

*UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE*

*(PARIS 6)*

**FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE**

ANNEE 2008

**THESE**

N°

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Discipline : MEDECINE GENERALE**

**Par**

Sara MIRSAMADZADEH

Née le 9 Septembre 1976 à Téhéran (IRAN)

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 Novembre 2008**

TITRE :

**CONSTRUCTION DE LA VERSION PILOTE D'UN QUESTIONNAIRE DE PREDICTION DE LA MISE EN APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE CLINIQUE PAR LES MEDECINS GENERALISTES**

**DIRECTEUR DE THESE :**

Monsieur le Docteur Luc Martinez (Université Pierre et Marie Curie)

**PRESIDENT DU JURY :**

Monsieur le Professeur Bertrand Guidet (Université Pierre et Marie Curie)

**MEMBRES DU JURY :**

Monsieur le Professeur Olivier Benvéniste (Université Pierre et Marie Curie)

Monsieur le Professeur Chabot (Université Aix Marseille 2)

Madame le Professeur Anne-Marie Magnier (Université Pierre et Marie Curie)

Monsieur le Docteur Luc Martinez (Université Pierre et Marie Curie)

## TABLE DES MATIERES

### **I. INTRODUCTION**

### **II. METHODE**

#### **1 REVUE DE LA LITTERATURE**

##### **1.1 Base interrogée**

##### **1.2 Equation de recherche**

##### **1.3 Critères de sélection des articles lus à partir des résultats de la recherche**

###### **1.3.1 Les études dites interventionnelles**

###### **1.3.2 Les autres types d'études**

##### **1.4 Modalité d'attribution des articles entre les lecteurs**

##### **1.5 Extraction des items**

#### **2 QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DES REPRESENTATIONS DES MEDECINS CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS MEDICALES : « THOUGHTS QUESTIONNAIRE »**

#### **3 CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE DE PREDICTION: 1<sup>ERE</sup> VERSION**

##### **3.1 Questions permettant un recueil des données démographiques**

##### **3.2 Questions permettant la mesure de l'intention comportementale**

###### **3.2.1 Evaluation de l'intention de comportement**

###### **3.2.2 Evaluation de l'intention générale de comportement**

##### **3.3 Questions permettant la mesure de l'attitude**

###### **3.3.1 Mesure directe de l'attitude**

###### **3.3.2 Mesure indirecte de l'attitude**

###### **3.3.2.1 Elaboration des questions visant à mesurer la force des croyances comportementales des médecins généralistes à propos de la mise en application des recommandations**

###### **3.3.2.2 Elaboration des questions visant à mesurer les conséquences de ces croyances**

##### **3.4 QUESTIONS PERMETTANT LA MESURE DE LA PRESSION SOCIALE**

###### **3.4.1 Mesure directe de la pression sociale**

###### **3.4.2 Mesure indirecte de la pression sociale : mesure des croyances en termes de pression sociale et motivation à se soumettre à cette pression**

3.4.2.1 Elaboration des questions visant à mesurer la force de ces croyances

3.4.2.2 Elaboration des questions visant à mesurer la motivation à se soumettre à ces sources de pression sociale

### **3.5 Questions permettant la mesure du contrôle comportemental perçu**

3.5.1 Mesure directe du contrôle comportemental perçu (C.C.P.)

3.5.2 Mesure indirecte du C.C.P. : mesure des croyances en matière de contrôle et du pouvoir d'influence de ces croyances sur le comportement étudié

3.5.2.1 Elaboration des questions visant à mesurer la force des croyances en matière de contrôle

3.5.2.2 Elaboration des questions visant à mesurer le pouvoir d'influence de ces facteurs sur le comportement

## **4 EVALUATION DE LA PERTINENCE ET DU LIBELLE DES QUESTIONS**

4.1 Le questionnaire d'évaluation

4.2 Evaluation en ligne par courrier électronique

4.3 Atelier de Nimègue pour échanger et résoudre les désaccords

4.4 Deuxième évaluation de la pertinence et du libellé des questions

4.4.1 Deuxième évaluation en ligne

4.4.2 Deuxième atelier d'échange et de résolution des désaccords

## **5 CONSTRUCTION DE LA VERSION PILOTE DU QUESTIONNAIRE**

# **III. RESULTATS**

## **1 REVUE DE LA LITTERATURE**

1.1 Sélection et inclusion des articles

1.2 Identification des barrières à la mise en place des R.B.P.C.

## **2 QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DES REPRESENTATIONS**

2.1 Réponses relatives à l'attitude vis à vis des R.B.P.C.

2.2 Réponses relatives à la pression sociale

2.2.1 Personnes ou groupes de personnes ayant un impact positif sur l'application des R.B.P.C.

2.2.2 Personnes ou groupes de personnes ayant un impact négatif sur l'application des R.B.P.C.

2.3 Réponses relatives au contrôle comportemental perçu

2.3.1 Facteurs facilitant la mise en application des R.B.P.C.

2.3.2 Facteurs contrariant la mise en application des R.B.P.C.

## **3 PRESENTATION DE LA PREMIERE VERSION DU QUESTIONNAIRE**

## **4 RESULTAT DE LA PREMIERE EVALUATION DE PERTINENCE ET DU LIBELLE DES QUESTIONS**

4.1 Résultats de la première évaluation en ligne

- 4.1.1 Pertinence des questions
- 4.1.2 Libellé des questions
- 4.2 Atelier de Nimègue en mai 2007

## 5 PRESENTATION DE LA DEUXIEME VERSION DU QUESTIONNAIRE

## 6 RESULTAT DE LA DEUXIEME EVALUATION DE PERTINENCE ET DU LIBELLE DES QUESTIONS

- 6.1 Résultats de la deuxième évaluation en ligne
  - 6.1.1 Evaluation de la pertinence
  - 6.1.2 Evaluation du libellé
- 6.2 Atelier du WONCA Paris en Octobre 2007

## 7 PRESENTATION DE LA TROISIEME VERSION DITE VERSION PILOTE DU QUESTIONNAIRE DE PREDICTION DE LA MISE EN APPLICATION DES R.B.P.C. PAR LES MEDECINS

## IV. DISCUSSION

### 1.LA REVUE DE LITTERATURE NON SYSTEMATIQUE

### 2.LA METHODE UTILISEE POUR IDENTIFIER LES OBSTACLES A LA MISE EN APPLICATION DES R.B.P.C.

### 3.LA THEORIE DU COMPORTEMENT PREVU (T.C.P.)

### 4.LA METHODE D'EVALUATION DE LA PERTINENCE ET DU LIBELLE DES ITEMS ET DE RESOLUTION DES CONFLITS

## V. CONCLUSION

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## ANNEXES

## Serment d'Hippocrate

# **I . INTRODUCTION**

La qualité des soins de santé est un enjeu majeur face au développement continu des innovations dans le domaine médical.

L' Organisation Mondiale de la Santé définit les soins de santé de qualité comme étant :

- accessibles
- efficaces
- efficients
- acceptables /axés sur le patient
- équitables
- sécuritaires

Or de nombreuses publications médicales mettent en lumière une sous-utilisation, une sur-utilisation, ou une més-utilisation du système de soins dans les pays occidentaux(1).

C'est dans ce contexte qu'ont été développés différents outils afin d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients tels que :

- la médecine factuelle ou Evidence Based Medecine (E.B.M.)
- les recommandations médicales de bonne pratique clinique plus souvent appelées recommandations médicales (R.M.)
- les systèmes d'accréditation
- la responsabilisation du patient en le remplaçant au centre du système de soins en tant qu'acteur décisionnel
- le « total quality management » : approche qualitative globale du système de santé qui ne prend pas seulement en compte l'activité des médecins mais cherche par des efforts continus à améliorer la totalité du système de soins, notamment au niveau structurel et organisationnel(1).

C'est aux recommandations médicales que nous allons nous intéresser dans cette thèse.

Les recommandations sont directement inspirées de la notion d'E.B.M.

**L'E.B.M.**, que l'on peut traduire par médecine factuelle et basée sur les preuves, a été

développée à la fin des années 80. Ce terme utilisé pour la première fois à l'université de Mc Master au Canada (état de l'Ontario) désigne une approche nouvelle de la pratique médicale fondée sur l'analyse critique de l'information médicale. Cette information médicale est issue le plus souvent des publications scientifiques dans les revues médicales.

Cette approche est méthodique.

Face à un problème clinique donné, il s'agit de rechercher, d'évaluer puis d'utiliser des résultats contemporains de la recherche clinique afin de prendre la décision clinique la plus adaptée.

On distingue habituellement cinq étapes dans cette approche :

- 1) formuler une question susceptible d'apporter la réponse à un problème clinique donné
- 2) rechercher les réponses en effectuant une revue de la littérature des articles scientifiques publiés
- 3) évaluer la validité et l'applicabilité des résultats de cette recherche
- 4) appliquer le fruit de cette recherche dans la pratique médicale afin de résoudre ce problème clinique
- 5) réaliser une auto-évaluation de cette démarche(2)

C'est dans cette logique que s'inscrivent les recommandations de bonne pratique clinique (R.B.P.C.) également appelées recommandations médicales. La première définition a été proposée par Field et Lohr(3) en langue anglaise en 1990. C'est sur cette définition que se fonde la traduction retenue par la Haute Autorité de Santé (H.A.S) en France : « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. »

**Les recommandations médicales** répondent à trois critères :

- 1) Prise de conscience d'une inter-variabilité toujours plus grande des pratiques médicales dans la prise en charge des malades
- 2) Difficulté pour les professionnels de la santé de se maintenir à niveau face à la masse de publications scientifiques

### 3) Augmentation des coûts de santé nécessitant une rationalisation du système de soins(4)

Elles visent à :

- améliorer la qualité des soins délivrés aux patients
- résumer les résultats de recherche et rendre les décisions cliniques plus transparentes
- réduire la variation induite au niveau de pratique
- promouvoir l'utilisation efficiente des ressources
- repérer les lacunes du savoir et attribuer des priorités aux activités de recherche
- guider les consommateurs, et informer les patients et les responsabiliser
- éclairer les politiques publiques
- appuyer le contrôle de la qualité, y compris les vérifications des pratiques des cliniciens ou des hôpitaux(5),(6).

Les R.B.P.C. sont développées par des organismes de santé publique à partir des années 90 dans de nombreux pays, et proposées aux professionnels de santé comme outil d'aide à la décision. En France, c'est d'abord l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (A.N.D.E.M.) avec les recommandations médicales opposables en 1990, relayée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S.) à partir de 1999, et aujourd'hui la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) qui se charge de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé.

Ces organismes ont pour mission de réaliser une synthèse des connaissances disponibles à propos de stratégies préventives, diagnostiques ou thérapeutiques en médecine et de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins en diffusant ces conclusions à l'ensemble des partenaires de santé.

C'est ce travail de synthèse difficile à effectuer à l'échelle individuelle du médecin qui est à l'origine de toute recommandation.

Bien qu'accueillies favorablement par les médecins(7), il s'avère que les recommandations

médicales sont peu appliquées(8) dans la pratique quotidienne par ces derniers avec les conséquences suivantes :

- les patients ne bénéficient pas des avancées de l'E.B.M.(8)
- les patients font l'objet de traitements inutiles ou dangereux(9)
- l'existence de variations importantes de la qualité des soins d'un praticien à l'autre
- un gaspillage des ressources intellectuelles et financières puisque le développement de recommandations représente un coût important en terme d'argent (pouvant atteindre 500000 US dollars pour le développement d'une recommandation ) et de temps(10).

Pour améliorer la mise en place des recommandations médicales de multiples stratégies ont été développées.

Toutes ces stratégies concourent pour toute recommandation émise à la faire connaître puis adopter par les professionnels de santé.

Pour acheminer l'information auprès des professionnels de santé, on distingue classiquement selon un travail de J.Lomas(11) trois méthodes :

- la diffusion : concept passif, elle désigne la simple distribution de l'information de façon non ciblée ou planifiée
- la dissémination : méthode plus active que la diffusion, elle désigne la communication de l'information de façon ciblée pour améliorer la connaissance et les qualifications de la population cible à laquelle elle s'adresse
- l'implémentation : terme habituellement traduit par « mise en application » ou utilisé tel quel dans la littérature française, elle désigne une dissémination active de l'information incluant des stratégies de communication efficace afin d'identifier les barrières au changement.

C'est dans le but d'optimiser la mise en application (« implementation ») des recommandations médicales que de nombreuses études ont cherché à identifier les obstacles à leur mise en place.

En 1999, Cabana(12) proposait, suite à une revue de la littérature reposant sur 76 articles, un inventaire des barrières identifiées entravant l'application des recommandations par les

médecins.

**Ces barrières** étaient classées en 7 catégories intervenant à différents niveaux du schéma de changement comportemental :

Au niveau des connaissances, on distingue deux catégories de barrières :

1. Défaut de connaissance de l'existence même de la recommandation ( lack of awareness) : le médecin n'est pas au courant de l'existence même de la recommandation.
2. Défaut de connaissance du contenu de la recommandation ( lack of familiarity) : le médecin connaît l'existence de la recommandation mais pas son contenu.

