. Théorie de la diffusion de l'innovation
2. Modèle transthéorique du changement de comportement
3. Théorie des aspects de l'éducation en santé
4. Théorie de l'influence sociale
5. Écologie sociale

Il est utile de faire un bref survol de chaque théorie avant de discuter du cadre conceptuel proposé par Moulding et son équipe en 1999 et des adaptations toutes récentes formulées depuis⁶⁰.

Théorie de la diffusion de l'innovation

Dérivée de la théorie de la communication, la théorie de la diffusion de l'innovation décrit le processus par lequel une innovation est communiquée dans le temps au moyen de certains canaux aux membres d'un système social⁸⁸. L'adoption de l'innovation se fait en quatre stades : le stade de la connaissance permet d'être informé de l'innovation; le stade de la persuasion encourage l'adoption d'attitudes positives ou négatives à propos de l'innovation. La personne évalue ensuite l'acceptabilité de l'innovation (stade de décision) pour finalement adopter ou rejeter l'innovation. La théorie propose cinq catégories d'adoptants : les innovateurs précoces, les adoptants précoces, la majorité précoce, la majorité tardive et les adoptants tardifs^{60,88}.

Modèle transthéorique du changement de comportement

Le modèle transthéorique du changement de comportement, souvent décrit comme le modèle de la « disposition » au changement, est une théorie bien connue qui a fait ses preuves dans l'amélioration de la pratique médicale^{89,90}. Prochaska et DiClemente soutiennent que le changement de comportement s'inscrit dans un processus continu constitué de cinq grandes étapes : la préréflexion, la réflexion, la préparation, l'action et le maintien⁹⁰. Passer de la préréflexion à la réflexion suppose un changement dans les connaissances et les attitudes ; passer de la réflexion à la préparation, puis à l'action suppose des changements dans les processus émotifs, puisqu'il faut être convaincu de sa capacité à entreprendre le changement et à acquérir les compétences nécessaires pour le faire. Le stade du maintien exige la restructuration de l'environnement dans lequel le comportement se manifeste afin d'assurer un soutien social et la mise en place de systèmes de gratification^{60,90}.

Théorie de l'éducation en santé

Les prémisses de base de la théorie de l'éducation en santé et les notions intégrées du modèle transthéorique supposent qu'un changement de comportement ne peut avoir lieu sans prise de conscience des lacunes sur le plan des connaissances et des compétences⁷⁶. Green et son équipe soutiennent qu'une évaluation attentive des besoins éducatifs doit être faite sur ces bases avant de pouvoir constater un changement de comportement⁷⁶. Selon cette théorie, l'impact positif de l'éducation serait proportionnel au degré de participation active plutôt que passive de l'apprenant. Les premières ébauches de la théorie ont d'ailleurs été revues pour tenir compte de

l'influence exercée par les politiques, les réglementations et les organisations. Par conséquent, les processus éducatifs doivent intégrer des éléments d'interaction et de participation, ainsi que la transmission d'information⁷⁶. L'enseignement fondé sur l'apprentissage par résolution de problèmes constitue un exemple d'approche interactive permettant l'acquisition de compétences cliniques et diagnostiques en médecine. Les approches autogérées basées sur l'expérience dans l'enseignement clinique semblent porter fruit à long terme^{60,91}.

Théorie de l'influence sociale

La théorie de l'influence sociale met l'emphase sur le rôle des autres dans la prise de décisions relatives aux comportements en se basant sur l'hypothèse que des facteurs tels les coutumes, les habitudes, les préjugés et les convictions des pairs, les pratiques dominantes et les conventions sociales orientent l'interprétation de l'information transmise par l'éducation⁸⁰.

Comme ces coutumes peuvent évoluer avec le temps et varier d'un endroit à l'autre, il est important de bien connaître le milieu où se déroule l'intervention afin d'évaluer les obstacles sociaux potentiels à l'adoption des guides de pratiques. Les façons dont la culture médicale détermine l'opinion des médecins et comment la pratique s'en trouve influencée sont des sujets qui intéressent de plus en plus les théoriciens. Par exemple, les valeurs humanistes de la médecine peuvent s'opposer à la dominante scientifique des soins fondés sur les données scientifiques. Haines et Rogers affirment qu'il faut promouvoir une culture basée sur cette expérience scientifique en l'intégrant dans le contexte plus large de d'autres valeurs fondamentales de la médecine, notamment aux préoccupations humanistes, qui préconisent une approche holistique axée sur les soins aux patients et qui s'inspirent de l'expérience personnelle et subjective du patient^{60,80,92}.

Théorie de l'écologie sociale

Le milieu dans lequel les cliniciens évolue est un déterminant clé de l'adoption des guides de pratiques. La théorie comportementale, entre autres le conditionnement opérant, insiste sur l'importance du milieu dans lequel se manifeste le comportement, et se base sur l'hypothèse que les stimuli environnementaux et les renforcements sont essentiels pour encourager et maintenir un comportement⁹³. Cette théorie a toutefois ses limites, car elle a tendance à considérer le sujet comme le récepteur passif d'une source de rétroaction externe. La théorie plus récente de la promotion de la santé s'est attardée à la relation entre les sujets et leurs environnements physique et socioculturel. Stokols se place dans une perspective « socioécologique » pour décrire le processus par lequel l'environnement influence le comportement des gens, qui à leur tour modifient et influencent leur environnement⁹⁴. Dans cette approche, les interactions se caractérisent par des cycles d'influence mutuelle. L'environnement agit sur le comportement et les gens modifient leur environnement par une action à la fois individuelle et collective⁹⁴. La dimension synergique, qui insiste sur des interventions à plusieurs niveaux pour soutenir le changement, est au centre de cette approche. Ainsi, les changements de comportement ont plus de chances de se produire et de perdurer si des changements socioenvironnementaux complémentaires sont

adoptés. À leur tour, les changements dans les convictions et les comportements viennent appuyer les changements socioenvironnementaux^{60,93,94}.

Cadre conceptuel de Moulding

Moulding et son équipe se sont inspirés des notions clés de la théorie du changement de comportement (tableau 4) pour formuler un cadre conceptuel qui comporte cinq étapes et qui vise à assurer la dissémination et l'application des guides de pratiques (tableau 5)⁶⁰. Le cadre intègre la notion d'évaluation des

Tableau 5 – Les cinq étapes

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluer la disposition du praticien au changement. 2. Évaluer les obstacles particuliers à l'utilisation des guides de pratiques. 3. Déterminer le niveau d'intervention approprié. 4. Établir des stratégies de dissémination et d'application. 5. Évaluer les stratégies d'application. |
|--|

(D'après Moulding et al., 1999)

besoins en préintervention et s'appuie sur le concept de ciblage des stratégies en fonction de la personne / du groupe ou de la population visée par l'intervention⁵⁷. Voici les cinq grandes étapes définies par le modèle :

- Étape 1 : Évaluer la disposition au changement du clinicien afin de déterminer le déploiement approprié des stratégies de dissémination et d'application.
- Étape 2 : Évaluer les contraintes liées aux compétences, aux facteurs sociaux et à l'organisation dans l'utilisation des guides de pratiques afin de confirmer le choix des stratégies appropriées.
- Étape 3 : Déterminer le degré d'intervention – personnelle, de groupe ou populationnelle – qui convient le mieux aux contraintes identifiées et à la disposition du clinicien, avant la mise en oeuvre des programmes de dissémination et d'application.
- Étape 4 : Identifier et concevoir les stratégies de dissémination et d'implantation.
- Étape 5 : Évaluer l'efficacité des stratégies dans le changement de comportement du clinicien, élément essentiel du processus⁶⁰.

À partir des stratégies de Moulding, Solberg a réalisé, avec l'aide de promoteurs chevronnés dans l'application des guides de pratiques, une étude publiée dans le numéro d'avril 2000 du *Journal on Quality Improvement*⁴. Cette étude toute récente approfondit les concepts de Moulding et apporte un nouvel éclairage sur le processus de dissémination et d'application.

Cadre conceptuel de Solberg

Pour élaborer son cadre conceptuel, Solberg et ses collaborateurs ont fait appel à 12 experts du processus d'application des guides de pratiques cliniques. Ces experts ont identifié les variables importantes ainsi que les stratégies qu'ils jugeaient efficaces lorsqu'elles étaient utilisées de façon appropriée. Ces variables et ces stratégies ont ensuite été validées et priorisées au moyen de la méthode du groupe nominal modifié / processus Delphi. L'information recueillie a par la suite été soumise à des experts internationaux afin de lui donner une certaine perspective⁴. L'exercice a permis de dégager 87 variables et 25 stratégies, regroupées en six catégories. Par la suite, un cadre conceptuel, regroupant ces variables et ces stratégies, a été conçu (figure 1).