Au niveau de l'attitude du médecin , on distingue quatre catégories de barrières :

3. Défaut d'accord ( lack of agreement): il intervient à deux niveaux.  
Il peut s'agir d'un défaut d'accord avec le contenu spécifique d'une recommandation pour différentes raisons comme l'interprétation des preuves, l'applicabilité à la population cible, la balance bénéfice-risque jugée défavorable, le coût ou l'inconfort potentiel pour le patient.  
Il peut s'agir d'un défaut d'accord avec le principe même de recommandation jugée par exemple trop simpliste ou « recette de cuisine », ou comme étant une entrave à l'autonomie du médecin, ou bien peu pratique à utiliser.
4. Manque de confiance en soi (lack of self-efficacy) : il s'agit du manque de confiance du médecin en sa capacité à appliquer la recommandation.
5. Doute sur le bénéfice attendu en cas d'application d'une recommandation (lack of outcome expectancy) : le médecin met en doute le bénéfice réel des résultats en cas d'application de la recommandation.
6. Manque de motivation du médecin à appliquer les recommandations et la force d'inertie des pratiques habituelles du médecin : il s'agit de la difficulté à modifier un comportement routinier souvent ancré dans la pratique du médecin.
7. Enfin, on distingue les barrières externes affectant directement le comportement du médecin.

Parmi ces barrières externes, nous avons :

- les barrières relatives au patient : il s'agit de la difficulté pour le médecin de lier les directives d'une recommandation aux préférences de son patient, en particulier face à un patient réticent ou non demandeur.
- les barrières relatives aux caractéristiques propres de la recommandation : il s'agit de recommandations jugées confuses ou difficiles à appliquer.
- les barrières relatives à l'environnement : il s'agit essentiellement de facteurs sur lesquels le médecin ne peut pas toujours agir.
  - Parmi ces facteurs on note le manque ou l'absence de soutien logistique accompagnant la mise en place d'une recommandation. Il peut s'agir de l'absence de système de rappel informatique, l'absence ou l'insuffisance des équipes de professionnels de santé, l'indisponibilité de conseillers, le travail isolé, le faible taux de remboursement des stratégies de santé pour le patient, l'augmentation du coût des pratiques qui viennent altérer le revenu des médecins.
  - Le manque de temps et le manque de moyens financiers sont également souvent cités par les médecins interrogés.

Ce travail de Cabana a par la suite été repris par d'autres auteurs. Une étude d'Espeland et Baerheim en 2003(13) permettait d'ajouter quatre types de barrières supplémentaires à la classification de Cabana :

- le défaut de croyance que les recommandations mèneront au processus de santé désiré (barrière liée aux représentations mentales encore appelées attitude).
- le ressenti émotionnel rendant difficile l'application des recommandations (il s'agit là d'une nouvelle catégorie principale de barrières par rapport à la classification de Cabana).
- deux nouvelles barrières externes :
  - la difficulté d'accès aux services de soins
  - les pressions exercées par d'autres organismes ou dispensateurs de soins

A côté de ce travail d'identification des barrières, il est intéressant de savoir s'il est possible d'expliquer les comportements des médecins grâce aux théories comportementales.

**Les théories comportementales** ont pour objet la prédiction de l'intention et du comportement.

Il s'agit de modèles permettant de comprendre les mécanismes psychologiques impliqués en amont de tout comportement humain.

On en distingue trois susceptibles de s'appliquer au domaine médical:

- la théorie de l'action raisonnée (T.A.R.)
- la théorie du comportement planifiée (T.C.P.)
- la théorie des comportements interpersonnels (T.C.I.)

### **1.La théorie de l'action raisonnée (T.A.R.) :**

Selon cette théorie, décrite en 1980 par Ajzen et Fishbein(14), **le comportement** est sous le contrôle de la volonté, par conséquent l'intention déclarée qui est l'expression verbale de la volonté sera hautement corrélée avec l'action elle-même.

Ainsi le comportement dépend de **l'intention** qui à son tour dépend

- d'un côté de l'attitude envers le comportement et
- d'un autre côté des normes subjectives de l'individu.

**L'attitude** à l'égard du comportement a été définie par Ajzen et Fishbein comme les sentiments favorables ou défavorables d'une personne à l'égard d'un comportement.

D'après la T.A.R., l'attitude est formée :

- d'un côté par les croyances relatives à l'engagement dans un comportement donné
- de l'autre par l'évaluation des conséquences d'un tel engagement.

**La norme subjective** a été définie comme la perception qu'a un individu des opinions des autres personnes, importantes pour lui, concernant le comportement qu'il souhaite mettre en application. Il s'agit en quelque sorte de la pression sociale.

Selon la T.A.R., la norme subjective est fonction de deux variables :

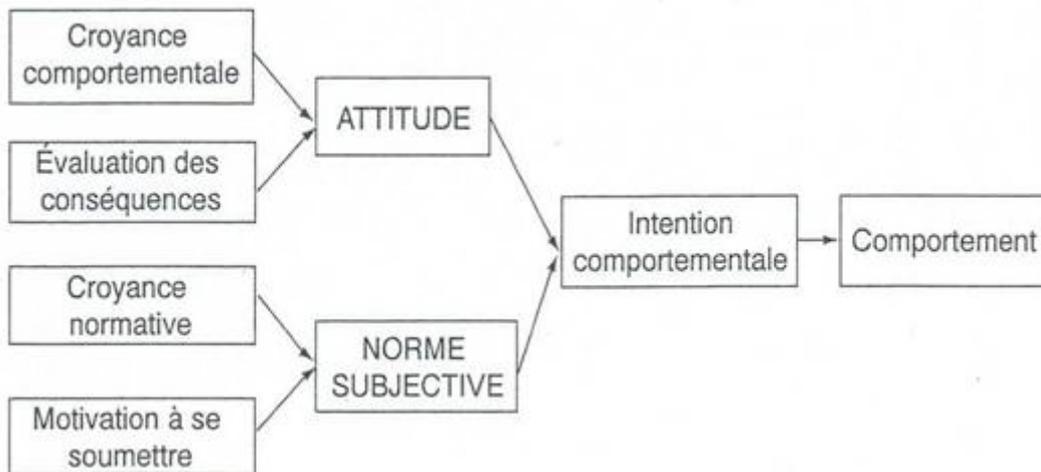
- la première concerne les croyances normatives. Il s'agit de l'idée que se fait un individu de l'opinion des autres dans l'hypothèse où il mettrait en oeuvre un

comportement donné.

- la deuxième est la motivation à se soumettre à cette opinion.

On peut résumer ce modèle par le graphique suivant :

**Figure 1** : Théorie de l'action raisonnée



Source : *Psychologie de la communication et de l'environnement*, S.Pohl

En 1988, une étude de Shepard (15) a démontré que la validité de prévision de la T.A.R. devient problématique dans le cas où le comportement étudié n'est pas totalement sous le contrôle de la volonté de celui qui doit le mettre en action. Ils ont souligné l'importance de deux facteurs limitants la validité de la prédiction :

- L'intention n'est pas le seul facteur déterminant du comportement.
- Ce modèle ne prend pas en compte les conséquences d'un échec d'exécution du comportement ou les conséquences d'un tel échec sur la détermination de l'intention d'un individu.

Pour résoudre cette insuffisance, Ajzen(16) élargit la théorie de la T.A.R. en intégrant le contrôle comportemental perçu (perceived behaviour control) ou confiance d'un individu dans sa capacité à mener l'action. Ce modèle élargi est la théorie du comportement planifié (theory of planned behaviour).

## **2.La théorie du comportement planifié (T.C.P.) :**

La T.C.P. a été proposée afin de tenir compte des comportements qui ne sont pas entièrement sous le contrôle de la volonté individuelle, c'est à dire lorsqu'il existe des contraintes à l'adoption du comportement.

A l'attitude et aux normes subjectives vient s'ajouter une troisième variable qui est le contrôle perçu du comportement.

**Le contrôle perçu du comportement** se réfère à la perception qu'a un individu de la facilité ou la difficulté à accomplir un comportement donné.

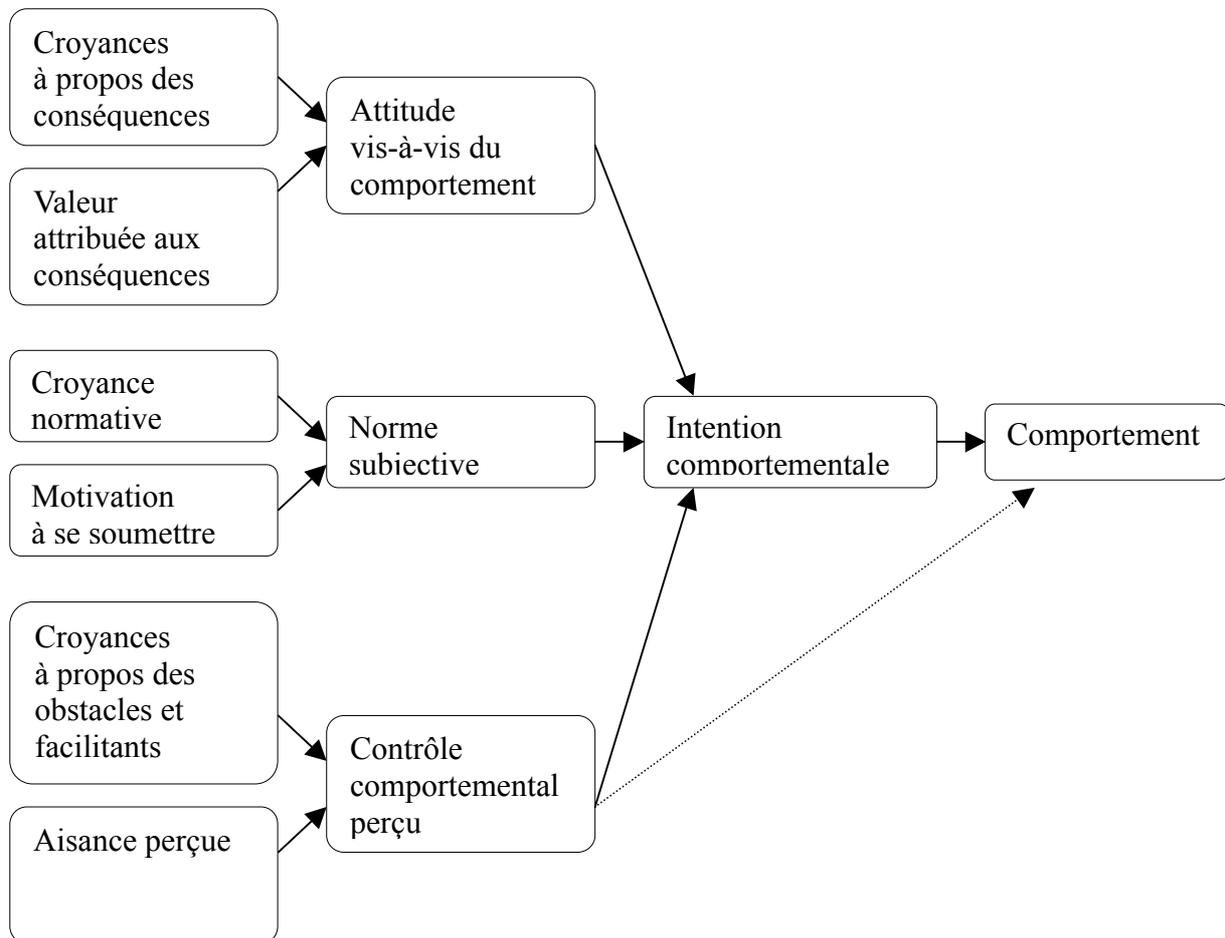
Cette troisième variable dépend elle-même :

- des croyances envers le contrôle du comportement c'est à dire de la perception de l'existence de facteurs facilitant ou contrariant la réalisation d'un comportement donné
- de l'aisance perçue c'est à dire la facilité avec laquelle un individu envisage la réalisation de ce comportement.

Le contrôle perçu du comportement peut agir, au même titre que l'attitude et la norme subjective, sur l'intention ou directement sur le comportement lorsque celui-ci n'est pas sous le contrôle volontaire de l'individu.

On peut résumer ce modèle par le graphique suivant :

**Figure 2** : Théorie du comportement planifié



Source : *Psychologie de la communication et de l'environnement*, S.Pohl

### **3.La théorie des comportements interpersonnels (T.C.I.):**

Un autre modèle psycho-social a été proposé par Triandis (1980)<sup>16</sup>, il s'agit de la théorie des comportements inter-personnels (T.C.I).

Selon ce modèle, un comportement possède quatre déterminants directs qui sont:

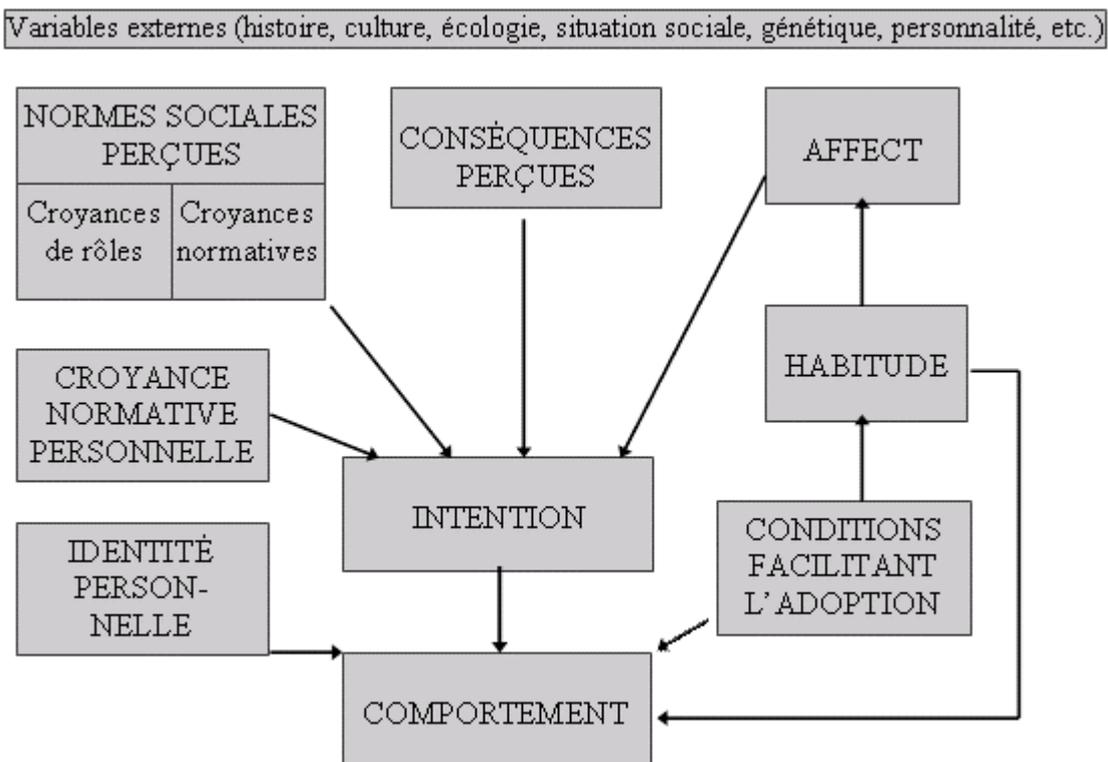
- l'intention
- l'habitude de réaliser le comportement ou degré d'automatisme d'un comportement dans une situation donnée

- la présence de conditions facilitant ou nuisant à l'adoption du comportement c'est à dire les facteurs de contrôle environnementaux ou externes
- l'identité personnelle (état physiologique de l'individu susceptible de favoriser ou non la réalisation du comportement)

L'intention comportementale comporte à son tour quatre types de déterminants :

- les normes sociales perçues qui regroupent les croyances normatives et les croyances de rôles (degré auquel une personne croit qu'il est approprié de réaliser le comportement pour un individu occupant une position similaire à la sienne dans la structure sociale)
- les conséquences perçues de sa mise en application (dimension cognitive de l'attitude)
- l'affect (dimension affective de l'attitude)
- la croyance normative personnelle (obligation personnelle quant à l'adoption du comportement ou principes moraux).

**Figure 3** : La théorie des comportements interpersonnels



Source: Déterminants psychosociaux et organisationnels de l'adoption des technologies de télémédecine dans le Réseau québécois de télésanté élargi (RQTE) ; Gagnon, Marie-Pierre ; Philosophiæ doctor (Ph.D.) ; Université Laval ; Canada ; 2003-12 .

Il est admis que les recommandations de bonne pratique clinique ne sont pas suffisamment appliquées par les médecins.

Les théories comportementales que nous venons de décrire permettent de prédire la réalisation d'un comportement. Ces théories sont reproductibles en médecine.

Notre objectif est de prédire le comportement suivant : l'application des recommandations médicales de bonne pratique clinique par les médecins généralistes dans leur exercice quotidien. Pour cela, c'est au modèle de la T.C.P. que nous avons choisi de nous intéresser dans ce travail.

Pour atteindre cet objectif, nous proposons la réalisation d'un questionnaire directement inspiré de la T.C.P. qui permettrait de prédire la mise en application des recommandations par les médecins généralistes.

Le but d'un tel questionnaire serait lors du développement d'une nouvelle recommandation de savoir si celle-ci est susceptible d'être appliquée ou non par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

L'objectif de cette thèse est la description des différentes étapes ayant conduit à l'élaboration de la version pilote de ce questionnaire outil de prédiction avant sa validation finale.

Ce travail a été effectué sous la direction du Dr Luc Martinez.

La construction du questionnaire de prédiction s'inscrit dans un projet européen initié par le Dr Luc Martinez et un groupe de médecins généralistes membres de L'E.G.P.R.N. (European General Practice Network, [www.egprn.org](http://www.egprn.org)) comprenant :

- Monsieur le Professeur Christos Lionis, Université d' Héraklion - Crète - Grèce
- Madame la Professeur Heidi-Ingrid Maaros, Université de Tartu - Estonie
- Monsieur le Docteur Luc Martinez, Vice-président de la Société Française de Médecine Générale, Maître de conférence associé, Université Pierre et Marie Curie – Paris - France
- Monsieur le Professeur Etienne Vermeire, Université d' Anvers - Belgique

Ce projet a bénéficié des soutiens de l'E.G.P.R.N et de la Haute Autorité de Santé en France.

# **II . METHODE**

L'objectif de ce travail est de décrire les différentes étapes ayant abouti à l'élaboration d'un questionnaire destiné à prédire la mise en application des recommandations par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

Ce questionnaire permettra de savoir si une recommandation médicale de bonne pratique clinique est susceptible d'être utilisée par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

Le modèle comportemental choisi pour la construction d'un tel questionnaire est celui de la théorie du comportement prévu (T.C.P.).

Ce travail s'est déroulé en plusieurs étapes :

- Revue de la littérature afin d'identifier les facteurs facilitant et les obstacles à la mise en application des recommandations médicales par les médecins dans leur pratique quotidienne.
- Identification des représentations des médecins destiné à compléter la revue de la littérature à partir du questionnaire intitulé « thoughts questionnaire ».
- Construction de la première version du questionnaire destiné à prédire la mise en application des recommandations médicales selon la méthode proposée par J.J. Francis(17) fondée sur la T.C.P.
- Évaluation de la pertinence et du libellé des items du questionnaire par une méthode Delphi modifiée.
- Résolution des désaccords par une réunion d'experts.
- Construction du questionnaire pilote.

La totalité de ces étapes s'est déroulée en langue anglaise dans un cadre européen pour les différents participants. Tous les médecins participant à l'élaboration de ce questionnaire appartenaient au réseau European General Practice Network (EGPRN). Ce réseau est composé de médecins généralistes impliqués dans la recherche clinique.

# **1 REVUE DE LA LITTERATURE**

L'objectif de cette revue de la littérature était de déterminer les obstacles identifiés à ce jour à la mise en place des recommandations de bonne pratique médicale médicale par les médecins généralistes dans leur activité quotidienne.

Cette recherche bibliographique a été menée par la Haute Autorité Santé sous la direction de Madame Emmanuelle Blondet.

## **1.1 Base interrogée :**

Nous avons mené une revue de la littérature de type exhaustive pour identifier les obstacles à la mise en application des R.B.P.C. Cette revue portait sur les articles publiés de janvier 2003 à janvier 2007 provenant de la banque de données MEDLINE.

## **1.2 Équation de recherche :**

L'équation de recherche utilisée était :

« Guideline Adherence »[MAJR :NoExp] AND « Attitude of Health Personnel »[MeSH] OR « Physician's Practice Patterns"[MeSH] or [acceptance or obstacles or barriers or change behavior or compliance or resistance or following] (in the titles)

## **1.3 Critères de sélection des articles lus à partir des résultats de la recherche**

La sélection des articles s'est faite après lecture du résumé de l'article.

A ce stade, il était alors possible de distinguer dans les articles deux catégories distinctes d'études:

- les études dites interventionnelles
- les autres types d'études reposant sur des questionnaires, des entretiens, ou des

focus group.

**1.3.1** Pour les études dites interventionnelles, les critères d'inclusion étaient les suivants :

- *Schéma* :
  - Études cliniques contrôlées randomisées
  - Études avant/après
  - Études ITS (interrupted time series : analyse de séries chronologiques interrompues)
- *Participants* :  
Médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe ou seul, dans le secteur public ou privé
- *Type d'intervention étudiée*:  
Modifier le comportement des participants afin d'améliorer la mise en application des recommandations de bonne pratique clinique
- *Résultats* :  
Mesures objectives du comportement des médecins pour mettre en application les recommandations, et identification d'au moins un obstacle à la mise en application de ces recommandations.

**1.3.2** Pour les autres types d'études, les critères d'inclusion étaient les suivants :

- *Objectif de l'étude* :  
Étude de la mise en place des recommandations ou analyse du comportement des participants vis-à-vis des recommandations.
- *Schéma* :
  - Études observationnelles
  - Audit médical
  - Études qualitatives (entretiens, focus group )

- *Participants* :  
Médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe ou seul, dans le secteur privé ou public
- *Résultats* :  
Ils devaient faire référence à l'un des items suivants :
  - Connaissances, croyances, comportements vis à vis des recommandations
  - Opinions concernant les recommandations (applicabilité, utilité)
  - Facilités à utiliser les recommandations
  - Obstacles ou motivations à la mise en place des recommandations qu'ils soient généraux, légaux, socio-environnementaux, professionnels, ou matériels (liés au temps ou économique)

#### **1.4 Modalité d'attribution des articles entre les relecteurs**

L'analyse des articles a été effectuée par quatre relecteurs indépendants répartis en binôme : groupe A et groupe B.

Les articles ont été répartis de façon aléatoire entre le groupe A et le groupe B au moyen du logiciel « Randomisation generator, version 1.0 by Jonathan Godard, Medical Statistic Healthcare research Unit, university of Southampton-UK ».

En cas de désaccord au sein d'un groupe au sujet de l'inclusion d'un article, ce dernier était soumis à l'autre groupe pour avis. En cas de désaccord persistant, celui-ci était résolu par consensus.

#### **1.5 Extraction des items**

Une fois l'article sélectionné, les items suivants étaient extraits de chaque article et reportés dans une grille :

- Identification de l'étude : titre de l'article, auteurs de l'article, source.
- Caractéristiques de l'étude :
  - Schéma de l'étude
  - Objectif de l'étude
  - Nombre de médecins inclus dans chaque étude analysée ayant répondu à l'étude
  - Caractéristiques démographiques principales des participants à l'étude
- Description des obstacles identifiés dans les études, ainsi que le pourcentage de médecins participants ayant identifié chaque obstacle cité.

*Présentation de la grille d'extraction des items en annexe 1*

## **2 QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DES REPRESENTATIONS DES MEDECINS CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS MEDICALES : « THOUGHTS QUESTIONNAIRE »**

Il s'agit d'un questionnaire à questions ouvertes type Q.R.O.C. , directement inspiré du modèle décrit dans le manuel de JJ Francis(17). Ce questionnaire intitulé « Thoughts questionnaire » était rédigé en langue anglaise.

Il comprenait neuf questions destinées à obtenir des mesures indirectes des trois variables influant sur le comportement des médecins généralistes lors de la mise en application de recommandations :

- opinions des médecins vis-à-vis des recommandations en termes d'avantages ou d'inconvénients
- origine de la pression sociale (personnes ou groupe de personnes) subie par les médecins pour mettre en œuvre ou pas les recommandations
- opinions des médecins quand à leur capacité à mettre en œuvre ces

recommandations.

Il a été soumis à un groupe de 15 médecins généralistes européens volontaires appartenant au réseau European General Practice Network (EGPRN).

L'envoi du questionnaire à ces 15 médecins s'est fait par courrier électronique.

Les réponses obtenues à ce questionnaire ont ensuite été analysées et comparées avec les données issues de la revue de la littérature afin de d'intégrer les éventuelles barrières non identifiées par la revue de la littérature.

*Présentation du « Thoughts questionnaire » en annexe 2*

### **3 CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE DE PREDICTION: 1<sup>ère</sup> VERSION**

Le questionnaire comprend **trois grands groupes de variable** que sont :

- l'attitude personnelle du sujet par rapport à ce comportement : ce qu'il en pense. C'est l' « attitude » en anglais. Elle est liée d'une part aux conséquences qu'il croit engendrées par ce comportement (« behavioural beliefs »), et d'autre part à l'évaluation positive ou négative qu'il fait de ces conséquences (« outcomes evaluations »).
- la norme subjective ou pression sociale ressentie par le sujet afin d'appliquer ce comportement : ce que les autres voudraient qu'il fasse. C'est la « subjective norms » en anglais. Elle se décompose en deux parties : ce que le sujet croit que les autres voudraient qu'il fasse (« normative beliefs ») et l'importance qu'il accorde à leurs jugements (« outcomes evaluations »).
- le contrôle comportemental perçu ou marge de manœuvre ressentie par le sujet : est ce qu'il est en mesure de le faire ? C'est le « perceived behavioural control » en anglais. Elle dépend d'une part du contrôle qu'il pense exercer sur

ce comportement (absence de facteurs externes), et d'autre part de la capacité qu'il pense avoir à exercer ce comportement (« control beliefs »).

Le modèle de questionnaire développé par J.J. Francis a pour but de **mesurer les trois variables et ainsi de prédire la réalisation d'un comportement.**

Le comportement qui nous intéresse ici est la mise en application des recommandations médicales par les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

On peut définir ce comportement en termes de T.A.C.T. (Target/ Action /Context/Time):

- Target que l'on peut traduire par population cible : ici les médecins généralistes dans le monde
- Action : ici l'application des recommandations médicales de bonne pratique clinique
- Contexte : ici la pratique quotidienne
- Time ou temps : ici pendant la consultation

Les étapes suivantes ont consisté en la rédaction proprement dite des questions en incluant :

- des questions portant sur les données démographiques de l'échantillon auquel il s'adresse
- des questions permettant d'avoir une mesure directe de l'attitude, de la pression sociale et de la perception du contrôle du comportement
- des questions reprenant les obstacles à la mise en place des recommandations identifiés grâce à la revue de la littérature et permettant d'avoir une mesure indirecte de ces trois variables
- des questions permettant une mesure de l'intention comportementale

### **3.1 Questions permettant un recueil de données démographiques**

Nous avons intégré au sein du questionnaire des questions portant sur :

- le nombre d'années d'exercice
- le mode d'exercice à temps plein ou temps partiel
- le mode d'exercice en cabinet de groupe ou exercice seul
- la présence de spécialiste au sein du cabinet
- le sexe
- le nombre de consultations par jour

### **3.2 Questions permettant la mesure de l'intention comportementale**

Pour mesurer l'intention comportementale, nous avons dû évaluer l'intention de comportement et l'intention générale de comportement.