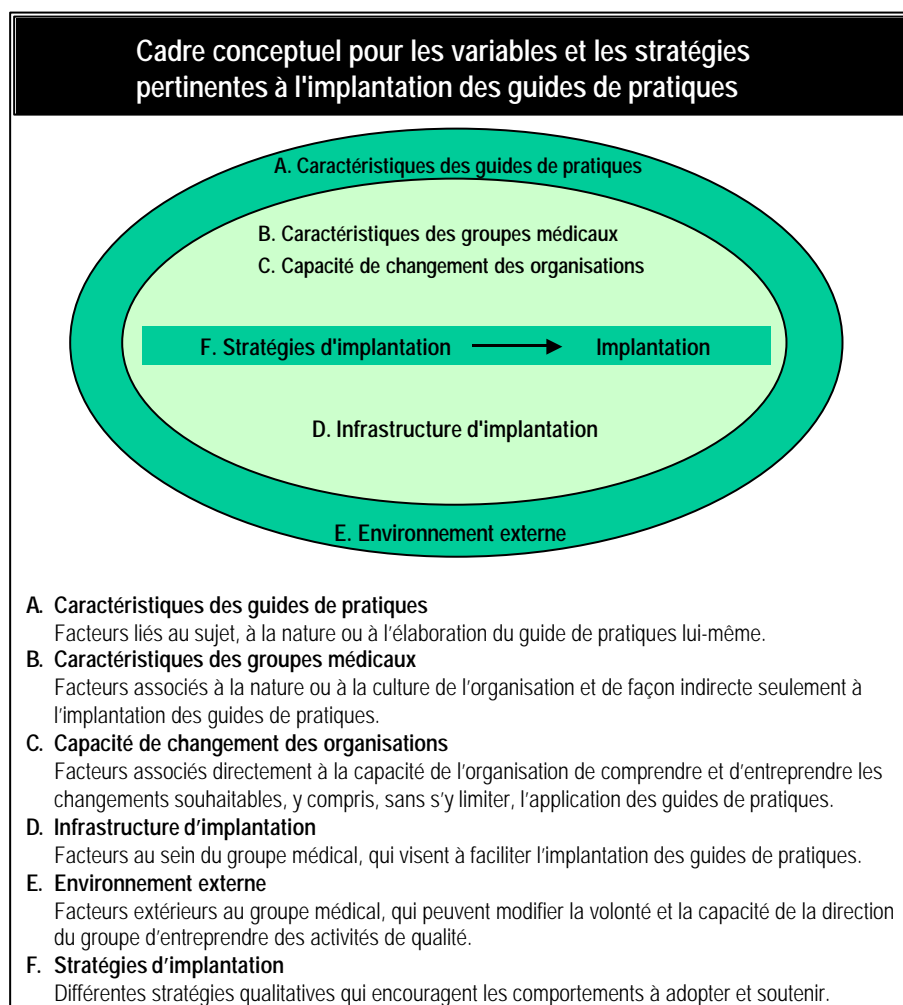


Figure 1. Cadre conceptuel pour les variables et les stratégies pertinentes à l'implantation des guides de pratiques. (Solberg et al., 2000)

Ces six catégories sont considérées comme importantes, clés voire essentielles. Solberg conclut que les efforts d'application doivent s'appuyer sur des stratégies multiples qui tiennent compte du guide de pratique, de l'organisation de la pratique et de l'environnement externe⁴, plutôt que sur une stratégie unique, qui a peu de chance de donner les résultats escomptés. L'addition de la composante des groupes médicaux au cadre de Solberg constitue un ajout important aux travaux de Moulding. Les modèles / cadres de Moulding et de Solberg sont à la fine pointe des techniques de dissémination et sont le fruit des données rassemblées durant des décennies dans le domaine. Cependant, il existe encore plusieurs autres modèles novateurs appelés à s'intégrer aux grands courants de pensée ou à être validés, mais qui peuvent aussi mettre à jour des approches utiles. Wyszewianski propose l'un de ces modèles⁹⁵.

Cadres conceptuels novateurs : Wyszewianski

En mai 2000, Wyszewianski et ses collaborateurs ont décrit un cadre théorique qui divise les cliniciens en quatre catégories selon leurs réponses à la nouvelle information sur l'efficacité des stratégies cliniques. De plus, les stratégies de changement de la pratique ont aussi été réparties en méthodes axées sur la connaissance ou sur le comportement. Les combinaisons de stratégies susceptibles d'être efficaces pour chacune des quatre catégories de cliniciens⁹⁵ sont présentées plus loin.

Voici les quatre catégories de cliniciens :

1. **Le chercheur** : Le chercheur lit les revues professionnelles et utilise fréquemment les bases de données. Ce clinicien adopte généralement un point de vue fondé sur les preuves trouvées dans la littérature. Il n'hésite pas à abandonner des pratiques reconnues lorsque les résultats de la recherche les mettent en doute ou à en adopter de nouvelles si les preuves sont favorables⁹⁵.
2. **Le réceptif** : Le réceptif typique a tendance à modifier sa pratique selon la nouvelle information, en autant que celle-ci provienne d'une source scientifique et clinique sûre⁹⁵.
3. **Le traditionaliste** : Tout comme le réceptif, le traditionaliste typique compte sur des sources qui font autorité pour décider d'apporter des changements à sa pratique clinique en réponse à toute nouvelle information. Cependant, comme son style d'apprentissage repose principalement sur la formation et l'expérience clinique personnelle, le traditionaliste privilégie les compétences cliniques, l'expérience et l'autorité des promoteurs de changement, contrairement au réceptif, qui s'intéresse davantage aux arguments scientifiques⁹⁵.
4. **Le pragmatique** : Le pragmatique est un clinicien fort occupé qui se soucie avant tout du côté pratique des nouvelles informations. Toute tentative pour l'amener à changer certains aspects de sa pratique se bute aux nombreuses exigences souvent opposées et formulées par ses patients, ses collègues, les employés et les hôpitaux⁹⁵.

Les stratégies de changement de la pratique appartiennent à deux catégories :

1. Axées sur la connaissance : Ces interventions de nature purement éducative se présentent de façon classique sous forme de programmes de formation médicale continue.
2. Axées sur le comportement : Ces interventions exploitent des stratégies non éducatives destinées à modifier le comportement, généralement par des encouragements ou des pénalités. Ce groupe se subdivise en :
 - a) *Stratégies facilitantes* : Les stratégies comportementales facilitantes servent à éliminer les obstacles à l'adoption de nouvelles approches de soins par le clinicien.
 - b) *Stratégies directives* : Les stratégies comportementales directives tentent d'inciter le clinicien à apporter des changements à ses pratiques⁹⁵.

La figure 2, décrit en détail les stratégies de changement de la pratique en fonction des types d'intervention et des types de médecins.

Types d'interventions les plus susceptibles d'être efficaces afin de changer les habitudes de pratique des 4 types de cliniciens				
Types d'intervention	Types de cliniciens			
	Chercheur	Réceptif	Traditionaliste	Pragmatique
Axée sur la connaissance	Crucial <ul style="list-style-type: none"> • Articles de revues • Réunions scientifiques • Guides de pratiques 	Important <ul style="list-style-type: none"> • Formation médicale continue • Guides de pratiques de sources scientifiques crédibles 	Important <ul style="list-style-type: none"> • Présentations à caractère scientifique • Interventions suggérées par des sources cliniques crédibles 	Utile <ul style="list-style-type: none"> • Information concise et essentielle de sources scientifiques crédibles
Axée sur le comportement				
stratégies facilitantes	Utile <ul style="list-style-type: none"> • Supprimer les obstacles majeurs 	Important <ul style="list-style-type: none"> • Éliminer les obstacles • Mécanismes de soutien 	Important <ul style="list-style-type: none"> • Éliminer les obstacles • Mécanismes de soutien (rappels, rétroaction) 	Crucial <ul style="list-style-type: none"> • Éliminer les obstacles
stratégies directives	Sans importance <ul style="list-style-type: none"> • Gratifications 	Plutôt important <ul style="list-style-type: none"> • Gratifications • Pénalités • Renforcement en temps réel 	Important <ul style="list-style-type: none"> • Gratifications • Pénalités • Renforcement en temps réel 	Crucial <ul style="list-style-type: none"> • Encouragements soutenus pour apprendre et changer • Encouragements soutenus pour surmonter les obstacles restants

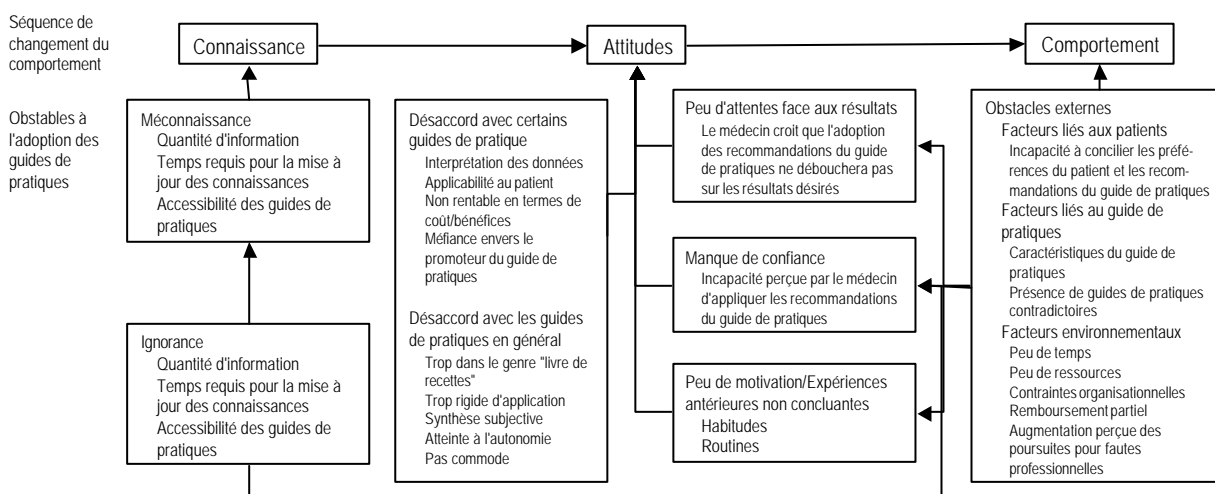
Figure 2 - Interventions pour changer les habitudes de pratique clinique, selon quatre types de cliniciens. (Wyszewianski et al., 2000).

Le cadre proposé par Wyszewianski est nouveau et doit encore être évalué dans la pratique, mais il gravite autour de concepts qui ont d'abord été proposés par Grol et al. et donne naissance à de nouvelles théories qui peuvent s'avérer utiles. Dans tous les modèles et les cadres abordés jusqu'à maintenant, la question des **obstacles** à la dissémination et à l'application demeure un incontournable dans tout ce processus : cette question est abordée dans le chapitre qui suit.

Obstacles à l'adoption des guides de pratiques chez les médecins

Tous les cadres et les modèles théoriques le soulignent : l'élimination des obstacles au changement est cruciale au succès d'une stratégie de dissémination chez les médecins. Quels sont ces obstacles ? Comment les définir ? Ont-ils fait l'objet de recherches ?