#### **3.2.1 Evaluation de l'intention de comportement**

Pour l'évaluer, nous avons utilisé la question suivante :

*Sur 10 patients vous consultant pour la première fois dans un contexte donné, pour combien vous attendez vous à appliquer les recommandations ?*

*0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10*

Pour répondre à cette question, il était demandé d' entourer un chiffre de 0 à 10.

#### **3.2.2 Evaluation de l'intention générale de comportement**

Pour évaluer l'intention générale de comportement, nous avons utilisé les trois questions suivantes :

*Pour un patient vous consultant pour une pathologie donnée, concernant la mise en applications des recommandations de bonne pratique clinique durant cette consultation :*

*Je m'attends à appliquer les recommandations durant la consultation*

*pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord*

*Je veux appliquer les recommandations durant la consultation*

*pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord*

*J'ai l'intention d'appliquer les recommandations durant la consultation*

*pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord*

Il était demandé de répondre à chacune de ces questions en entourant un chiffre sur une échelle de cotation numérique discontinue allant de 1 à 7 où le 1 signifie « pas du tout d'accord » et le 7 « tout à fait d'accord ».

### **3.3 Questions permettant la mesure de l'attitude**

#### **3.3.1 Mesure directe de l'attitude**

Nous avons utilisé des adjectifs bipolaires (paires de contraires) afin d'évaluer le comportement étudié, ici la mise en application des recommandations.

Le plus souvent quatre items suffisent à définir ce comportement. Nous avons utilisé des items faisant référence à l'impact du comportement (utile/inutile) mais aussi faisant référence à l'expérience que constitue l'application du comportement (agréable/désagréable).

Pour répondre à la question, l'évaluateur devait entourer un chiffre sur une échelle numérique discontinue allant de 1 à 7 en veillant à ce que le chiffre le plus élevé corresponde toujours à une attitude positive (bénéfique, bien,

plaisant, utile ).

*Exemple :*

*La mise en application de recommandation de bonne pratique médicale durant la consultation pour un patient vous consultant pour une pathologie donnée est :*

<i>délétère</i>	<i>1 2 3 4 5 6 7</i>	<i>bénéfique</i>
<i>mal</i>	<i>1 2 3 4 5 6 7</i>	<i>bien</i>
<i>déplaisant</i>	<i>1 2 3 4 5 6 7</i>	<i>plaisant (pour le médecin)</i>
<i>inutile</i>	<i>1 2 3 4 5 6 7</i>	<i>utile</i>

**3.3.2 Mesure indirecte de l'attitude :** elle fait appel à la mesure des croyances comportementales et de leurs conséquences

Elle a comporté deux étapes :

*3.3.2.1 Élaboration des questions visant à mesurer la force de ces croyances*

Nous avons repris les croyances comportementales liées à l'application des R.B.P.C. identifiées par la revue de la littérature et les trois premières questions du « Thoughts Questionnaire ». Ces croyances ont été reformulées sous forme d'affirmation. Ces affirmations reflétaient ainsi l'opinion de la population médicale susceptible d'affecter la mise en application des recommandations. L'inclusion de 75% de ces croyances donnait un reflet adéquat de l'opinion médical.

*Exemple :*

*Contexte : Un patient vous consulte pour une pathologie donnée. Vous devez mettre en application les recommandations de bonne pratique clinique (R.B.P.C.) durant cette consultation.*

- Si j'applique les R.B.P.C., je serais en désaccord avec mes convictions personnelles.*
- C'est inutile (d'appliquer les R.B.P.C.), car la majorité des patients n'est pas réceptive aux conseils.*

Pour répondre aux questions, il était demandé d'évaluer la vraisemblance de chacune des affirmations en entourant un chiffre sur une échelle numérique discontinue allant de 1 à 7 de ce type :

*invraisemblable* 1 2 3 4 5 6 7 *vraisemblable*

### 3.3.2.2 Élaboration des questions visant à mesurer les conséquences de ces croyances

Chacune de ces croyances a été également reprise sous forme de phrases à compléter selon le modèle suivant :

*Exemple:*

- Être en désaccord avec mes convictions personnelles est :  
pas du tout souhaitable -3 -2 -1 0 1 2 3 extrêmement souhaitable*
- Soigner des patients qui ne sont pas réceptifs aux conseils est :  
pas du tout souhaitable -3 -2 -1 0 1 2 3 extrêmement souhaitable*

## **3.4 Questions permettant la mesure de la pression sociale**

Il s'agissait de mesurer la pression sociale ressentie par un sujet par rapport à la mise en application des recommandations de bonne pratique clinique( R.B.P.C.).

### 3.4.1 Mesure directe de la pression sociale

Nous avons utilisé des questions se référant à l'opinion de personnes importantes de façon générale selon le modèle suivant :

*Contexte : Un patient vous consulte pour une pathologie donnée. Vous devez appliquer une ou plusieurs R.B.P.C.*

- *On attend de moi que j'applique les R.B.P.C. durant la consultation.*

*Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord*

- *Je me sens contraint par la pression sociale à appliquer les R.B.P.C. durant la consultation*

*Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord*

- *Les personnes qui m'importent veulent que j'applique les R.B.P.C. durant la consultation.*

*Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord*

Pour répondre à ces question, l'évaluateur devait entourer un chiffre sur une échelle numérique discontinue allant de 1 à 7 où le 1 signifie « pas du tout d'accord » et le 7 « tout à fait d'accord ».

### 3.4.2 Mesure indirecte de la pression sociale : mesure des croyances en termes de

pression sociale et motivation à se soumettre à cette pression

Elle se faisait en deux étapes :

### 3.4.2.1 Élaboration des questions visant à mesurer la force de ces croyances

Les personnes, organisations ou groupes de personnes susceptibles d'exercer une pression sociale quant à l'application des R.B.P.C. , identifiés grâce à la revue de la littérature et aux réponses du « Thoughts Questionnaire » (questions 4, 5, 6), ont été sélectionnés et repris dans des phrases affirmatives. Ces affirmations reflétaient ainsi l'opinion de la population médicale concernant la pression sociale et son impact quant à l'application des R.B.P.C.

L'inclusion de 75% des personnes ou groupes de personnes ainsi identifiés donnait un reflet adéquat des sources de pression sociale.

Les affirmations devaient refléter ce que les personnes importantes pensaient qu'il fallait faire (injonctions) ou ce qu'elles faisaient elle-même (descriptions).

*Exemple :*

*Contexte : Un patient vous consulte pour une pathologie donnée. Vous devez appliquer une ou plusieurs R.B.P.C. durant la consultation.*

○ Items injonctifs :

*- Les patients pensent que je*

*ne devrais pas -3 -2 -1 0 1 2 3 devrais*

*appliquer les R.B.P.C.*

*- Les confrères au cabinet*

*désapprouvent -3 -2 -1 0 1 2 3 approuvent*

*mon application des R.B.P.C.*

○ Items descriptifs :

- Les autres médecins généralistes

n'appliquent pas -3 -2 -1 0 1 2 3 appliquent

les R.B.P.C.

3.4.2.2 Élaboration des questions visant à mesurer la motivation à se soumettre à ces sources de pression sociale

Chacune des sources de pression sociale identifiée a été reprise dans une affirmation visant à mesurer l'importance de son impact et la motivation à s'y soumettre.

*Exemple :*

- Avoir l'approbation des patients concernant ma pratique médicale a de l'importance pour moi.

- Avoir l'approbation des mes confrères concernant ma pratique médicale a de l'importance pour moi.

- Faire ce que les autres médecins généralistes font a de l'importance pour moi.

Pour chacune de ces affirmations, il était demandé de répondre en entourant un chiffre sur une échelle numérique discontinue allant de 1 à 7 de ce type :

*pas du tout 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait*

**3.5 Questions permettant la mesure du contrôle comportemental perçu**

Le contrôle comportemental perçu se définit comme étant la marge de manœuvre

d'un individu à mettre en œuvre un comportement.

Cette marge de manoeuvre dépend :

- du contrôle que pense exercer cet individu sur le comportement
- de la capacité qu'un individu pense avoir à mettre en œuvre le comportement

### 3.5.1 Mesure directe du contrôle comportemental perçu (C.C.P.)

Pour cela, nous avons évalué l'auto-efficacité de l'individu et ses croyances relatives au caractère contrôlable du comportement.

L'auto-efficacité a été évaluée en demandant à une personne d'établir :

- le degré de difficulté qu'elle aurait à réaliser le comportement
- le degré de confiance qu'elle avait en elle à pouvoir réaliser ce comportement

Le caractère contrôlable du comportement a été évaluée en demandant à une personne d'établir :

- si la réalisation du comportement était dépendante de sa volonté
- si des facteurs indépendants de sa volonté déterminaient la réalisation du comportement

Pour répondre à ces quatre questions, l'évaluateur devait entourer un chiffre sur une échelle numérique discontinue allant de 1 à 7 en veillant à ce que le chiffre le plus élevé corresponde au plus haut degré de contrôle sur le comportement.

*Exemple :*

*Contexte : Un patient vous consulte pour une pathologie donnée. Vous devez appliquer une ou plusieurs R.B.P.C.*

- *Auto-efficacité :*

- *Je suis confiant dans ma capacité à pouvoir mettre en applications les R.B.P.C. durant la consultation.*

*Pas du tout d'accord* 1 2 3 4 5 6 7 *Tout à fait d'accord*

- *Pour moi, la mise en application des R.B.P.C. durant la consultation est*

*Difficile* 1 2 3 4 5 6 7 *Facile*

• *Caractère contrôlable du comportement :*

- *La décision d'appliquer les R.B.P.C. durant la consultation est sous mon contrôle.*

*Pas du tout d'accord* 1 2 3 4 5 6 7 *Tout à fait d'accord*

- *Le fait d'appliquer les R.B.P.C. durant la consultation dépend entièrement de moi.*

*Pas du tout d'accord* 1 2 3 4 5 6 7 *Tout à fait d'accord*

### 3.5.2 Mesure indirecte du C.C.P: mesure des croyances en matière de contrôle et du pouvoir d'influence de ces croyances sur le comportement étudié

Nous avons procédé en deux étapes.

#### 3.5.2.1 Elaboration des questions visant à mesurer la force des croyances en matière de contrôle

Les croyances partagées par la population médicale en matière de contrôle, identifiées par la revue de la littérature et les questions 7, 8, et 9 du « Thoughts Questionnaire », ont été reprises sous forme d'affirmation. Ces affirmations reflétaient les croyances susceptibles de rendre difficile la mise en application des R.B.P.C. durant les consultations en pratique quotidienne de médecine générale. L'inclusion de 75% de ces croyances donnait un reflet adéquat de l'opinion médicale.

Pour chacune de ces affirmations, nous avons demandé de répondre en cotant sur une échelle numérique discontinue allant de 1 à 7 la vraisemblance du propos.

Exemple :

- *La mise en application des R.B.P.C. nécessite trop de temps.*  
*Invraisemblable 1 2 3 4 5 6 7 Vraisemblable*
- *Mon expérience personnelle m'empêche de suivre les R.B.P.C.*  
*Invraisemblable 1 2 3 4 5 6 7 Vraisemblable*
- *L'insuffisance de remboursement des soins pour le patient entrave ma capacité à appliquer les R.B.P.C.*  
*Invraisemblable 1 2 3 4 5 6 7 Vraisemblable*

### 3.5.2.2 Elaboration des questions visant à mesurer le pouvoir d'influence de ces facteurs sur le comportement

Chacune des affirmations a ensuite été reprise sous forme de phrases incomplètes afin de savoir si le facteur identifié facilitait l'application des R.B.P.C., ou si ce facteur rendait l'application des R.B.P.C. plus ou moins probable.

Il était alors demandé de répondre à la question en complétant la phrase selon le modèle suivant :

- *Mon expérience personnelle rend*  
*beaucoup plus difficile -3 -2 -1 0 1 2 3 beaucoup plus facile*  
*l'application des R.B.P.C.*
- *Le (long) temps nécessaire rend*  
*beaucoup plus difficile -3 -2 -1 0 1 2 3 beaucoup plus facile*  
*l'application des R.B.P.C.*

○ *En raison de l'insuffisance de remboursement des soins pour le patient, je suis*  
*moins enclin -3 -2 -1 0 1 2 3 plus enclin*  
*à appliquer les R.B.P.C.*

## **4 EVALUATION DE LA PERTINENCE ET DU LIBELLE DES QUESTIONS**

La première version du questionnaire a été soumise à un panel de 15 médecins généralistes afin d'évaluer la pertinence et le libellé (formulation) de chacune des questions.

Le recrutement de ces médecins se fit au sein des médecins généralistes volontaires membres de l'E.G.P.R.N.

Cette évaluation se fit en trois étapes :

### **4.1 Le questionnaire d'évaluation**

Un questionnaire d'évaluation fut soumis de façon individuelle à chacun des quinze médecins généralistes du panel en leur demandant d'évaluer pour chacune des questions du questionnaire :

- la pertinence de la question c'est-à-dire évaluer si la question était adaptée au contexte d'exercice en médecine générale
- le libellé de la question c'est-à-dire évaluer si la question était formulée de façon suffisamment claire et compréhensible pour y répondre sans difficulté.

L'évaluation fut faite au moyen d'une échelle numérique discontinue graduée de 1 à 9, où le 1 signifie « pas du tout d'accord » avec la pertinence ou la

formulation de la question, et le 9 signifie « tout à fait d'accord » avec la pertinence ou le libellé de la question.

*Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 tout à fait d'accord*

Les questions destinées au recueil des données démographiques ainsi que la question 53 ne furent pas soumises à cette évaluation.