En 1999, Cabana et ses collaborateurs se sont intéressés à cette question⁵ : ses recherches visaient à recueillir des données utiles aux promoteurs des guides de pratiques, aux directeurs de pratique et aux chercheurs sur les services de soins de santé pour l'élaboration d'interventions efficaces en vue de changer la pratique des médecins. Cabana a effectué une revue systématique de 76 articles parus dans la littérature entre 1966 et 1998. Les articles portaient notamment sur les guides des pratiques, les paramètres de pratique, les politiques cliniques, les recommandations nationales et les énoncés consensuels. L'**obstacle** y était défini comme « tout facteur qui limite ou restreint l'adoption intégrale d'un guide de pratiques chez les médecins⁵. » Après avoir classé les obstacles selon 3 thèmes courants, les auteurs ont dégagé 7 catégories générales. Les obstacles nuisaient à la *connaissance* (ignorance, méconnaissance), aux *attitudes* (désaccord, manque de confiance en soi, peu d'attentes face aux résultats, expériences antérieures non concluantes) ou au *comportement* (obstacles externes)⁵. La figure 3 résume ces obstacles. Chaque



obstacle a sa propre importance dans l'élaboration d'interventions pratiques.

Figure 3 - Obstacles à l'adoption des guides de pratiques chez les médecins en relation avec le changement de comportement. (Reproduit d'après Cabana et al., 1999)

Chaque obstacle est maintenant défini et décrit afin d'en dégager les caractéristiques :

1. Ignorance : Le foisonnement des recherches fait en sorte qu'il est impossible pour un médecin d'être au courant de tous les guides de pratiques existants et de les appliquer avec discernement^{5,96,97}.
2. Méconnaissance : La connaissance superficielle des recommandations des guides de pratiques ne suffit pas à en garantir l'application judicieuse. La méconnaissance est un phénomène plus courant que l'ignorance^{5,98-100}.
3. Désaccord : Le médecin peut être en désaccord avec un guide de pratiques en particulier ou avec les guides de pratiques en général. Même si certains médecins sont théoriquement en désaccord avec les guides de pratiques, ils peuvent être d'accord avec certains guides de pratiques¹⁰¹. Les attitudes des médecins à l'égard des guides de pratiques en général doivent être interprétées avec prudence puisqu'ils peuvent également être d'accord avec des guides de pratiques en particulier⁵.
4. Manque de confiance : La confiance en soi influence l'adoption et le maintien d'un comportement, même en l'absence de résultats concluants⁷⁸. Par exemple, un lien a été constaté entre une grande confiance en soi dans la prescription d'hypocholestérolémiants et le respect des guides de pratiques nationaux dans l'instauration de ce traitement¹⁰² : les médecins qui affichent le moins de confiance sont les plus susceptibles de ne pas observer les recommandations. Comme la majorité des enquêtes qui rapportaient cet obstacle portaient sur l'éducation et la consultation en soins de santé préventifs, le manque de confiance en ses habiletés personnelles pourrait donc être un obstacle fréquent à l'adoption des guides de pratiques dans ces domaines⁵.
5. Attentes mitigées quant aux résultats : Cette contrainte est basée sur l'hypothèse qui veut qu'un comportement donné entraînera une conséquence particulière⁷⁸. Ainsi, si un médecin pense qu'une recommandation n'améliorera pas l'état d'un patient, il est moins susceptible de l'appliquer. Pour expliquer le non respect des recommandations, les médecins invoquent souvent la crainte de l'échec¹⁰³⁻¹⁰⁵. Mais leur perception risque de fausser la réalité : par exemple, même si la consultation médicale auprès des fumeurs permettait d'augmenter de 3 % à 5 %¹⁰⁶ le taux d'abandon du tabac dans une population, cette légère progression serait, d'un point de vue populationnel, largement bénéfique¹⁰⁷. Cependant, comme les médecins voient leurs patients individuellement, ils risquent de sous-évaluer la portée de leurs interventions à l'échelle d'une population. Cette absence de perspective peut entraîner une fausse perception des résultats attendus et entraîner l'inobservance des guides de pratique. La majorité des enquêtes portant sur les guides de pratiques en éducation et sur la consultation en soins de santé préventifs⁵ ont souligné cette contrainte, de même que celle du manque de confiance en ses habiletés

6. Expériences antérieures non concluantes : Les médecins peuvent être incapables de surmonter des échecs précédents ou ne pas être motivés pour changer. Le modèle de la disposition au changement, élaboré par Prochaska et DiClemente⁹⁰ et présenté précédemment, décrit le changement de comportement comme une série d'étapes comprenant la préréflexion, la réflexion, la préparation, l'action et le maintien. Ce modèle a été appliqué pour comprendre les attitudes des médecins lors de l'application de guides de pratiques portant sur le dépistage du cancer. Près de la moitié des médecins qui ont participé à l'enquête se trouvaient à l'étape de la préréflexion et n'étaient donc pas prêts à adopter les recommandations des guides de pratiques¹⁰⁸. Le modèle sur le processus du changement décrit par Geertsma¹⁰⁹ propose des hypothèses similaires, c'est-à-dire une phase d'amorce et le besoin d'une impulsion initiale de changement, qu'elle prenne sa source dans la vie professionnelle, personnelle ou sociale⁵.
7. Obstacles externes : La connaissance et les attitudes appropriées sont nécessaires à l'adoption de nouvelles pratiques mais peuvent être entravées¹¹⁰ par des obstacles qui limitent la capacité du médecin à adopter le comportement recommandé. Ces contraintes peuvent être liées au patient, au guide de pratiques ou à l'environnement. Ces obstacles externes se distinguent du manque de confiance en ses habiletés. Par exemple, un médecin bien formé qui fait preuve d'assurance dans son travail de consultation peut tout de même rencontrer des obstacles externes comme des contraintes de temps ou l'absence d'un système de rappel, qui l'empêche d'adopter un guide sur les pratiques de consultation. La persistance de ces obstacles pourrait même finir par ébranler son assurance, modifier ses attentes de résultats ou sa motivation⁵.
8. Obstacles liés aux patients : L'incapacité de concilier les préférences des patients et les recommandations des guides de pratiques peut empêcher l'adhésion¹¹³ du médecin. Les patients peuvent hésiter à adopter une recommandation, ne pas en voir la nécessité ou encore les considérer comme offensantes ou embarrassantes⁵.
9. Obstacles liés aux guides de pratiques : Les guides de pratiques qui recommandent la suppression d'un comportement établi peuvent être plus difficiles à appliquer que ceux qui recommandent l'adoption d'un nouveau comportement¹¹¹. L'expérimentabilité d'un guide de pratique, l'expérimentabilité étant définie comme « la capacité d'expérimenter une innovation à l'intérieur d'une certaine limite^{5,73} » et sa complexité sont également considérées comme des prédicteurs d'adoption importants^{112,105}.
10. Obstacles liés à l'environnement : L'adoption des guides de pratiques « peut exiger des changements indépendants de la volonté du médecin, comme l'acquisition de nouvelles ressources ou d'installations^{114,115} ». De nombreux facteurs décrits comme des obstacles - par exemple, le manque de systèmes de rappel et de matériel de consultation, le peu de soutien de la part du personnel ou des consultants, l'insuffisance des sommes remboursées, l'augmentation des

coûts de pratique et la responsabilité accrue - peuvent constituer pour le médecin⁵ des contraintes importantes.

Les obstacles liés à l'adoption des guides de pratiques chez les médecins et les modèles conceptuels et théoriques qui sous-tendent la dissémination et l'application des guides de pratiques ont été explorés. De plus, les méthodes pratiques d'application de ces théories ont été présentées et des exemples ont permis de mieux comprendre les modèles et les contraintes qui peuvent y être associées. Le chapitre qui suit porte sur une étude et une définition plus systématiques : en effet, à partir de renseignements puisés dans les modèles et les obstacles, les stratégies pratiques, leur définition et l'évaluation de leur efficacité seront abordées.

Interventions : lesquelles fonctionnent ?

Il existe toute une panoplie de stratégies destinées à faire connaître les guides de pratiques aux médecins, afin d'en promouvoir l'adoption et de susciter le changement. Depuis dix ans, des centaines, voire des milliers d'études, incluant des essais cliniques randomisés et des méta-analyses, ont porté sur ces stratégies. À partir de la récession la plus récente de la littérature, chaque méthode sera définie et un examen des succès et des échecs de chacune d'entre elles sera présenté. Les interventions sont classées comme suit :

1. Intervention *d'efficacité constante*
2. Intervention *d'efficacité variable*
3. Intervention *d'efficacité limitée ou nulle*

Ce système de classement a été employé par plusieurs auteurs et constitue un instrument de mesure cohérent, valide et fiable^{8,19,50,58,70}. Le classement proposé est uniforme, conséquence directe du survol d'une littérature similaire réalisée dans le cadre de cinq revues de la littérature. Tout écart entre les cinq revues sera précisé et les études individuelles auxquelles font référence ces revues seront explorées si elles offrent une information plus précise jugée utile.

Stratégie de vérification et de rétroaction

La stratégie de vérification et de rétroaction propose un sommaire de performance des soins de santé dans un intervalle de temps déterminé, avec ou sans recommandations d'intervention clinique. L'information recueillie peut provenir de dossiers médicaux, de bases de données informatisées, directement des patients ou faites à partir d'observations⁵⁸.

Cette stratégie est classée *d'efficacité variable*^{8,19,50,58,70}. Balas et son équipe, dans une méta-analyse d'essais cliniques randomisés, ont signalé que la stratégie de vérification et de rétroaction présentait un effet statistiquement significatif, mais minimal sur l'utilisation des guides de pratiques. Deux revues de Cochrane, réalisées par Thomas O'Brien et collaborateurs, ont signalé que cette stratégie pouvait parfois s'avérer efficace, notamment lors de la prescription de médicaments et de tests^{116,117}. Cependant, les effets étant négligeables ou modérés, les auteurs ont conclu qu'il ne fallait pas compter exclusivement sur cette approche^{116,117}. Selon Robinson, le moment où s'effectue la rétroaction est important : elle est plus efficace quand elle se produit simultanément à la cueillette et à l'analyse des données qu'en rétrospective¹¹⁸.

Stratégie de présentations à caractère scientifique et de visites éducatives

Les présentations à caractère scientifique ou les visites éducatives sont définies comme des formations réalisées au bureau du médecin, plus particulièrement dans le domaine de la prescription^{19,58} et faite par un professionnel de la santé ou un formateur. L'information donnée peut inclure une rétroaction sur la performance du médecin^{19,58}.

Cette stratégie est classée *d'efficacité constante*^{8,19,50,58,70}. Les visites éducatives permettent de réduire les prescriptions inappropriées, et, dans une moindre mesure, d'augmenter la prestation des services préventifs¹¹⁹. Quatre études ont signalé la réduction de 12 % à 49 % des prescriptions inappropriées, suite à ces présentations à caractère scientifique¹²⁰⁻¹²³ : Cummings et son équipe ont fait état de l'efficacité de cette stratégie dans l'abandon du tabac¹²⁴; Dietrich et collaborateurs ont noté des augmentations dans la prestation de dix services préventifs⁸³; Putnam et Curry ont démontré un effet modéré et statistiquement significatif des visites éducatives, combinées à une vérification sur les éléments essentiels, dans le traitement de cinq maladies souvent diagnostiquées en médecine familiale¹²⁵. Finalement, Nardella et son équipe ont utilisé une version modifiée de ces visites éducatives dans le cadre de leur étude, les chercheurs ont eu l'occasion de rencontrer les chirurgiens et de les persuader de réduire le nombre d'examens de laboratoire réalisés en prévision des chirurgies¹²⁶. L'effort de formation étant intensif, les auteurs ont constaté une réduction substantielle des examens et, partant, d'importantes économies. Toutefois, Thomson O'Brien et ses collaborateurs signalent que peu d'études se sont penchées sur la rentabilité globale (coûts/bénéfices) des visites éducatives¹¹⁹.

Stratégie faisant appel à des leaders d'opinion

Les leaders d'opinion sont définis comme des cliniciens identifiés par leurs collègues comme étant des médecins respectés, des communicateurs efficaces et qui exercent un pouvoir d'influence^{19,58}.

Cette stratégie est classée *d'efficacité variable*^{8,19,50,58,70}. Stross et son équipe ont remarqué une certaine amélioration dans la qualité des soins aux patients atteints d'arthrite et de maladie respiratoire¹²⁷⁻¹²⁹ après avoir fait appel à cette stratégie alors que Lomas et ses collaborateurs ont observé une augmentation notable du nombre de tentatives d'accouchement par voie vaginale après une césarienne dans les hôpitaux où cette stratégie avait été utilisée^{45,81}. Par contre, les interventions des leaders d'opinion sont parfois mal définies; pour les valider, il faudrait pouvoir compter sur des descriptions vérifiables et qu'il serait possible de reproduire¹³⁰.

Stratégie d'interventions fondées sur les patients

Les interventions fondées sur les patients visent à modifier la performance des professionnels de la santé en leur faisant part des commentaires recueillis auprès des patients. La cueillette d'informations peut se faire selon divers modes : en envoyant de la publicité par la poste, en faisant appel à des consultants indépendants, en colligeant des données cliniques obtenues directement des patients et acheminées au médecin⁵⁸.

Cette stratégie est classée *d'efficacité variable*^{8,19,50,58,70}. Plusieurs de ces interventions auraient donné de bons résultats dans l'application des guides de pratiques sur la prise en charge du diabète¹³¹, les stratégies préventives¹³² et l'abandon du tabac^{106,133,134}, surtout lorsque du matériel éducatif leur est envoyé. Katon et son équipe ont décrit une intervention qui a facilité l'application de guides de pratiques dans le traitement de la dépression par la création de matériel éducatif à l'intention des patients¹³⁵. Cette intervention a augmenté le nombre de consultations externes et a amélioré la fidélité thérapeutique des patients. Cependant, d'autres enquêtes, qui faisaient appel à l'information recueillie auprès de patients au moyen de questionnaires ou d'entrevues, ont donné des résultats variables¹³⁶. L'efficacité des interventions fondées sur les patients varie selon différents paramètres : la condition et le comportement visés; la volonté, l'assurance et la capacité des patients à discuter de l'efficacité clinique avec les professionnels de la santé et la réceptivité des professionnels de la santé à intégrer les patients à la prise de décisions⁷⁰.

Stratégie misant sur les processus consensuels

Cette stratégie favorise la participation des professionnels de la santé au choix du problème clinique et de l'approche à adopter pour le résoudre⁵⁰.

Cette stratégie est classée *d'efficacité variable*^{8,19,50,58,70}. L'importance des processus consensuels à l'échelle locale (i.e. dans une clinique ou un hôpital) n'est pas claire. Par exemple, Putnam et son équipe ont constaté l'efficacité modérée d'un processus consensuel local dans l'établissement de critères d'optimisation des soins, mais l'efficacité de ce processus était décevante pour les soins essentiels¹²⁵. Les données sont également contradictoires quant à l'efficacité plus grande des guides de pratiques préparés par les professionnels à l'échelle locale à celle des guides élaborés sans leur participation à l'échelle nationale (guides nationaux)⁷⁰.

Stratégie de distribution de matériel éducatif

La distribution de matériel éducatif sur les recommandations publiées ou imprimées pour les soins cliniques — tels guides de pratiques cliniques, matériel audiovisuel et publications électroniques^{58,70} — au moyen, par exemple, d'envois postaux ciblés, s'inscrit dans un mode de distribution passive.

Cette stratégie est classée *d'efficacité limitée ou nulle*^{8,19,50,58,70}. La plupart des études où l'intervention ne consistait uniquement qu'à distribuer du matériel imprimé^{122,137} n'ont pas entraîné de changements dans les résultats cliniques. Cette conclusion s'applique également à la distribution des guides de pratiques⁸¹. Les effets de la distribution de matériel éducatif imprimé, comparés à l'absence d'intervention active, semblent négligeables et d'importance clinique douteuse¹³⁸.

Stratégie de rappels

Les rappels désignent toute intervention, manuelle ou informatisée, qui amène le professionnel de la santé à poser un geste clinique. Les rappels peuvent prendre la forme de rappels concurrents ou intervisites faits aux professionnels au sujet de certains actes souhaités - comme le dépistage ou la prestation d'autres services préventifs -, l'amélioration des rapports de laboratoire ou un soutien administratif tel un système de suivi pour les rendez-vous ou des autocollants sur les dossiers⁵⁸.

Cette stratégie est classée *d'efficacité constante*^{8,19,50,58,70}. Cette stratégie, qui encouragent les professionnels de la santé à poser un geste clinique pour le patient, sont généralement efficaces pour l'ensemble des comportements cliniques¹³⁹. Dartnell et son équipe ont fait état d'une intervention concluante qui misait sur l'utilisation d'affiches et de cartes plastifiées en format de poche pour accroître la dissémination des guides de pratiques sur l'anticoagulothérapie dans les hôpitaux¹⁴⁰. Emslie et ses collaborateurs ont démontré qu'une fiche de rappel structurée pour la prise en charge de l'infertilité a permis aux omnipraticiens du Royaume-Uni d'améliorer le traitement de cette affection¹²³. Haynes et son équipe¹⁴¹, de même que Johnston et ses collaborateurs¹⁴², ont démontré que les rappels étaient efficaces tant pour le processus des soins que pour l'amélioration de la performance. L'introduction de systèmes informatiques pour soutenir la pratique semble aussi efficace¹⁴³. Shea et ses collaborateurs ont noté que les rappels informatisés destinés aux médecins amélioraient les services de prévention, notamment contre les risques cardiovasculaires, dans le milieu des soins ambulatoires¹⁴⁴. Finalement, Demakis et son équipe ont constaté que les systèmes de rappel informatisés utilisés dans de nombreuses cliniques de soins ambulatoires pour anciens combattants avaient amélioré le respect des normes de soins ambulatoires chez les médecins résidents¹⁴⁵.

Stratégie de formation médicale continue

La formation médicale continue est une expression générale pour décrire la gamme des activités déployées afin de soutenir la compétence des médecins. Elle inclut les conférences formelles, les cours, les présentations, les symposiums, les tables rondes, les ateliers, les discussions en petits groupes et les stages de formation^{19,58}. Pour en évaluer l'utilité en tant que stratégies de dissémination, les activités de formation médicale continue sont divisées en interventions didactiques éducatives et en interventions interactives.

1. ***Interventions didactiques*** : cette stratégie est classée *d'efficacité limitée ou nulle*^{8,19,50,58,70}. Intégrant seulement les caractéristiques de diffusion du matériel imprimé non sollicité, ces conférences, tables rondes et ateliers durant lesquels aucun effort véritable n'est fait pour déterminer les besoins liés à la pratique ou pour faciliter le changement, n'ont pas modifié la performance ni les résultats cliniques⁵⁸. Browner et son équipe n'ont constaté que peu ou pas d'amélioration dans le traitement du cholestérol après la tenue d'un séminaire de trois heures, même si des réunions de suivi et du matériel imprimé étaient prévus¹⁴⁶. En 1995, Davis et ses collaborateurs ont noté que l'emploi fréquent des méthodes didactiques traditionnelles appliquées aux activités de formation médicale continue, comme les conférences, contribuait peu à l'amélioration directe de la pratique professionnelle¹⁴⁷. Dans une revue réalisée en 1999, Davis a étudié un certain nombre d'essais rigoureux et il a conclu, là encore, que les séances didactiques ne semblaient pas efficaces pour changer la pratique professionnelle des médecins¹⁴⁸.
2. ***Interventions interactives*** : cette stratégie est classée *d'efficacité constante*^{19,50,70}. Les activités de formation médicale continue interactives qui stimulent la participation et permettent la mise en pratique des compétences peuvent favoriser le changement de la pratique professionnelle et, parfois, influencer les résultats cliniques¹⁴⁸. Elles peuvent être particulièrement efficaces si elles visent à confronter les attitudes négatives des professionnels ou à leur enseigner de nouvelles compétences⁷⁰. D'après Karuza et son équipe, les activités de formation médicale continue réalisées en petits groupes et proposant une revue de dossiers médicaux ont entraîné une augmentation de la vaccination antigrippale chez les patients âgés¹⁴⁹.

Stratégie misant sur les mesures incitatives d'ordre économique et législative

Les mesures incitatives d'ordre économiques font référence à la rémunération globale des médecins ou les primes de remboursement offertes pour certains actes médicaux. Les mesures économiques comprennent la capitation, le salaire, la rémunération à l'acte et les paiements ciblés. Les mesures incitatives d'ordre juridique comprennent les règlements des organismes d'accréditation et gouvernementaux¹⁹ ainsi que des organismes qui octroient les permis.