#### **4.2 Evaluation en ligne par courrier électronique**

Les questionnaires d'évaluation furent envoyés de façon individuelle par courrier électronique aux quinze médecins généralistes en leur demandant de retourner leurs réponses dans un délai de trois semaines.

La méthode utilisée pour analyser les réponses fut celle de l'évaluation du consensus telle que proposée par la H.A.S. dans le guide du consensus formalisé d'expert (*Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé, H.A.S, 2006*).

Pour chacune des questions, l'ensemble des cotations recueillies fut analysé en utilisant deux indicateurs : la médiane des scores et leur dispersion.

Selon la position de la médiane dans l'un des 3 intervalles définis, il a été possible de classer la position du groupe des évaluateurs en :

- un fort degré d'acceptation pour la pertinence ou le libellé en cas de médiane comprise entre 7 et 9
- une zone d'indécision en cas de médiane comprise entre 4 et 6
- un fort degré de refus en cas de médiane comprise entre 1 et 3

La dispersion des réponses du groupe au sein des trois intervalles précédemment définis, a permis de mesurer l'accord du groupe pour la décision définie par la médiane. On pouvait ainsi distinguer les questions pour lesquelles il existait :

- un fort accord entre les réponses en cas de cotations toutes comprises sur

un seul intervalle (ex. 7 8 9)

- un accord faible ou relatif entre les réponses en cas de cotations réparties sur deux intervalles adjacents (ex. 5 6 7)
- un désaccord entre les réponses en cas de cotations réparties sur deux intervalles non adjacents (ex. 3 4 5 6 7 8)

On classa alors pour chaque question, la pertinence et le libellé en trois catégories :

- Pertinence ou libellé approprié en cas de médiane des cotations comprise entre 7 et 9, et d'absence de désaccord fort entre les réponses (accord fort ou faible)
- Pertinence ou libellé incertain en cas de médiane des cotations comprise entre 4 et 6, **ou** en cas de désaccord fort entre les réponses quelle que soit la médiane
- Pertinence ou libellé inapproprié en cas de médiane des cotations comprise entre 1 et 3, et d'absence de désaccord fort entre les réponses

Les questions jugées inappropriées quant à leur pertinence ou leur libellé furent éliminées du questionnaire.

Les questions jugées pertinentes et correctement libellées furent conservées au sein du questionnaire.

Les questions jugées incertaines quand à leur pertinence et/ou leur libellé firent l'objet d'une réévaluation au sein d'un atelier de résolution des désaccords.

### **4.3 Atelier de Nimègue pour échanger et résoudre les désaccords**

En mai 2007, les quinze médecins généralistes membres de l'EGPRN étaient appelés à se réunir au sein d'un atelier interactif afin de rediscuter les questions litigieuses selon la méthode du « cognitive debriefing ».

Avant l'atelier un document mettant en parallèle, l'ensemble des cotations

recueillies pour chaque question ainsi que sa propre évaluation du questionnaire était remis à chaque participant.

Durant l'atelier, furent rediscutées entre les participants :

- les questions jugées incertaines concernant la pertinence et le libellé
- les questions jugées incertaines concernant la pertinence mais correctement libellées
- les questions jugées incertaines concernant leur libellé mais pertinentes

Ces questions furent chacune réévaluées en termes de pertinence et/ou de formulation selon les cas par un vote à main levée incluant l'ensemble des participants de l'atelier. Les participants étaient libres d'argumenter leurs décisions s'ils le souhaitaient et de discuter ensemble leurs décisions. Ils étaient également invités à reformuler les questions jugées incertaines quand à leur libellé.

Les décisions finales furent prises à la majorité absolue.

Les questions jugées non pertinentes au terme de cet atelier furent éliminées du questionnaire.

Les questions jugées non compréhensibles en raison de leur libellé furent reformulées de façon à ce que toutes les personnes présentes en aient la même compréhension.

Après cet atelier, la seconde version du questionnaire fut alors élaborée.

#### **4.4 Deuxième évaluation de la pertinence et du libellé des questions**

Cette seconde version du questionnaire fut soumise de nouveau à une évaluation en deux étapes.

##### **4.4.1 Deuxième évaluation en ligne**

La seconde version du questionnaire fut soumise à une deuxième évaluation en ligne selon les mêmes modalités que la première. Des questionnaires d'évaluation furent adressés par courrier électronique à de nouveaux participants en leur demandant de coter sur une échelle numérique discontinue allant de 1 à 9 les questions du questionnaire en termes de pertinence et de formulation.

Les évaluations furent analysées selon les mêmes modalités qu'au cours de la première évaluation.

#### 4.4.2 Deuxième atelier d'échange et de résolution des désaccords

Ce second atelier d'échange et de résolution des désaccords eut lieu à Paris au cours du congrès de la WONCA (World Organization of National College, Academies and Academic Associations of general practitioners) le 20 octobre 2007. Au cours de cet atelier, les questions jugées incertaines en termes de pertinence et/ou de formulation furent rediscutées et réévaluées selon les mêmes modalités que celles du premier atelier d'échange à Nimègue.

Le jury appelé à évaluer les questions était constitué de médecins ayant participé à la première évaluation en ligne ainsi que de médecins « naïfs » évaluant les questions pour la première fois.

Le vote eu lieu à main levée.

Les décisions furent prises à la majorité absolue.

## 5 CONSTRUCTION DE LA VERSION PILOTE DU QUESTIONNAIRE

A l'issue de toutes ces étapes, une première version dite version pilote du questionnaire destiné à prédire la mise en application des R.B.P.C. par les médecins généralistes fut élaborée.

Elle reprenait toutes les questions validées comme étant pertinentes et

compréhensibles (libellés appropriés).

Conformément aux recommandations d' Ajzen, toutes les questions furent ensuite mélangées dans le questionnaire de façon à ce que deux questions abordant le même thème ne se suivent pas dans l'ordre.

# **III . RESULTATS**

# **1 REVUE DE LA LITTERATURE**

## **1.1 Sélection et inclusion des articles** (tableau 1)

L'équation de recherche nous a permis d'identifier 683 articles dans la base de données MEDLINE. Sur ces 683 articles, répartis de façon aléatoire entre les groupes A et B, 594 articles furent sélectionnés après lecture du résumé.

Parmi ces 594 articles, on pouvait distinguer :

- 78 études de type interventionnelles
- 516 « autres » types d'études.

Le tableau suivant résume le nombre d'études finalement retenues selon les critères d'inclusion définis:

**Tableau 1** : Sélection des articles pour analyse

	Etudes interventionnelles	Autres types d'études	Total
Sélectionnées	78	516	594
Retenues	19	29	48

Au total, 48 articles furent retenus afin d'identifier les barrières à la mise en application des recommandations de bonne pratique clinique ( R.B.P.C.) par les médecins généralistes en pratique quotidienne.

## **1.2 Identification des barrières à la mise en place des R.B.P.C. (tableau 2)**

Voici présentées ci-dessous, les barrières identifiées par chacun des articles retenus :

- Concernant les barrières à la mise en application des R.B.P.C. identifiées par

les 273 médecins de l'étude saoudienne(18), on peut citer:

- le manque d'entraînement (72,9%)
- le manque de moyens (34,4%)
- le manque de temps (29,2%)
- le défaut de preuve pertinente, et un impact négatif sur l'exercice médical

traditionnel et l'art de la médecine (10,4%).

- Le manque de temps, la comorbidité, et la relation médecin-malade pourraient agir comme des barrières à la mise en place des R.B.P.C. en prévention secondaire(19).
- Concernant les R.B.P.C. dans le cadre du diagnostic d'hyperactivité chez l'enfant(20):
  - l'ignorance de l'existence des recommandations, la perception des recommandations comme étant inaccessibles, trop longues et difficiles à utiliser sont des barrières souvent cités à l'application des recommandations.
  - des problèmes liés au remboursement des soins, le manque d'entraînement et de formation à l'utilisation des recommandations, les contraintes de temps ainsi que la complexité de certains diagnostics ont également été rapportés dans cette étude.
- Concernant les R.B.P.C. dans le cadre du dépistage des cancers colo-rectaux, différentes barrières significatives ont pu être identifiées en fonction du type d'examen effectué(21):
  - pour la sigmoïdoscopie:
    - manque d'efficacité (barrière citée par 43,5% des 115 médecins ayant répondu à l'enquête)
    - manque de moyens (barrière citée par 34,8% des 115 médecins ayant répondu à l'enquête)
    - manque d'entraînement (barrière citée par 36,5% des 115 médecins ayant

répondu à l'enquête)

- *pour l'hémocult* :

mauvaise compliance du patient (barrière citée par 28,7% des 115 médecins ayant répondu à l'enquête)

faible fiabilité de l'examen (barrière citée par 32,2% des 115 médecins ayant répondu à l'enquête)

- *pour la coloscopie* :

coût de l'examen et défaut ou insuffisance de prise en charge par les assurances médicales (barrière citée par 33% des 115 médecins ayant répondu à l'enquête).

- Dans le cas particulier du dépistage et de la prévention des cancers, en faisant participer les patients à des études cliniques randomisées, les barrières le plus souvent identifiées dans cette étude(22) étaient :
  - l'insuffisance des équipes de soutien (barrière citée par 72% des 254 médecins ayant répondu à l'étude)
  - le caractère chronophage des études cliniques randomisées (barrière citée par 48% des 254 médecins ayant répondu à l'étude)
  - la gêne à soumettre le patient à des études cliniques randomisées (barrière citée par 27% des 254 médecins ayant répondu à l'étude)
  - le sentiment que ces études importaient peu par rapport à la pratique clinique (barrière citée par 21% des 254 médecins ayant répondu à l'étude)
  - le sentiment que ces études parasitaient la relation médecin-malade (barrière citée par 12% des 254 médecins ayant répondu à l'étude)
  - le conflit existant entre le rôle de clinicien et celui de chercheur (barrière citée par 11% des 254 médecins ayant répondu à l'étude).
  
- Dans une étude canadienne(23) relative à la recommandation préconisant l'arrêt de l'enseignement de l'auto-palpation des seins par les médecins généralistes à leurs patientes, les barrières mises en évidence à l'application de

cette recommandation étaient :

- la connaissance insuffisante des données médicales à l'appui
- le manque de confiance dans les données médicales actuelles
- l'expérience des médecins dans leur pratique ( recommandation en désaccord avec expériences cliniques antérieures, recommandation en désaccord avec croyances personnelles, le fait qu'il serait « plus facile de vivre sans suivre les recommandations qu'avec une erreur de diagnostic »).

- Concernant les recommandations relatives à la prévention primaire des maladies coronariennes, les barrières mises en évidence dans une étude européenne(24) étaient:

- le manque de temps (barrière citée par 38% des 754 médecins ayant répondu à l'étude)
- le coût des prescriptions (barrière citée par 30% des 754 médecins ayant répondu à l'étude)
- la compliance du patient (barrière citée par 17% des 754 médecins ayant répondu à l'étude)

A noter dans cette étude que 8% des médecins déclaraient trouver les recommandations inutiles car ils jugeaient :

- l'expérience et les connaissances personnelles plus fiables (pour 28% d'entre eux)
- les recommandations trop difficiles à mettre en pratique (pour 23% d'entre eux)
- les recommandations trop nombreuses (pour 23% d'entre eux)
- les recommandations non pertinentes en pratique clinique (pour 23% d'entre eux).

- Dans une étude relative au choix du traitement anti-hypertenseur de 1ère intention, il a été mis en évidence que les jeunes médecins suivaient moins les recommandations en vigueur. Un âge jeune serait donc une barrière à la mise

en application des R.B.P.C. dans ce domaine(25).

- Concernant les recommandations relatives à la prise en charge de l'hyperactivité chez l'enfant, les barrières identifiées dans cette étude(26) étaient :
  - le défaut d'accès au services de santé mentale
  - le manque de couverture par les assurances maladies.Il ressortait également de cette étude que :
  - les médecins suivaient mieux les recommandations lorsqu'elles étaient émises par leur propre spécialité
  - les médecins exerçant seuls suivaient moins les recommandations.
- Dans une grande étude(27) pluri-disciplinaire réalisée avec des médecins hospitaliers (seniors et internes) et libéraux, les barrières identifiées à la mise en application des R.B.P.C. en matière d'asthme, fièvre et neutropénie, dyspepsie, pathologies broncho-pulmonaires chroniques obstructives étaient :
  - la durée de la consultation
  - le délai nécessaire à l'obtention des résultats des examens paracliniques (*pour les médecins seniors ayant un exercice hospitalier*)
  - l'inquiétude quand à la perte d'autonomie professionnelle (*pour les internes ayant un exercice hospitalier*)
- Dans une étude reprenant les recommandations concernant l'indication radiographique dans les douleurs dorsales(28), les auteurs proposaient d'élargir la classification proposée par Cabana (que nous avons exposé en introduction)<sup>12</sup>. Aux barrières précédemment identifiées, venaient s'ajouter quatre types supplémentaires de barrières:
  - une relative aux représentations mentales : le doute que les recommandations puissent mener au résultat escompté en matière de santé
  - une relative aux sentiments définissant ainsi une nouvelle catégorie

principale de barrière : le ressenti émotionnel rendant difficile l'application des recommandations

- deux relatives aux barrières externes :

la difficulté d'accès aux services de soins

les pressions exercées par d'autres organismes ou fournisseurs de soins

- Dans une étude se référant aux R.B.P.C. dans le cadre des pathologies coronariennes et du diabète(29), les barrières identifiées par les 159 médecins de l'étude étaient :
  - le manque de temps durant la consultation (51%)
  - le refus ou la mauvaise compliance des patients (42%)
  - le manque de connaissance du contenu des recommandations (40%)
  - l'ignorance de l'existence même des recommandations (38%)
  - le désaccord avec les recommandations (34%)
  - l'oubli d'appliquer les recommandations durant la consultation (26%).
- Dans une étude croisée(30), les réponses des médecins à une enquête concernant leur application des R.B.P.C. en matière de traitement anti-hypertenseur et d'atteinte des chiffres cibles de tension artérielle ont été comparées avec leurs prescriptions et performances réelles. Il apparaît dans cette étude que les médecins surestiment leur pratique médicale dans ces deux domaines. Cette surestimation fait que les médecins ne cherchent pas à améliorer leur pratique et pourrait être une barrière à la mise en application des recommandations.
- Dans une étude reposant sur l'application des R.B.P.C. dans l'insuffisance cardiaque chronique(31), il apparaît que les médecins approuvent moins de la moitié (argument avancé par 41% des 46 médecins ayant répondu à l'étude) de ces recommandations. Les principales raisons évoquées étaient le caractère

inapplicable de ces recommandations à leurs patients ou le risque d'intolérance chez les patients.

- Dans une étude américaine relative aux R.B.P.C. concernant le sevrage chez les patients tabagiques(32), un questionnaire fût envoyé à des médecins libéraux (médecins internistes, médecins généralistes et médecins de famille), à des médecins hospitaliers susceptibles de prendre en charge un sevrage tabagique (O.R.L., pneumologues, cardiologues, gynécologues-obstétriciens, chirurgiens thoraciques, neurologues), ainsi qu'à des directeurs de clinique proposant ce type de traitement. Un des buts de ce questionnaire était d'identifier les barrières à l'application de ces recommandations afin d'optimiser la prise en charge du sevrage tabagiques.

Le taux de réponse pour les médecins fût de 67% (385/600). Parmi les barrières qui leur étaient proposées, furent déclarées comme « importantes » ou « très importantes » les barrières suivantes :

- la durée de temps inadéquate (47,9%)
- les patients non réceptifs aux conseils (37,5%)
- le défaut de prise en charge financière (12,2%)
- le manque de moyens (10,1%)
- l'oubli de proposer le sevrage (8%)
- la méconnaissance du tabagisme du patient (4,6%)
- la méconnaissance des recommandations (4,5%)
- le désaccord avec les recommandations (0,3%)

Le taux de réponse des directeurs de cliniques fût de 76% (71/93). Parmi les raisons qui leur furent soumises afin d'expliquer la faible adhésion des médecins aux R.B.P.C., on obtint les résultats suivants :

- le manque de temps (64,7%)
- la mise en compétition avec d'autres démarches de prévention primaire (42,7%)
- les patients non désireux de s'entendre demander d'arrêter de fumer (36,8%)

- les difficultés à mettre en place un suivi (35,2%)
  - le manque d'entraînement des médecins (16,2%)
  - le manque de moyens financiers (14,7%)
  - la méconnaissance des recommandations (8,8%)
  - le défaut de traitements disponibles (8,8%)
  - les médecins qui ne pensaient pas que les recommandations « fonctionnent » (2,9%).
- Dans une étude américaine concernant les R.B.P.C. dans le domaine de la prévention des maladies cardio-vasculaires(33), le patient était identifié comme une des barrières principale en prévention primaire. Le manque de temps et le défaut de couverture par les assurances médicales étaient également cités.
  - Dans une étude américaine concernant les R.B.P.C. lors du sevrage tabagique(34), le manque de temps (en particulier pour assurer un suivi), et la mise en doute par les praticiens de leur habilité à persuader les patient d'arrêter de fumer (manque de confiance dans leur capacité de persuasion) apparaissaient comme des barrières à la mise en place des recommandations.
  - Dans une étude américaine concernant les R.B.P.C. en matière de dépistage des cancers cervicaux et mammaires(35), le manque de connaissance des recommandations, le désaccord avec le contenu des recommandations ou l'utilité contestée des recommandations étaient des obstacles à leur mise en application par les médecins. En revanche, l'implication des confrères ou des leaders d'opinion pour la mise en application des R.B.P.C. étaient des facteurs facilitant.
  - Dans une étude italienne relative aux R.B.P.C. en matière de dyspepsie(36), l'inadaptation des recommandations aux caractéristiques cliniques du patient, le défaut de temps pour assurer le suivi médical des patients, et la relation médecin généraliste-patient étaient des barrières à la mise en application des

recommandations.

- Concernant les R.B.P.C. relatives à la prise en charge de la tuberculose, une étude iranienne(37) montrait qu' un âge du médecin supérieur ou égal à 36 ans, que le fait d'être généraliste (versus spécialiste), que le fait de ne pas avoir suivi une formation médicale continue en rapport avec la tuberculose étaient liés à une mauvaise connaissance des recommandations.
- Concernant les R.B.P.C. relatives à la prise en charge de l'asthme chez l'enfant en Australie(38), une étude montrait une meilleure application des recommandations par les médecins généralistes de sexe féminin (versus sexe masculin).
- Dans une étude américaine relative aux R.B.P.C. concernant la vaccination anti-pneumococcique chez l'enfant(39), le coût du vaccin ainsi que son remboursement et les injections vaccinales multiples étaient des facteurs de non suivi des recommandations.
- Concernant la prise en charge du diabète de type 2 en Estonie, une étude(40) concluait que les R.B.P.C. ne pouvaient être considérées comme le seul moyen pour les médecins d'acquérir de nouvelles connaissances ou de se tenir informé.
- Dans une étude néerlandaise relative à la recommandation d'utiliser les tables de calcul afin d'évaluer le risque cardio-vasculaire des patients(41), les barrières suivantes ont été identifiées :
  - manque de connaissance des R.B.P.C.
  - manque de temps
  - défaut de communication ou communication inadaptée avec le patient
  - pression des médias et de l'industrie pharmaceutique
  - barrières liées aux caractéristiques des tables (inadaptées à la pratique quotidienne, pas à jour, difficiles à comprendre).

Le tableau suivant reprend les principales barrières identifiées à partir de la revue de la littérature en les classant selon les trois dimensions de la théorie du comportement prévu. Ce sont ces barrières qui ont été utilisées pour la construction des items du questionnaire.

**Tableau 2** : Classification des principales barrières identifiées par la revue de la littérature selon la T.C.P.

<b>CROYANCES COMPORTEMENTALES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les R.B.P.C. en désaccord avec croyances personnelles(23)</li> <li>▪ le manque de confiance dans les données médicales actuelles(23)</li> <li>▪ le doute quand au bénéfice attendu après application des R.B.P.C.(12)</li> <li>▪ l'inadaptation des recommandations aux caractéristiques cliniques du patient(36)</li> <li>▪ les patients non réceptifs aux conseils(32)</li> <li>▪ le manque d'efficacité des R.B.P.C.(28)</li> <li>▪ le manque de moyens(18),(21),(32)</li> </ul>
<b>CROYANCES RELATIVES A LA PRESSION SOCIALE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La satisfaction des collègues, patients quand à l'application des R.B.P.C.(34)</li> <li>▪ l'implication des confrères ou des leaders d'opinion pour la mise en application des R.B.P.C. étaient des facteurs facilitants(35)</li> <li>▪ les barrières liées aux patients(19),(21),(22),(24)</li> </ul>
<b>CROYANCES RELATIVES AU CONTRÔLE PERÇU</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le fait qu'il serait « plus facile de vivre sans suivre les recommandations qu'avec une erreur de diagnostic »(23)</li> <li>▪ les expériences cliniques antérieurs en contradiction avec les R.B.P.C.(23)</li> <li>▪ la mise en doute par les praticiens de leur habilité à persuader les patient d'arrêter de fumer (manque de confiance dans leur capacité de persuasion)(34)</li> <li>▪ le manque de temps (en particulier pour assurer un suivi)(34)</li> <li>▪ le manque de connaissance ou faible connaissance du contenu des R.B.P.C.(12),(32)</li> <li>▪ les R.B.P.C. inaccessibles, trop longues ou difficiles à utiliser(20),(24)</li> <li>▪ le manque d'entraînement(18),(20),(21),(32)</li> <li>▪ le manque de temps(18),(19),(20),(24),(27),(29)</li> <li>▪ le caractère chronophage des R.B.P.C.(22)</li> <li>▪ l'insuffisance des équipes de soutien(22)</li> <li>▪ le défaut de prise en charge financière pour le patients(26),(32)</li> </ul>

## **2 QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION DES REPRESENTATIONS**

Sur les 15 questionnaires envoyés aux médecins généralistes participants, 8 questionnaires furent retournés (soit un taux de réponses de 53,3%).

Les réponses apportées à ce questionnaire sont présentées ici en suivant le modèle de la théorie du comportement prévu.

### **2.1 Réponses relatives à l'attitude vis à vis des R.B.P.C.**

Il s'agit des réponses apportées aux questions visant à définir l'attitude des médecins généralistes en termes d'avantages ou d'inconvénients vis à vis de l'application des R.B.P.C durant la consultation (questions 1, 2, 3 du « Thoughts Questionnaire »).

Les réponses ont été classées par thème.

- Concernant les médecins :

- Avantages :

- les R.B.P.C. permettent au médecin l'adoption d'un comportement type (référence)
- les R.B.P.C. apportent au médecin une réponse à un défaut de connaissance
- les R.B.P.C. renforcent l'image de la profession médicale
- les R.B.P.C. optimisent l'organisation (en termes de temps et d'énergie) du médecin

- Inconvénients :

- les R.B.P.C. nécessitent du temps
- les R.B.P.C. nécessitent un entraînement à leur utilisation
- les R.B.P.C. nécessitent de se tenir toujours informé

- Concernant l'E.B.M. :

- Avantages :

- les R.B.P.C. constituent une aide pour le diagnostic et le traitement selon les standards de l'E.B.M

- les R.B.P.C. permettent une meilleure utilisation des preuves existentes

- les R.B.P.C. sont une référence en terme de soins

- Inconvénients :

- le défaut de preuves pour certaines R.B.P.C.

- l'absence de prise en compte par les R.B.P.C. des versants psycho-sociaux dans la délivrance de soins

- Concernant la prestation des soins :

- Avantages :

- les R.B.P.C. facilitent la prise de décision

- les R.B.P.C. améliorent la qualité des soins

- les R.B.P.C. réduisent le risque d'erreur

- Inconvénients :

- les difficultés d'accès aux examens complémentaires suggérés par certaines R.B.P.C.

- Concernant les patients :

- Avantages :

- les R.B.P.C. garantissent aux patients de recevoir un traitement mondialement reconnu

- Inconvénients :

- l'idée de patient « parfait » (« *gold standard patient* » en anglais) induite par

les R.B.P.C. est une aberration

-la lecture des R.B.P.C durant la consultation risque d'éveiller les craintes du patient

-les R.B.P.C. ne prennent pas en compte les caractéristiques de certains patients

- Concernant le système de soins :

- Avantages :

- les R.B.P.C. permettent une meilleure utilisation (rationalisation) des ressources

- les R.B.P.C. permettent d'approfondir les consultations

- Inconvénients :

- l'insuffisance des structures de soutien qui accompagnent les R.B.P.C.

- les R.B.P.C. risquent de devenir un compromis en cas de conflit d'intérêt entre professionnels de santé avec pour conséquences de faibles résultats en termes médicaux

- Concernant l' « outil » que sont les R.B.P.C. :

- Avantages :

- les R.B.P.C. constituent un outil utile

- Inconvénients :

- la nécessité d'avoir un support papier ou d'être à proximité d'une borne informatique

- la facilité à les égarer en cas de support papier

- le risque qu'elles soient utilisées comme des « recettes de cuisine » sans tenir compte des spécificités de chaque patient

- Autres :

- l'application des recommandations par les médecins dépend de la source qui les a émises

- la nécessité de transposer les recommandations en pratique clinique de routine

## **2.2 Réponses relatives à la pression sociale**

Il s'agit des réponses apportées aux questions visant à identifier les sources de pression sociale ayant un impact positif ou négatif sur la mise en application des R.B.P.C. durant la consultation.

### **2.2.1 Personnes ou groupes de personnes ayant un impact positif sur l'application des R.B.P.C. :**

On peut classer les réponses selon les catégories suivantes :

- Collègues :

- les collègues scientifiques de médecins généralistes
- les collègues exerçant au sein d'un même cabinet de pratique
- les collègues des groupes d'évaluation de qualité
- les professionnels para-médicaux
- les médecins spécialistes

- Patients :

- les associations de patients

- Société :

- les magistrats (juges)
- les associations de consommateurs

- Autre source de pression ayant un impact positif :

- la conscience du médecin

### 2.2.2 Personnes ou groupes de personnes ayant un impact négatif sur

l'application des R.B.P.C. :

- Patients :

- les patients ne partageant pas le principe d'E.B.M.
- certains patients en fonction des circonstances

- Société :

- les compagnies pharmaceutiques

- Médecins généralistes :

- les confrères généralistes plus expérimentés qui mettent en avant les barrières à l'application des R.B.P.C.

- Autres sources de pression ayant un impact négatif :

- le mode habituel d'activité clinique constitue un frein aux modifications de pratique.
- les seules considérations financières

### 2.3 Réponses relatives au contrôle comportemental perçu :

Il s'agit des réponses apportées aux questions visant à identifier les facteurs ou les circonstances susceptibles de faciliter ou de contrarier la mise en application des R.B.P.C. durant la consultation.