L'insuffisance d'information empêche le classement de ces stratégies⁸. Très peu d'études se sont penchées sur ces méthodes^{150,151}. Robinson a observé que, même si peu de recherches font appel aux mesures incitatives d'ordre économique pour influencer les résultats, de nombreuses expériences sur le terrain — par exemple, la comparaison des habitudes de pratique des médecins dans les systèmes de rémunération à l'acte et dans les systèmes de soins gérés — confirment l'effet de la rémunération sur le comportement clinique¹¹⁸. Fairbrother et ses collaborateurs ont démontré que les primes faisaient grimper en flèche l'immunisation, même si une bonne partie de cette hausse pouvait être attribuable à une documentation plus étoffée^{152,153}. Hickson et son équipe ont constaté que, dans une clinique pédiatrique, les médecins rémunérés à l'acte voyaient plus de patients que leurs confrères salariés, mais cette différence était attribuable au fait que les médecins rémunérés à l'acte traitaient une clientèle en meilleure santé¹⁵⁴. De même, Hillman et ses

collaborateurs ont noté que les mesures incitatives d'ordre économique n'amélioreraient pas l'application des guides de pratiques sur le dépistage du cancer chez les femmes de plus de 50 ans par les médecins qui pratiquaient dans une organisation de soins de santé intégrés du programme « Medicaid »¹⁵⁵.

Les organismes de réglementation ont prouvé leur capacité à favoriser l'adoption des guides de pratiques cliniques chez les médecins¹⁵⁶. L'adhésion aux normes de pratiques pourrait aussi servir de préalable à l'accréditation dans les hôpitaux. Aux États-Unis, la *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* a retenu certaines mesures d'application des guides de pratiques cliniques – par exemple, le nombre de césariennes après une naissance par voie vaginale – pour soutenir le processus d'accréditation¹⁵⁷.

Interventions multi disciplinaires

Les interventions multidisciplinaires désignent toute intervention qui réunit deux ou plusieurs des interventions décrites précédemment.

Cette stratégie est classée *d'efficacité constante*^{8,19,50,58,70}. Les programmes ou les stratégies qui comportent deux ou plusieurs interventions semblent donner de meilleurs résultats sur le comportement des médecins et sur les résultats cliniques que les interventions uniques^{50,58,147}. Comme il existe souvent de multiples obstacles à l'application des résultats de recherche, il n'est pas étonnant que les interventions multidisciplinaires soient susceptibles d'obtenir plus de succès¹⁵⁸.

Résumé

Le tableau 6 résume les stratégies classées selon leur efficacité. L'évaluation de ces stratégies fournit une approche basée sur les évidences scientifiques pour la prise de décisions concernant les méthodes d'intervention à employer. La forme dans laquelle les médecins eux-mêmes préfèrent recevoir les guides de pratiques représente une autre caractéristique à ne pas négliger dans l'élaboration de ces interventions.

Tableau 6 – Dissémination des guides de pratiques chez les professionnels de la santé	
Interventions d'efficacité constante	<ul style="list-style-type: none"> Visites éducatives et présentations à caractère scientifique Rappels Réunions éducatives interactives (formation médicale continue) Interventions multidisciplinaires
Interventions d'efficacité variable	<ul style="list-style-type: none"> Vérification et rétroaction Leaders d'opinion Processus consensuel local Intervention fondée sur les patients
Interventions d'efficacité limitée ou nulle	<ul style="list-style-type: none"> Distribution de matériel éducatif Réunions éducatives didactiques (formation médicale continue)

Dans quelle forme les médecins veulent-ils recevoir les guides de pratiques?

En 1997, Hayward et son équipe ont réalisé un sondage auto-administré auprès d'un échantillon aléatoire de plus de 1 800 médecins canadiens afin de déterminer leurs préférences concernant les guides de pratiques¹⁵⁹. Les répondants ont déclaré que la convivialité des guides était très importante. Les formes considérées les plus utiles étaient les fiches de poche, les dépliants concis et les résumés d'articles de revues^{32,159}. Par contre, les répondants semblaient moins apprécier les formules plus discursives, les ateliers et les bases de données informatisées^{32,159-161}.

En réponse à l'article de Cabana, Dahlberg souligne que le principal obstacle à l'adoption des guides de pratiques cliniques tient simplement à leur manque de concision¹⁶². Toujours selon Dahlberg : « *Au lieu ou peut-être en plus d'un texte de 40 à 50 pages présentant toutes les éventualités dans le traitement d'une maladie, pourquoi ne pas produire un résumé d'une page... ? Le médecin traitant doit pouvoir disposer d'une liste de vérification mentale si l'on espère qu'il change ses habitudes* »¹⁶².

En août 2000, l'*American College of Chest Physicians* a publié un énoncé de position décrivant ses travaux sur l'application des guides de pratiques en milieu clinique¹⁶³. Ces recommandations insistent sur la nécessité de produire des guides de référence abrégés – par exemple, en format de poche – et de brefs sommaires à l'intention des cliniciens. Elles s'intéressent aussi à l'Internet et au *World Wide Web* pour la publication des guides de pratiques¹⁶³ à cause des progrès technologiques spectaculaires d'Internet et de son potentiel énorme pour l'amélioration de la diffusion des connaissances sur les soins de santé.

Technologie et Internet

La réforme des soins de santé, les changements dans la portée et la définition des termes « santé », « soins de santé » et « recherche sur la santé », de même que l'accent constant mis sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et les soins multidisciplinaires confirment la nécessité d'intégrer des méthodes efficaces de dissémination, d'échange et de gestion de l'information¹⁶⁴. La technologie peut être un outil adapté à ce besoin puisqu'elle peut faciliter la dissémination et la compréhension de ce processus^{165,166}. Les progrès rapides de la technologie et la réduction de ses coûts permettent l'intégration de cet outil^{164,167}.

Internet offre un nouveau mode d'interaction avec la machine et de nouvelles voies de communication entre humains. Dans le domaine des soins de santé, Internet constitue une occasion unique d'accéder à l'information, d'en venir à des décisions éclairées et d'améliorer la communication entre les décideurs et les personnes qui seront touchées par leurs décisions¹⁶⁸. Cependant, Internet engendre aussi de nouveaux problèmes : la recherche d'information y est souvent laborieuse; les utilisateurs, quels que soient leur rôle, leurs antécédents ou leurs connaissances, peuvent éprouver de la confusion et de l'anxiété en raison de la quantité presque infinie d'informations accessibles. Cette information est souvent mal structurée, et la qualité et la pertinence de celle-ci varient grandement¹⁶⁹. Internet peut aussi entraîner des conflits entre les patients ou les décideurs qui peuvent avoir accès à une information différente et contradictoire (figure 5).



« Je suis désolée docteur, mais je dois être encore en désaccord avec vous »

Figure 5 - Un médecin, son patient et Internet. (Reproduit d'après Jadad, 1999)

L'état de santé d'une personne risque même de s'aggraver si une information inexacte trouvée sur Internet est utilisée par les patients ou les décideurs¹⁶⁸. Une association doit donc s'opérer entre Internet et la médecine basée sur des évidences scientifiques afin d'empêcher l'émergence de situations problématiques.

Pour que cette association donne sa pleine mesure et contribue à l'amélioration des soins de santé, il faut créer entre les deux une synergie puissante et efficace^{168,170-172}. Internet pourrait favoriser la prise de décisions basées sur des évidences scientifiques en procurant aux décideurs un accès économique, rapide et efficace à une information à jour, valide et pertinente, au bon moment, au bon endroit, en quantité suffisante et dans un format adapté. Inversement, les outils et les principes de la médecine basée sur des évidences factuelles pourraient servir à mieux comprendre le rôle d'Internet dans les soins de santé, permettant ainsi de tirer profit des occasions et d'éviter les problèmes potentiels^{168,173,174}.

Internet peut être un outil très efficace pour produire, synthétiser, disséminer et échanger des données de recherche. Son utilisation par les gouvernements et les organisations professionnelles pour faciliter la dissémination des guides de pratiques spécialisés et leur accès illustrent parfaitement tous les avantages potentiels d'Internet¹⁶⁸. Citons, à titre d'exemples, le *National Guideline Clearinghouse*¹⁷⁵, un site d'intérêt public qui donne accès à des guides de pratiques cliniques et qui permet de comparer les recommandations formulées par différentes organisations en Amérique du Nord; l'*Infobanque AMC* de l'Association médicale canadienne¹⁷⁶, qui offre un accès gratuit à des guides de pratiques réalisés au Canada; et l'*Initiative sur les lignes directrices en matière de pratique d'Action Cancer Ontario*¹⁷⁷, qui permet d'accéder à des lignes directrices sur le traitement du cancer.

Jadad¹⁷⁸ dresse une liste de 10 aspects clés sur lesquels Internet doit miser pour optimiser le partenariat entre patients et cliniciens.

1. Collaboration entre les consommateurs de services de santé et les organisations professionnelles.
2. Compréhension de l'utilisation d'Internet chez les patients et les cliniciens.
3. Facilité d'accès et d'utilisation des systèmes.
4. Accès rapide à l'information.
5. Accès facile à une information pertinente et utilisable immédiatement.
6. Intégration de l'information.
7. Équilibre entre les interactions virtuelles et directes.
8. Redéfinition des rôles des patients et des cliniciens.
9. Équilibre entre les besoins privés et collectifs.
10. Accès équitable à la technologie et à l'information.

Internet ouvre de nouveaux horizons qu'il faut encourager et faciliter la dissémination de l'information, des guides de pratiques auprès des médecins. Les lignes directrices concernant les sites d'information sur la médecine et la santé ont récemment été publiées : il convient de les respecter afin de mettre en place la stratégie de dissémination la plus efficace possible¹⁷⁹.

Sommaire et conclusion

Ce document visait à jeter un éclairage sur les guides de pratiques, sur leur élaboration et leur application et faisait suite à l'examen détaillé de la littérature publiée sur toutes les questions rattachées à la dissémination des guides de pratiques cliniques chez les médecins et sur leur utilisation éventuelle. Voici en résumé les points saillants du document.

Les guides de pratiques cliniques, définis comme des « énoncés formulés de façon systématique pour aider les praticiens et les patients à déterminer les soins à appliquer pour une pathologie clinique particulière », font l'objet de beaucoup d'attention depuis dix ans. Leur application devrait améliorer la qualité des soins en diminuant les écarts de traitement et en accélérant l'implantation des progrès scientifiques et technologiques dans la pratique quotidienne. De façon générale, l'élaboration des guides de pratiques s'est intensifiée sensiblement depuis le milieu des années 1980. Le mouvement visant à promouvoir l'établissement et la dissémination des guides de pratiques cliniques prend en partie son origine dans la nécessité de limiter les écarts de pratique dans le système de soins de santé aux États-Unis et est clairement relié au phénomène de la médecine basée sur des évidences scientifiques.

L'augmentation du nombre de guides de pratiques cliniques publiés dans divers pays stimule la discussion sur leur importance. Des rapports critiquant la validité des essais randomisés, des méta-analyses, des études de tests diagnostiques et des évaluations économiques ont mis les chercheurs au défi d'améliorer la conduite de leurs travaux et ont incité les lecteurs à les interpréter avec prudence. Même si les données de recherche ne se transposent pas simplement et automatiquement de la littérature à la pratique clinique courante, il n'est pas toujours facile d'accepter que ce problème résiste à toute solution simple. L'hypothèse traditionnelle de la formation continue – voulant que, par conscience professionnelle, les praticiens se « tiennent au courant en lisant la littérature » – est depuis longtemps devenue indéfendable. Ce constat est source de frustration pour les organisations qui financent les efforts d'amélioration de la qualité, pour les cliniciens désireux d'améliorer leurs pratiques et pour les décideurs politiques, les administrateurs, les dirigeants du domaine des soins intégrés, les responsables de l'assurance de la qualité, ceux qui s'intéressent aux politiques en matière de santé, les chercheurs dans cette discipline. C'est pourquoi la dissémination des guides de pratiques demeure un sujet de recherche important et exploitable.

La dissémination se définit comme « la communication d'information pour permettre aux cliniciens de parfaire leurs connaissances ou leurs compétences. » Ce processus actif, par opposition à la diffusion, cible des groupes de cliniciens précis. De prime abord, cette définition peut sembler simple et élégante, mais son application exige un certain effort. À partir de cette définition, les théories et les modèles proposés pour changer le comportement des cliniciens en vue d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences ont évolué au fil des décennies.

En 1997, Richard Grol a publié un survol des approches et des stratégies utilisées pour assurer la dissémination dans le *British Medical Journal*. Ce document a permis de mettre en évidence l'évolution de la pratique clinique. En 1999, Moulding, après avoir analysé plusieurs revues systématiques des données relatives à l'adoption des guides de pratiques cliniques, a dégagé 8 notions théoriques fondamentales qui permettent d'en promouvoir l'adoption et d'en assurer le maintien. Ces notions clés sont extraites des théories de Grol. La théorie sociocomportementale a permis d'approfondir la compréhension de l'interrelation des facteurs qui poussent les praticiens à utiliser les guides de pratiques, et contribue à expliquer pourquoi certaines stratégies de dissémination et d'application sont plus efficaces que d'autres. Moulding a repris ces notions afin de créer un cadre conceptuel visant à améliorer l'efficacité de ces stratégies. Solberg a poussé plus avant la réflexion et a conclu que les efforts d'application doivent s'appuyer sur des stratégies multiples qui tiennent compte de divers éléments qui relèvent du guide de pratiques, de l'organisation de la pratique et de l'environnement externe.

En 1999, Cabana s'est intéressé aux obstacles liés à l'adoption des guides de pratiques chez les médecins. Il a raffiné les théories, les modèles et les cadres mentionnés précédemment pour recueillir des données utiles aux promoteurs de guides de pratiques, aux directeurs et aux chercheurs des services de soins de santé afin d'élaborer des interventions efficaces en vue de changer la pratique des médecins. Chaque obstacle a sa propre importance dans l'élaboration d'interventions pratiques. Il doit être analysé pour arriver à l'élaboration de guides de pratiques qui tiennent compte de la réalité des médecins de 1^{er} ligne.

En général, les tentatives entreprises pour changer la pratique clinique ne réussissent que si elles tiennent compte du milieu dans lequel évoluent les cliniciens et qu'elles s'y intègrent concrètement. Dans la réalité, la prise de décisions cliniques est un processus complexe, souvent conflictuel et changeant, dans lequel l'interaction entre le clinicien et le patient constitue l'élément le plus simple et le moins contradictoire. Il existe toute une panoplie de stratégies pour faire connaître les guides de pratiques aux médecins, afin d'en promouvoir l'adoption et de susciter le changement. Depuis dix ans, plusieurs revues de littérature, comportant des centaines, voire des milliers d'études, incluant des essais cliniques randomisés et des méta-analyses, ont étudié ces stratégies. Le tableau de la page suivante résume ces stratégies.

Dissémination des guides de pratiques chez les professionnels de la santé	
Interventions d'efficacité constante	<ul style="list-style-type: none"> Visites éducatives et présentations à caractère scientifique Rappels réunions éducatives interactives (formation médicale continue) Interventions multidisciplinaires
Interventions d'efficacité variable	<ul style="list-style-type: none"> Vérification et rétroaction Leaders d'opinion Processus consensuel local Intervention fondée sur les patients
Interventions d'efficacité limitée ou nulle	<ul style="list-style-type: none"> Distribution de matériel éducatif Réunions éducatives didactiques (formation médicale continue)

En 1997, Hayward a réalisé un sondage auto-administré auprès d'un échantillon aléatoire de plus de 1 800 médecins canadiens en vue de déterminer leurs préférences concernant les guides de pratiques cliniques. Les répondants ont déclaré que la convivialité des guides était très importante. Les formes considérées les plus utiles étaient les fiches de poche, les dépliants concis et les résumés d'articles de revues. Des réserves étaient émises pour les formules plus discursives, ainsi que pour les ateliers et les bases de données informatisées.

Finalement, Internet offre de nouvelles façons d'interagir avec la machine et de communiquer entre humains. Dans les soins de santé, Internet offre une occasion unique, d'accéder à l'information, d'éclairer les décisions et d'améliorer la communication entre les médecins et les personnes touchées par leurs décisions. Internet peut aussi être un outil très efficace pour produire, synthétiser, disséminer et échanger des données de recherche. Son utilisation par les gouvernements et les organisations professionnelles pour faciliter la dissémination des guides de pratiques spécialisés et leur accès illustrent parfaitement tous ces avantages potentiels.

En conclusion, assurer la dissémination et l'application des meilleures pratiques cliniques est un problème complexe qui exige une approche multidisciplinaire, dont le succès repose sur des modèles théoriques et des moyens pratiques, ainsi que sur les nouvelles technologies.

Références

1. Institute of Medicine. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
2. Institute of Medicine. Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
3. Institute of Medicine. Setting Priorities for Clinical Practice Guidelines. Washington, DC: National Academy Press, 1995.
4. Solberg LI, Brekke ML, Fazio CJ, Fowles J, Jacobsen DN, Kottke TE, et al. Lessons from experienced guideline implementers: attend to many factors and use multiple strategies. *Jt Comm J Qual Improv* 2000; 26:171-188.
5. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282:1458-1465.
6. Audet AM, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities and future directions. *Ann Intern Med* 1990; 113:709-714.
7. Chassin MR. Practice guidelines: best hope for quality improvement in the 1990s. *J Occup Med* 1990; 32:1199-1206.
8. Smith WR. Evidence for the effectiveness of techniques to change physician behaviour. *Chest* 2000; 118:8S-17S.
9. Eisenberg JM, Williams SV. Cost containment and changing physicians' practice behaviour. Can the fox learn to guard the chicken coop? *JAMA* 1981; 246:2195-2201.
10. Eisenberg JM. Physician utilization. The state of research about physicians' practice patterns. *Med Care* 1985; 23:461-483.
11. Haynes RB, Davis DA, McKibbon A, Tugwell P. A critical appraisal of the efficacy of continuing medical education. *JAMA* 1984; 251:61-64.
12. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. *N Engl J Med* 1993; 329:1271-1273.
13. Tillotson GS. Implementation and physician behavior change : An industry perspective. *Chest* 2000; 118:59S-61S.
14. American Medical Association. Directory of Practice Parameters. <http://www.ama-assn.org/ethic/quality/qca/guidelines.htm> . Accessed: October 23, 2000.

15. Harris JS, Glass LS, Ossler C, Low P. Evidence-based design: the ACOEM Practice Guidelines Dissemination Project. *J Occup Environ Med* 2000; 42:352-361.
16. Kelly JT, Toepp MC. Practice parameters: development, evaluation, dissemination, and implementation. *Qual Rev Bull* 1992; 18:405-409.
17. Grilli R, Penna A, Zola P, Liberati A. Physicians' view of practice guidelines. A survey of Italian physicians. *Soc Sci Med* 1996; 43:1283-1287.
18. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. III. Impact on patient care. *Arch Intern Med* 1993; 153:2646-2655.
19. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997; 157:408-416.
20. Rice MS. Clinical practice guidelines. *Med J Aust* 1995; 163:144-145.
21. National Health and Medical Research Council. Guidelines for the Development and Implementation of Clinical Practice Guidelines. Canberra: AGPS, 1995.
22. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1993; 270:2093-2095.
23. Guyatt GH, Sackett DL, Cook DJ. Users' guides to the medical literature. II. How to use an article about therapy or prevention. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1993; 270:2598-2601.
24. Jaeschke R, Guyatt G, Sackett DL. Users' guides to the medical literature. III. How to use an article about a diagnostic test. A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994; 271:389-391.
25. Levine M, Walter S, Lee H, Haines T, Holbrook A, Moyer V. Users' guides to the medical literature. IV. How to use an article about harm. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994; 271:1615-1619.
26. Laupacis A, Wells G, Richardson WS, Tugwell P. Users' guides to the medical literature. V. How to use an article about prognosis. Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1994; 272:234-237.
27. Carter AO, Battista RN, Hodge MJ, Lewis S, Haynes RB. Proceedings of the 1994 Canadian Clinical Practice Guidelines Network Workshop. *CMAJ* 1995; 153:1715-1719.