### 2.3.1 Facteurs facilitants la mise en application des R.B.P.C. :

- Concernant l'environnement professionnel, ces facteurs sont :
  - les groupes de pairs qui permettent d'aborder et de discuter des recommandations
  - la disponibilité des «services » (ex. examens complémentaires) suggérés par les R.B.P.C.
  - le temps disponible
  
- Concernant la recommandation, elle devrait être :
  - facile d'accès (à portée de main)
  - disponible en format électronique ou format papier
  - apparaître sur l'écran d'ordinateur
  - être accompagnée de rappels automatiques informatisés
  - facile à suivre
  - tenir sur une seule page (en cas de support papier)
  
- Autres facteurs susceptibles de faciliter l'application des R.B.P.C. :
  - le fait de remettre dans le même temps une brochure explicative au patient
  - l'existence de cartes récapitulatives des points importants pour chaque R.B.P.C.

### 2.3.2 Facteurs contrariants la mise en application des R.B.P.C. :

- Facteurs liés à l'environnement professionnel :
  - le manque de temps
  - les contraintes financières ou légales
  - la fatigue
  - l'insuffisance des structures de soutien
  - le travail à l'extérieur du cabinet

- le changement de routine
- Facteurs liés aux patients :
  - les patients venant consulter pour plusieurs motifs en même temps
  - les pathologies chroniques ou de l'existence d'une co-morbidité
  - la volonté de certains patients allant à l'encontre des R.B.P.C.
- Facteurs liés aux médecins généralistes :
  - la discordance entre certaines R.B.P.C. et l'expérience antérieure du médecin
  - le manque de confiance dans les R.B.P.C. (discordance entre certaines R.B.P.C.)

### **3 PRESENTATION DE LA PREMIERE VERSION DU QUESTIONNAIRE**

Cette première version comprend deux parties successives :

- une première partie composée de 5 questions permettant le recueil de données démographiques
- une seconde partie composée de 53 questions destinées à prédire la mise en application des R.B.P.C. par les médecins généralistes en pratique quotidienne.

On retrouve dans cette première version du questionnaire les :

- **Questions destinées à évaluer l'intention comportementale :**
  - question 53 (intention de comportement)
  - questions 44, 46, 48 (intention générale de comportement)
- **Questions destinées à évaluer l'attitude :**
  - mesure directe : questions 25, 26, 27, 28
  - mesure indirecte :
    - questions 1, 2, 3, 4, 5 (mesure de la force des croyances comportementales des médecins)

- questions 15, 16, 17, 18, 19 (mesure des conséquences de ces croyances)

- **Questions destinées à évaluer la pression sociale :**

mesure directe : questions 43, 45, 47

mesure indirecte :

- questions 20, 21, 22, 23, 24 (mesure de la force des croyances des médecins en terme de pression sociale)

- questions 29, 30, 31, 32, 33 (mesure de la motivation à se soumettre à ces sources de pression)

- **Questions destinées à évaluer le contrôle comportemental perçu (C.C.P.):**

mesure directe : questions 49, 50, 51, 52

mesure indirecte :

- questions 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 (mesure de la force des croyances des médecins en matière de contrôle)

- questions 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42 (mesure du pouvoir d'influence de ces facteurs sur le comportement)

*Présentation de la première version du questionnaire de prédiction de l'application des recommandations par les médecins en annexe 3.*

## **4 RESULTAT DE LA PREMIERE EVALUATION DE PERTINENCE ET DU LIBELLE DES QUESTIONS**

### **4.1 Résultats de la première évaluation en ligne** (tableaux 3 et 4)

#### **4.1.1 Pertinence des questions**

30 questions furent jugées appropriées en termes de pertinence.

22 questions furent jugées incertaines en termes de pertinence.

Aucune question ne fut jugée inappropriée en termes de pertinence.

Le tableau suivant résume les cotations en termes de pertinence attribuées par les médecins généralistes participants membres de l'E.G.P.R.N. aux différentes questions.

**Tableau 3** : Evaluation de pertinence des items

Question	médiane	minimale	maximale	Question	médiane	minimale	maximale	Question	médiane	Minimale	maximale
Question 1	7	1	9	Question 19	8	5	9	Question 37	8	2	9
Question 2	6	2	9	Question 20	7	5	9	Question 38	8	7	9
Question 3	7	2	9	Question 21	8	7	9	Question 39	8	4	9
Question 4	7	1	8	Question 22	6	2	9	Question 40	8	5	9
Question 5	7	1	9	Question 23	5	3	9	Question 41	8	6	9
Question 6	7	1	8	Question 24	8	5	8	Question 42	8	5	9
Question 7	7	1	9	Question 25	8	7	9	Question 43	7	6	9
Question 8	7	2	9	Question 26	8	5	9	Question 44	8	6	9
Question 9	8	2	9	Question 27	7	2	9	Question 45	7	3	9
Question 10	8	6	9	Question 28	8	6	9	Question 46	8	7	9
Question 11	8	6	9	Question 29	8	6	9	Question 47	7	3	9
Question 12	8	6	9	Question 30	7	5	9	Question 48	8	7	9
Question 13	8	5	9	Question 31	7	5	8	Question 49	8	8	9
Question 14	7	3	9	Question 32	5	2	9	Question 50	8	4	9
Question 15	8	5	9	Question 33	7	4	9	Question 51	8	2	9
Question 16	8	2	9	Question 34	8	5	9	Question 52	7	3	9
Question 17	8	4	9	Question 35	8	5	9	Question 53			
Question 18	5	5	9	Question 36	8	4	9	Question 54			

	libellé et pertinence appropriés	12
	libellé approprié et pertinence incertaine	7
	Libellé incertain et pertinence appropriée	18
	libellé et pertinence incertains	15

#### 4.1.2 Libellé des questions

19 questions furent jugées appropriées en termes de formulation (libellé clair).

33 questions furent jugées incertaines en termes de formulation.

Aucune question ne fut jugée inappropriée en termes de formulation.

Le tableau suivant résume les cotations en termes de formulation attribuées par les médecins généralistes participants membres de l'E.G.P.R.N. aux différentes questions.

**Tableau 4 : Evaluation du libellé des items**

Question	médiane	minimale	maximale	Question	médiane	minimale	maximale	Question	médiane	Minimale	maximale
Question 1	8	2	9	Question 19	8	3	9	Question 37	8	3	9
Question 2	8	2	9	Question 20	7	2	9	Question 38	8	1	9
Question 3	7	2	9	Question 21	8	2	9	Question 39	8	3	9
Question 4	7	3	9	Question 22	8	2	9	Question 40	8	2	9
Question 5	8	4	9	Question 23	8	3	9	Question 41	8	4	9
Question 6	7	1	9	Question 24	8	3	9	Question 42	8	4	9
Question 7	7	4	9	Question 25	8	6	9	Question 43	8	2	9
Question 8	5	2	9	Question 26	8	3	9	Question 44	8	3	9
Question 9	8	2	9	Question 27	8	6	9	Question 45	8	3	9
Question 10	8	4	9	Question 28	8	3	9	Question 46	8	6	9
Question 11	8	3	9	Question 29	8	6	9	Question 47	8	6	9
Question 12	8	4	9	Question 30	8	7	9	Question 48	8	7	9
Question 13	8	3	9	Question 31	8	2	9	Question 49	8	7	9
Question 14	7	4	9	Question 32	8	2	9	Question 50	8	5	9
Question 15	7	3	9	Question 33	8	5	9	Question 51	7	5	9
Question 16	8	3	9	Question 34	5	3	9	Question 52	5	2	9
Question 17	6	2	9	Question 35	7	4	9	Question 53			
Question 18	5	2	9	Question 36	8	3	9	Question 54			

	libellé et pertinence appropriés	12
	libellé approprié et pertinence incertaine	7
	Libellé incertain et pertinence appropriée	18
	libellé et pertinence incertains	15

## 4.2 Atelier de Nimègue en mai 2007

Cet atelier de résolution des conflits eut pour but de discuter des :

- questions incertaines en terme de pertinence et de formulation au nombre de 15 (questions 1, 2, 3, 4, 6, 8, 9, 16, 18, 22, 23, 32, 37, 45, 52)
- questions incertaines uniquement en terme de pertinence au nombre de 7 (questions 5, 7, 14, 27, 41, 42, 51)
- questions incertaines uniquement quant à leur formulation au nombre de 18 (questions 11, 13, 15, 17, 19, 20, 21, 24, 26, 28, 31, 34, 36, 38, 39, 40, 43, 44).

Sur les 15 médecins volontaires appelés à se réunir, 11 étaient présents. Ils ont réévalué la pertinence et reformulés les questions qui le nécessitaient.

### Résultat de l'atelier :

L'atelier de Nimègue aboutit à la reformulation de 33 questions, et à l'exclusion des

questions 18, 32, et 41 jugées non pertinentes.

Exemple :

Question 3 du questionnaire :

*« It causes me a lot of worry and concern because the CPG (Clinical Practice Guideline) does not fit with clinical feature of the patient »*

Résultats de la première évaluation :

- pertinence : 7 avec l'intervalle de cotation suivant (2-9)
- libellé : 7 avec l'intervalle de cotation suivant (2-9)

Durant l'atelier de Nimègue, les médecins participants ont estimé à 7 voix sur 11 que la question était pertinente et qu'elle serait donc maintenue dans la seconde version du questionnaire. La reformulation proposée et retenue a été la suivante :

*« It would be of concern because the CPG does not fit with clinical feature of the patient »*

## **5 DEUXIEME VERSION DU QUESTIONNAIRE**

Cette deuxième version comprenait deux parties :

- une première partie inchangée composée de cinq questions destinées au recueil des données démographiques
- une seconde partie destinée à évaluer les trois variables du comportement, composée elle de 50 questions dont 33 questions apparaissant avec un nouveau libellé.

Les items de cette deuxième version furent à nouveau soumis à une évaluation de leurs pertinence et libellé.

## 6 RESULTATION DE LA DEUXIEME EVALUATION EN TERMES DE PERTINENCE ET LIBELLE DES QUESTIONS

### 6.1 Résultats de la deuxième évaluation en ligne (tableaux 5 et 6)

#### 6.1.1 Evaluation de la pertinence

36 questions furent jugées appropriées en termes de pertinence.

13 questions furent jugées incertaines en termes de pertinence.

Aucune question ne fut jugée inappropriée en termes de pertinence.

Le tableau suivant résume les cotations en termes de pertinence attribuées par les médecins généralistes participants membres de l'E.G.P.R.N. aux différentes questions.

**Tableau 5** : Deuxième évaluation de pertinence des items

Question	médiane	minimale	maximale	Question	médiane	minimale	maximale	Question	médiane	Minimale	maximale
Question 1	8	5	8	Question 19	8	3	9	Question 37	7	5	8
Question 2	7	6	8	Question 20	7	3	9	Question 38	8	7	9
Question 3	8	4	9	Question 21	7	2	9	Question 39	8	8	9
Question 4	7	5	9	Question 22	7	5	8	Question 40	8	8	9
Question 5	8	7	9	Question 23	8	4	9	Question 41	Exclue	Exclue	Exclue
Question 6	7	2	8	Question 24	7	3	9	Question 42	8	4	9
Question 7	8	6	9	Question 25	8	7	9	Question 43	7	3	9
Question 8	8	4	9	Question 26	8	7	9	Question 44	7	3	8
Question 9	7	5	9	Question 27	8	3	9	Question 45	8	7	9
Question 10	9	7	9	Question 28	8	6	9	Question 46	8	5	9
Question 11	9	7	9	Question 29	8	6	9	Question 47	6	2	8
Question 12	8	7	9	Question 30	8	6	9	Question 48	8	4	9
Question 13	8	5	9	Question 31	7	3	9	Question 49	7	4	9
Question 14	9	2	9	Question 32	Exclue	Exclue	Exclue	Question 50	8	6	9
Question 15	7	2	9	Question 33	7	6	9	Question 51	8	4	9
Question 16	7	5	8	Question 34	8	5	9	Question 52	7	5	9
Question 17	8	5	9	Question 35	8	7	9	Question 53			
Question 18	Exclue	Exclue	Exclue	Question 36	7	3	9	Question 54			

 pertinence appropriée avec forte concordance des cotations

 pertinence appropriée avec moyenne concordance des cotations

 pertinence incertaine

## 6.1.2 Evaluation du libellé

34 questions furent jugées appropriées en termes de formulation (libellé clair).

15 questions furent jugées incertaines en termes de formulation.

Aucune question ne fut jugée inappropriée en termes de formulation.

Le tableau suivant reprend les cotations (médiane et intervalle) attribuées par les médecins généralistes participants membres de l'E.G.P.R.N. aux différentes questions concernant leur formulation.

**Tableau 6 : Deuxième évaluation du libellé des items**

Question	médiane	minimale	maximale	Question	médiane	minimale	maximale	Question	médiane	Minimale	maximale
Question 1	8	7	9	Question 19	7	5	9	Question 37	7	2	9
Question 2	6	3	9	Question 20	7	4	9	Question 38	8	7	9
Question 3	8	2	9	Question 21	8	5	9	Question 39	8	6	9
Question 4	8	6	9	Question 22	7	5	9	Question 40	7	3	9
Question 5	8	6	9	Question 23	8	5	9	Question 41	Exclue	Exclue	Exclue
Question 6	5	2	8	Question 24	8	5	9	Question 42	8	4	9
Question 7	9	7	9	Question 25	8	7	9	Question 43	7	4	9
Question 8	7	5	9	Question 26	8	6	9	Question 44	5	3	9
Question 9	7	3	9	Question 27	8	5	9	Question 45	8	4	9
Question 10	9	7	9	Question 28	8	7	9	Question 46	8	5	9
Question 11	8	7	9	Question 29	8	5	9	Question 47	5	2	9
Question 12	9	6	9	Question 30	8	5	9	Question 48	8	5	9
Question 13	7	5	9	Question 31	6	3	9	Question 49	8	4	9
Question 14	9	2	9	Question 32	Exclue	Exclue	Exclue	Question 50	9	6	9
Question 15	6	2	9	Question 33	7	5	9	Question 51	8	3	9
Question 16	8	7	9	Question 34	7	3	9	Question 52	8	6	9
Question 17	8	1	9	Question 35	8	5	9				
Question 18	Exclue	Exclue	Exclue	Question 36	8	3	9				

	libellé approprié avec forte concordance des cotations
	libellé approprié avec moyenne concordance des cotations
	libellé incertain

## 6.2 Atelier lors du congrès de la WONCA à Paris en Octobre 2007

Ce second atelier de résolution des conflits réunit 23 personnes au total toutes volontaires dont 4 médecins directement impliqués dans l'élaboration du questionnaire, 4 médecins ayant participé au premier atelier d'évaluation à Nimègue, et 15 médecins participants

« naïfs » par rapport au projet.