28. Carter AO, Battista RN, Hodge MJ, Lewis S, Basinski A, Davis D. Report on activities and attitudes of organizations active in the clinical practice guidelines field. *CMAJ* 1995; 153:901-907.
29. Canadian Medical Association. Workshop on clinical practice guidelines: summary of proceedings. Department of Health Care and Promotion. *CMAJ* 1993; 148:1459-1462.
30. Hayward RS, Laupacis A. Initiating, conducting and maintaining guidelines development programs. *CMAJ* 1993; 148:507-512.
31. 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; 317:858-861.
32. Cook D, Giacomini M. The trials and tribulations of clinical practice guidelines. *JAMA* 1999; 281:1950-1951.
33. Schulz KF, Chalmers I, Grimes DA, Altman DG. Assessing the quality of randomization from reports of controlled trials published in obstetrics and gynecology journals. *JAMA* 1994; 272:125-128.
34. Sacks HS, Berrier J, Reitman D, V.A., Chalmers TC. Meta-analyses of randomized controlled trials. *N Engl J Med* 1987; 316:450-455.
35. Heffner JE, Feinstein D, Barbieri C. Methodologic standards for diagnostic test research in pulmonary medicine. *Chest* 1998; 114:877-885.
36. Heyland DK, Kernerman P, Gafni A, Cook DJ. Economic evaluations in the critical care literature: do they help us improve the efficiency of our unit? *Crit Care Med* 1996; 24:1591-1598.
37. Shaneyfelt TM, M.F., Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA* 1999; 281:1900-1905.
38. Eddy DM. *A Manual for Assessing Health Practices and Designing Practice Policies: The Explicit Approach*. Philadelphia: American College of Physicians, 1992.
39. American Medical Association. *Attributes to Guide the Development and Evaluation of Practice Parameters*. Chicago: American Medical Association, 1990.
40. Canadian Medical Association. *Quality of Care Program: The Guidelines for Canadian Clinical Practice Guidelines*. Ottawa: Canadian Medical Association, 1993.
41. Woolf SH. *Manual for Clinical Practice Guideline Development*. Rockville, Maryland: Agency for Health Care Policy and Research, 1991.

42. Eve R, Golton I, Hodgkin P, Munro J, Musson G. Beyond guidelines: promoting clinical change in the real world. *J Manag Med* 1996; 10:16-25.
43. Ockene JK, Zapka JG. Provider education to promote implementation of clinical practice guidelines. *Chest* 2000; 118:33S-39S.
44. Poses RM, Cebul RD, Wigton RS. You can lead a horse to water--improving physicians' knowledge of probabilities may not affect their decisions. *Med Decis Making* 1995; 15:65-75.
45. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med* 1989; 321:1306-1311.
46. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274:1591-1598.
47. Katz DA. Barriers between guidelines and improved patient care: an analysis of AHCPR's Unstable Angina Clinical Practice Guideline. Agency for Health Care Policy and Research. *Health Serv Res* 1999; 34:377-389.
48. Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA* 1998; 279:604-608.
49. Eddy DM. Clinical policies and the quality of clinical practice. *N Engl J Med* 1982; 307:343-347.
50. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 1998; 317:465-468.
51. Solberg LI. Guideline implementation: what the literature doesn't tell us. *Jt Comm J Qual Improv* 2000; 26:525-537.
52. Cohen SJ, Halvorson HW, Gosselink CA. Changing physician behavior to improve disease prevention. *Prev Med* 1994; 23:284-291.
53. Williamson JW, German PS, Weiss R, Skinner EA, Bowes F3. Health science information management and continuing education of physicians. A survey of U.S. primary care practitioners and their opinion leaders. *Ann Intern Med* 1989; 110:151-160.
54. Lau J, Antman EM, Jimenez-Silva J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. Cumulative meta-analysis of therapeutic trials for myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 327:248-254.

55. Antman EM, Lau J, Kupelnick B, Mosteller F, Chalmers TC. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. *JAMA* 1992; 268:240-248.
56. Kettley D, Woods KL. Impact of clinical trials on clinical practice: example of thrombolysis for acute myocardial infarction. *Lancet* 1993; 342:891-894.
57. Lomas J, Haynes RB. A taxonomy and critical review of tested strategies for the application of clinical practice recommendations: from "official" to "individual" clinical policy. *Am J Prev Med* 1988; 4:77-94.
58. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995; 153:1423-1431.
59. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ* 1998; 316:361-365.
60. Moulding NT, Silagy CA, Weller DP. A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Qual Health Care* 1999; 8:177-183.
61. Cassel C, Blank L, Braunstein G, Burke W, Fryhofer SA, Pinn V. What internists need to know: core competencies in women's health. ABIM Subcommittee on Clinical Competence in Women's Health. *Am J Med* 1997; 102:507-512.
62. Holmboe ES, Hawkins RE. Methods for evaluating the clinical competence of residents in internal medicine: a review. *Ann Intern Med* 1998; 129:42-48.
63. Hirst GH, Ward JE. Clinical practice guidelines: reality bites. *Med J Aust* 2000; 172:287-291.
64. Grol R. Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997; 315:418-421.
65. Grol R. Implementing guidelines in general practice care. *Qual Health Care* 1992; 1:184-191.
66. Kanouse DE, Kallich JD, Kahan JP. Dissemination of effectiveness and outcomes research. *Health Policy* 1995; 34:167-192.
67. Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. Changing the clinical behavior of doctors: a psychological framework. *Qual Health Care* 1996; 5:51-54.
68. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA* 1992; 268:1111-1117.

69. Albanese MA, Mitchell S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med* 1993; 68:52-81.
70. Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *Jt Comm J Qual Improv* 1999; 25:503-513.
71. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Qual Health Care* 1995; 4:55-64.
72. Haines A, Jones R. Implementing findings of research. *BMJ* 1994; 308:1488-1492.
73. Rogers EM. *Diffusion of Innovations*. 4th ed. New York: Free Press, 1995.
74. Spence W. *Innovation: The Communication of Change in Ideas, Practices and Products*. London: Chapman and Hall, 1994.
75. McGuire W. Theoretical Foundation of Campaigns. In: Rice R, Atkin C, editors. *Public Communication Campaigns*. Beverly Hills, CA: Sage, 1989:15-45.
76. Green L, Kreuter M, Deeds S, Partridge K. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto: Mayfield, 1980.
77. Kotler P, Roberto E. *Social Marketing. Strategies for Changing Public Behaviour*. New York: Free Press, 1989.
78. Bandura A. *Social Foundation of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.
79. Greer AL. The state of the art versus the state of the science. The diffusion of new medical technologies into practice. *Int J Technol Assess Health Care* 1988; 4:5-26.
80. Mittman BS, Tonesk X, Jacobson PD. Implementing clinical practice guidelines: social influence strategies and practitioner behavior change. *QRB Qual Rev Bull* 1992; 18:413-422.
81. Lomas J, Enkin M, Anderson GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section. *JAMA* 1991; 265:2202-2207.
82. Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA* 1990; 263:549-556.
83. Dietrich AJ, O'Connor GT, Keller A, Carney PA, Levy D, Whaley FS. Cancer: improving early detection and prevention. A community practice randomised trial. *BMJ* 1992; 304:687-691.
84. Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996; 312:619-622.

85. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *Jt Comm J Qual Improv* 1993; 19:424-447.
86. Moss R, Garside P, Dawson S. Organisational change: the key to quality improvement. *Qual Health Care* 1999; 7(Suppl):S1-S2
87. Koeck C. Time for organisational development in healthcare organisations. Improving quality for patients means changing the organisation. *BMJ* 1998; 317:1267-1268.
88. Macdonald G. Communication theory and health promotion. In: Bunton R, Macdonald G, editors. *Health promotion: disciplines and diversity*. London: Routledge, 1992:
89. Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS, Goldstein MG, Marcus BH, Rakowski W, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994; 13:39-46.
90. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:390-395.
91. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268:2420-2425.
92. Haines A, Rogers S. Summary and future prospects. In: Silagy CA, Haines A, editors. *A guide to evidence-based health care*. London: BMJ Publishing Group, 2000:
93. Skinner B. *The behaviour of organisms: an experimental analysis*. New York: Appleton-Century, 1938.
94. Stokols D. Establishing and maintaining healthy environments. Toward a social ecology of health promotion. *Am Psychol* 1992; 47:6-22.
95. Wyszewianski L, Green LA. Strategies for changing clinicians' practice patterns. A new perspective. *J Fam Pract* 2000; 49:461-464.
96. Lomas J. Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth. *Milbank Q* 1993; 71:439-475.
97. Stross JK, Harlan WR. The dissemination of new medical information. *JAMA* 1979; 241:2622-2624.
98. Wigder HN, Arai DA, Narasimhan K, Cohan S. ACEP chest pain policy: emergency physician awareness. *Ann Emerg Med* 1996; 27:606-609.
99. Balk SJ, Landesman LY, Spellmann M. Centers for disease control and prevention lead guidelines: do pediatricians know them? *J Pediatr* 1997; 131:325-327.

100. Pierre KD, Vayda E, Lomas J, Enkin MW, Hannah WJ, Anderson GM. Obstetrical attitudes and practices before and after the Canadian Consensus Conference Statement on Cesarean Birth. *Soc Sci Med* 1991; 32:1283-1289.
101. Olesen F, Lauritzen T. Do general practitioners want guidelines? Attitudes toward a county-based and a national college-based approach. *Scand J Prim Health Care* 1997; 15:141-145.
102. Hyman DJ, Maibach EW, Flora JA, Fortmann SP. Cholesterol treatment practices of primary care physicians. *Public Health Rep* 1992; 107:441-448.
103. Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Rohman M, Taylor JO. The physician's role in health promotion--a survey of primary-care practitioners. *N Engl J Med* 1983; 308:97-100.
104. Anda RF, Remington PL, Sienko DG, Davis RM. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA* 1987; 257:1916-1919.
105. Wells KB, Lewis CE, Leake B, Schleiter MK, Brook RH. The practices of general and subspecialty internists in counseling about smoking and exercise. *Am J Public Health* 1986; 76:1009-1013.
106. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Willms DG, et al. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988; 260:1570-1574.
107. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counseling smokers to quit. *JAMA* 1989; 261:75-79.
108. Main DS, Cohen SJ, DiClemente CC. Measuring physician readiness to change cancer screening: preliminary results. *Am J Prev Med* 1995; 11:54-58.
109. Geertsma RH, Parker RCJ, Whitbourne SK. How physicians view the process of change in their practice behavior. *J Med Educ* 1982; 57:752-761.
110. Solberg LI, Brekke ML, Kottke TE. How important are clinician and nurse attitudes to the delivery of clinical preventive services? *J Fam Pract* 1997; 44:451-461.
111. Winkler JD, Lohr KN, Brook RH. Persuasive communication and medical technology assessment. *Arch Intern Med* 1985; 145:314-317.
112. Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Med Care* 1994; 32:202-213.
113. Woo B, Cook EF, Weisberg M, Goldman L. Screening procedures in the asymptomatic adult. Comparison of physicians' recommendations, patients' desires, published guidelines, and actual practice. *JAMA* 1985; 254:1480-1484.

114. Resnicow KA, Schorow M, Bloom HG, Massad R. Obstacles to family practitioners' use of screening tests: determinants of practice? *Prev Med* 1989; 18:101-112.
115. Kosecoff J, Kanouse DE, Rogers WH, McCloskey L, Winslow CM, Brook RH. Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *JAMA* 1987; 258:2708-2713.
116. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000260
117. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000259
118. Robinson MB. Evaluation of medical audit. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48:435-440.
119. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000409
120. Soumerai SB, Salem-Schatz S, Avorn J, Casteris CS, Ross-Degnan D, Popovsky MA. A controlled trial of educational outreach to improve blood transfusion practice. *JAMA* 1993; 270:961-966.
121. Avorn J, Soumerai SB, Everitt DE, Ross-Degnan D, Beers MH, Sherman D, et al. A randomized trial of a program to reduce the use of psychoactive drugs in nursing homes. *N Engl J Med* 1992; 327:168-173.
122. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". *N Engl J Med* 1983; 308:1457-1463.
123. McConnell TS, Cushing AH, Bankhurst AD, Healy JL, McIlvenna PA, Skipper BJ. Physician behavior modification using claims data: tetracycline for upper respiratory infection. *West J Med* 1982; 137:448-450.
124. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ, Hansen B, Zahnd EG, VanderMartin R, et al. Training physicians in counseling about smoking cessation. A randomized trial of the "Quit for Life" program. *Ann Intern Med* 1989; 110:640-647.
125. Putnam RW, Curry L. Impact of patient care appraisal on physician behaviour in the office setting. *Can Med Assoc J* 1985; 132:1025-1029.
126. Nardella A, Pechet L, Snyder LM. Continuous improvement, quality control, and cost containment in clinical laboratory testing. Effects of establishing and implementing guidelines for preoperative tests. *Arch Pathol Lab Med* 1995; 119:518-522.

127. Stross JK, Bole GG. Evaluation of an educational program for primary care practitioners, on the management of osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 1985; 28:108-111.
128. Stross JK, Hiss RG, Watts CM, Davis WK, Macdonald R. Continuing education in pulmonary disease for primary-care physicians. *Am Rev Respir Dis* 1983; 127:739-746.
129. Stross JK, Banwell BF, Wolf FM, Becker MC. Evaluation of an education program on the management of rheumatic diseases for physical therapists. *J Rheumatol* 1986; 13:374-378.
130. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000125
131. Vinicor F, Cohen SJ, Mazzuca SA, Moorman N, Wheeler M, Kuebler T, et al. DIABEDS: a randomized trial of the effects of physician and/or patient education on diabetes patient outcomes. *J Chronic Dis* 1987; 40:345-356.
132. McPhee SJ, Bird JA, Fordham D, Rodnick JE, Osborn EH. Promoting cancer prevention activities by primary care physicians. Results of a randomized, controlled trial. *JAMA* 1991; 266:538-544.
133. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Smith DM. Encouraging primary care physicians to help smokers quit. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1989; 110:648-652.
134. Cummings SR, Richard RJ, Duncan CL, Hansen B, Vander MR, Gerbert B, et al. Training physicians about smoking cessation: a controlled trial in private practice. *J Gen Intern Med* 1989; 4:482-489.
135. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA* 1995; 273:1026-1031.
136. Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR. Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care. Results from a randomized clinical trial. *Med Care* 1990; 28:239-250.
137. Evans CE, Haynes RB, Birkett NJ, Gilbert JR, Taylor DW, Sackett DL, et al. Does a mailed continuing education program improve physician performance? Results of a randomized trial in antihypertensive care. *JAMA* 1986; 255:501-504.
138. Freemantle N, Harvey EL, Wolf F, Grimshaw JM, Grilli R, Bero LA. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000172

139. Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA* 1998; 280:1339-1346.
140. Dartnell JG, Allen B, McGrath KM, Moulds RF. Prescriber guidelines improve initiation of anticoagulation. *Med J Aust* 1995; 162:70-73.
141. Haynes RB, Walker CJ. Computer-aided quality assurance. A critical appraisal. *Arch Intern Med* 1987; 147:1297-1301.
142. Johnston ME, Langton KB, Haynes RB, Mathieu A. Effects of computer-based clinical decision support systems on clinician performance and patient outcome. A critical appraisal of research. *Ann Intern Med* 1994; 120:135-142.
143. Balas EA, Austin SM, Mitchell JA, Ewigman BG, Bopp KD, Brown GD. The clinical value of computerized information services. A review of 98 randomized clinical trials. *Arch Fam Med* 1996; 5:271-278.
144. Shea S, DuMouchel W, Bahamonde L. A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in the ambulatory setting. *J Am Med Inform Assoc* 1996; 3:399-409.
145. Demakis JG, Beauchamp C, Cull WL, Denwood R, Eisen SA, Lofgren R, et al. Improving Residents' compliance with standards of ambulatory care: results from the VA cooperative study on computerized reminders. *JAMA* 2000; 284:1411-1416.
146. Browner WS, Baron RB, Solkowitz S, Adler LJ, Gullion DS. Physician management of hypercholesterolemia. A randomized trial of continuing medical education. *West J Med* 1994; 161:572-578.
147. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274:700-705.
148. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999; 282:867-874.
149. Karuza J, Calkins E, Feather J, Hershey CO, Katz L, Majeroni B. Enhancing physician adoption of practice guidelines. Dissemination of influenza vaccination guideline using a small-group consensus process. *Arch Intern Med* 1995; 155:625-632.
150. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD002215

151. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sergison M, Leese B, et al. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev* 2000; CD000531
152. Fairbrother G, Hanson KL, Friedman S, Butts GC. The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on childhood immunization coverage rates. *Am J Public Health* 1999; 89:171-175.
153. Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, Cappuccio JD, Barker WH, LaForce FM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. *Am J Prev Med* 1998; 14:89-95.
154. Hickson GB, Altemeier WA, Perrin JM. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics* 1987; 80:344-350.
155. Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E. Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *Am J Public Health* 1998; 88:1699-1701.
156. Borowitz M, Sheldon T. Controlling health care: from economic incentives to micro-clinical regulation. *Health Econ* 1993; 2:201-204.
157. Sisk JE. Promises and hazards of strategies to implement change. *Jt Comm J Qual Improv* 1995; 21:357-360.
158. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract* 1998; 48:991-997.
159. Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, McKibbin KA, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997; 156:1715-1723.
160. Montgomery AA, Peters TJ, Fahey T. Reasons physicians do not follow clinical practice guidelines. *JAMA* 2000; 283:1685
161. Veatch RM. Reasons physicians do not follow clinical practice guidelines. *JAMA* 2000; 283:1685
162. Dahlberg K. Reasons physicians do not follow clinical practice guidelines. *JAMA* 2000; 283:1686
163. Heffner JE, Alberts WM, Irwin R, Wunderink R. Translating guidelines into clinical practice : recommendations to the american college of chest physicians. *Chest* 2000; 118:70S-73S.

164. Jennett PA, Premkumar K. Technology-based dissemination. *Can J Public Health* 1996; 87 Suppl 2:S34-S39
165. Carnall D. Disseminating good practice in clinical information. New format will harness paper and web. *BMJ* 2000; 320:134
166. National Forum on Health. Summary Report - Evidence Based Decision Making: A Dialogue on Health Information. Health and Welfare Canada 1996;
167. LaPorte RE. Global public health and the information superhighway. *BMJ* 1994; 308:1651-1652.
168. Jadad AR, Haynes RB, Hunt D, Browman GP. The Internet and evidence-based decision-making: a needed synergy for efficient knowledge management in health care. *CMAJ* 2000; 162:362-365.
169. Lyons J, Khot A. Managing information overload: developing an electronic directory. *BMJ* 2000; 320:160
170. Gawande AA, Bates DW. The use of information technology in improving medical performance. Part I. Information systems for medical transactions. *Medscape General Medicine* 2000.
171. Drezner JL. Understanding adoption of new technologies by physicians. *Medscape General Medicine* 2000.
172. Gawande AA, Bates DW. Use of information technology in improving medical performance. Part II. Physician-support tools. *Medscape General Medicine* 2000.
173. Tanriverdi H, Iacono CS. Diffusion of telemedicine: A knowledge barrier perspective. *Telemed J* 1999; 5:223-244.
174. LaPorte RE. Telepreventive medicine - the autobahn to health. *BMJ* 1996; 313:1383-1384.
175. National Guideline Clearinghouse. US Agency for Healthcare Research and Quality. www.guideline.gov/. Accessed: October 23, 2000.
176. CPG Infobase. Canadian Medical Association. www.cma.ca/cpgs/index.htm. Accessed: October 23, 2000.
177. Program in Evidence-Based Care and Practice Guidelines Initiative. www.cancercare.on.ca/ccopgi/. Accessed: October 23, 2000.
178. Jadad AR. Promoting partnerships: challenges for the internet age. *BMJ* 1999; 319:761-764.
179. Winker MA, Flanagan A, Chi-Lum B, White J, Andrews K, Kennett RL, et al. Guidelines for medical and health information sites on the internet: principles governing AMA web sites. American Medical Association. *JAMA* 2000; 283:1600-1606.