Durant cet atelier, les participants furent appelés à :

- réévaluer la pertinence et reformuler si besoin les 4 questions jugées incertaines en termes de pertinence et de formulation (questions 14, 15, 31, 36)
- réévaluer la pertinence des 9 questions jugées incertaines uniquement en termes de pertinence (questions 6, 19, 20, 21, 24, 27, 43, 44, 47)
- reformuler les 8 questions jugées incertaines uniquement quant à leur formulation (questions 2, 3, 9, 17, 34, 37, 40, 51).

### Résultats de l'atelier :

Exclusion uniquement de la question 15 jugée non pertinente.

Maintien des questions 6, 19, 20, 21, 24, 27, 43, 44, 47.

Reformulation des questions 2, 3, 9, 14, 17, 31, 34, 36, 37, 40, 51.

### Exemple :

Reprenons comme exemple la Question 3. Voici le libellé de cette question dans la seconde version du questionnaire soumise à évaluation :

*« It would be of concern because the CPG does not fit with clinical feature of the patient ».*

Résultats de la seconde évaluation en ligne :

pertinence : 8 avec l'intervalle de cotation suivant (4-9)

libellé : 8 avec l'intervalle de cotation suivant (2-9)

Durant l'atelier de Paris, les médecins participants furent appelés uniquement à reformuler cette question. La proposition suivante fut retenue :

*« I might not follow guidelines because they don't apply to the clinical characteristics of the patient ».*

## **7 PRESENTATION DE LA TROISIEME VERSION DITE VERSION PILOTE DU QUESTIONNAIRE DE PREDICTION DE LA MISE EN APPLICATION DES R.B.P.C. PAR LES MEDECINS**

Le questionnaire de prédiction dans sa troisième version dite version pilote comprend donc 54 questions. Il se présente en deux parties :

une première partie (inchangée depuis la première version du questionnaire) composée des 5 questions destinées au recueil des données démographiques

une seconde partie composée de 49 questions destinées à prédire la mise en application des R.B.P.C. par les médecins généralistes.

Cette version pilote du questionnaire de prédiction est présentée en *annexe 4*. Elle permet d'apprécier le travail de reformulation résultant des deux ateliers de résolution des conflits effectués par les médecins généralistes participants.

C'est cette version pilote qui sera soumise ultérieurement à des tests afin de valider les propriétés psychométriques du questionnaire ainsi que sa valeur prédictive positive. Ces étapes actuellement en cours de réalisation ne seront pas abordées dans cette thèse.

# **IV . DISCUSSION**

La construction d'un questionnaire de prédiction de l'application des R.B.P.C. par les médecins généralistes a pour objectif final d'améliorer l'adéquation entre les recommandations médicales et la pratique clinique des médecins.

Ce questionnaire a comme intérêt potentiel de tester sur une population cible de médecins généralistes utilisateurs de R.B.P.C. les nouvelles recommandations dans le but de prédire leur mise en application par les médecins généralistes dans leur contexte de soins.

Il permettra également d'identifier des freins potentiels à la mise en application des R.B.P.C. et de développer des stratégies pour les lever.

Ce premier temps de l'élaboration d'un questionnaire à savoir la rédaction du libellé des items permet de discuter des choix suivants :

- le choix de faire une revue de la littérature non systématique comme moyen d'identification des obstacles à la mise en place des R.B.P.C. par les médecins
- le choix de faire une revue de la littérature plutôt que de travailler avec des groupes focus
- le recours à la théorie du comportement planifié (T.C.P.) pour construire le questionnaire
- le recours à la méthode du consensus pour résoudre les désaccords existants au sein des évaluations de pertinence et libellé des items du questionnaire grâce à un groupe de médecins généralistes.

Une comparaison des items issus de la revue de la littérature et de ceux issus du questionnaire sera effectuée.

## **1.LA REVUE DE LITTERATURE NON SYSTEMATIQUE**

Nous avons porté notre recherche bibliographique essentiellement sur la base de données MEDLINE car cette base de données permet de lister les recommandations et les articles originaux.

Nous n'avons pas effectué d'évaluation de la pertinence et de la validité des publications par attribution d'un indice de qualité et définition d'un seuil d'exclusion tel que stipulé par les critères de Mulrow(42) pour des raisons de temps. En ce sens, notre revue de la littérature ne peut donc pas être qualifiée de systématique. Cependant l'objectif de notre travail était l'identification des croyances, s'apparentant ainsi plus à une démarche qualitative que

quantitative.

Cette recherche bibliographique fût complétée par une recherche manuelle issue de la lecture des références bibliographiques des articles retenus, et par l'ajout de certains articles apportés par l'un des promoteurs.

## **2.LA METHODE UTILISEE POUR IDENTIFIER LES OBSTACLES A LA MISE EN APPLICATION DES R.B.P.C.**

Avant le travail d'élaboration des questions, il nous a fallu identifier les croyances des médecins dans les trois domaines suivants :

- croyances comportementales liées à l'application des R.B.P.C.
- croyances en terme de pression sociale par rapport à l'application des R.B.P.C.
- croyances en matière de contrôle quant à l'application des R.B.P.C.

Pour ce travail d'identification, différentes méthodes ont été validées(17) parmi les suivantes : entretien, focus groupes, questionnaire. Toutes ces méthodes font appel à des questions à réponses ouvertes, et sont admises par la communauté scientifique.

Nous avons choisi d'utiliser la revue de la littérature. Le questionnaire d'identification des médecins visait à compléter cette revue de la littérature.

## **3.LA THEORIE DU COMPORTEMENT PLANIFIE (T.C.P.)**

Plusieurs théories ont été proposées afin de prédire et expliquer les comportements individuels. Il est probable que toutes ces théories prises isolément ne permettent pas de cerner toute la complexité d'un comportement donné. Certains chercheurs proposent de combiner les différents modèles afin d'en augmenter l'efficacité (43).

Cependant pour construire notre questionnaire de prédiction, nous avons dû nous limiter à un seul modèle comportemental servant ainsi d'assise à l'organisation du questionnaire. Notre choix s'est porté sur la théorie du comportement planifié (T.C.P.) pour différentes

raisons que nous allons développer.

Cette théorie postule que la mesure de l'intention peut être utilisée comme une mesure proximale du comportement. Ceci constitue un avantage car il n'oblige pas à attendre la réalisation du comportement pour mesurer sa mise en application.

Sa valeur prédictive positive est supérieure à celle de la théorie de l'action raisonnée (T.A.R)(44). Cette bonne capacité prédictive a été confirmée par une méta-analyse réalisée en 2001 par Armitage et Connor(45) reprenant 185 études.

Une autre raison ayant expliqué notre choix est liée à la bonne reproductibilité de la T.C.P. en médecine, en particulier concernant les comportements liés aux décisions thérapeutiques ou les actions cliniques du praticien. Une étude portant sur l'intention des médecins d'adopter la télémédecine s'est fondée sur la T.C.P (46) permettant ainsi de valider cette théorie auprès des professionnels de santé.

On pourrait reprocher à la T.C.P. de ne pas prendre en considération l'affect (c'est à dire la réponse émotionnelle qu'un individu associe à l'idée de réaliser un comportement donné) ou l'habitude (degré d'automatisme à réaliser un comportement) qui sont des dimensions intégrées à la théorie des comportements interpersonnels (T.C.I.) développé par Triandis. Malgré cette insuffisance, l'utilisation de la T.C.P. et la mise à disposition des professionnels de santé d'un document élaborant la construction du questionnaire à partir de la T.C.P. (17) ont poussé cette décision.

#### **4.LA METHODE D'EVALUATION DE LA PERTINENCE ET DU LIBELLE DES ITEMS ET DE RESOLUTION DES CONFLITS**

La méthode que nous avons utilisée s'inspire de la méthode Delphi avec 4 tours d'évaluation au total dont 2 réalisés à distance (évaluations proprement dites en ligne), et 2 ateliers de résolution des conflits. Les « experts » étaient amenés à se prononcer sur la pertinence et le libellé des items du questionnaire.

Au cours d'une méthode Delphi, les participants sont amenés à rendre leur évaluation par courrier ce qui permet d'éviter l'effet « leader » observé par exemple au sein des groupes de

paires, ou le biais lié à la timidité. De plus, l'absence de nécessité pour les contributeurs de se rencontrer en personne a facilité la construction de ce questionnaire s'inscrivant dans un projet européen. L'autre avantage de la méthode Delphi modifiée est qu'elle permet l'obtention d'un niveau de consensus. D'ailleurs cette méthode est proposée par la H.A.S. lors de l'élaboration de recommandations pour lesquels les preuves scientifiques manquent. Toutefois nous avons rencontré plusieurs difficultés lors de l'évaluation du questionnaire et des ateliers de résolution des conflits.

Les premières concernent la dispersion des évaluations obtenue par les questionnaires en ligne. Cette difficulté n'est pas spécifique à notre travail. Elle est fréquemment rencontrée et peut conduire à la nécessité d'organiser de nombreux ateliers pour résolution des conflits (nominal group technique). Ce n'est pas l'option que nous avons retenue pour des raisons de logistique liées à l'éloignement des participants et à la difficulté à les réunir en un même lieu.

Le caractère intuitif de l'évaluation ne nous semble pas être un motif de rejet de la méthode. En effet, la recherche qualitative explore des représentations mentales qui ne sont pas forcément rationalisées par ceux qui les émettent. S'agissant d'un travail sur le comportement, il n'y avait pas nécessité de rechercher des données purement rationnelles. D'autres difficultés, parfois en rapport avec le caractère européen du projet, sont apparues au cours des ateliers de résolution des conflits (Nimègue et Paris). Au cours des ateliers, il est rapidement apparu que l'ensemble des participants n'avait pas ou n'utilisait pas les notions de « pertinence » et « approprié » avec la même signification.

Par ailleurs, la langue choisie tout au long de l'élaboration du questionnaire était l'anglais. Or tous les participants bien qu'anglophones étaient issus de pays européens différents tels que la Belgique, la Grèce, l'Italie, la Norvège, la Slovénie, la Turquie et la France, et ne possédaient pas tous avec la même richesse les champs sémantiques de l'anglais. Il en résulta donc une lenteur et des difficultés pour la prise des décisions lors des ateliers de concertation.

Le nombre de participants aux évaluations en ligne (15 au 1er tour, et 11 au 2<sup>nd</sup> tour), ainsi qu'aux ateliers de résolution des conflits ayant eu lieu à Nimègue (11 participants) et Paris (23 participants), était conforme aux chiffres de 10 à 15 habituellement avancé pour une

méthode Delphi classique.

## **5. COMPARAISON DES ITEMS ISSUS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE ET DE CEUX ISSUS DU « THOUGHTS QUESTIONNAIRE »**

La comparaison des barrières identifiées par la revue de la littérature avec celles identifiées par le « Questionnaire d'Identification des Représentations (Q.I.R.)» ne montre pas de discordance entre les résultats des deux méthodes.

On retrouve dans les réponses apportées aux questions du Q.I.R. les mêmes barrières à la mise en application des recommandations, à savoir dans les domaines suivants :

- **croyances comportementales :**
  - le défaut de preuve pour certaines R.B.P.C.
  - l'inadaptation des R.B.P.C. aux caractéristiques cliniques de certains patients ou à la pratique clinique quotidienne
- **pression sociale :**
  - l'impact positif des confrères généralistes ou spécialistes favorables et utilisateurs de R.B.P.C.
  - l'impact positif des leaders d'opinions favorables aux R.B.P.C.
  - le patient (barrière)
- **contrôle comportemental perçu :**
  - le manque de temps
  - les difficultés d'accès aux R.B.P.C. (nécessité d'être facile d'accès)
  - les R.B.P.C. difficiles à utiliser ou suivre
  - l'existence de contradictions entre l'expérience clinique du médecin et les R.B.P.C.
  - le manque de confiance dans certaines R.B.P.C. (lié parfois à des R.B.P.C. discordantes entre elles)
  - la difficulté de se tenir toujours informé qui rejoint le manque de connaissance de certaines R.B.P.C.
  - l'insuffisance de moyens ou des structures de soutien
  - les contraintes financières

# **IV. CONCLUSION**

La construction d'un questionnaire de prédiction est un travail long. Le temps nécessaire à la préparation et la rédaction des items est fondamental. La méthode doit être rigoureuse. S'agissant du choix des items à partir d'une revue de la littérature, l'existence d'une bonne corrélation avec les réponses obtenues au « Questionnaire d'identification des représentations » prouve que la méthode est acceptable.

La méthode d'évaluation des items du questionnaire par la méthode Delphi modifiée telle que nous l'avons utilisée soulève des difficultés en grande partie liées dans notre cas au caractère européen du projet. En effet, la participation au projet de médecins n'ayant pas le même maîtrise de la langue anglaise, et issus de pays n'ayant pas les mêmes cultures et traditions médicales compliqua l'élaboration des items du questionnaire.

Malgré ces difficultés, cette démarche est indispensable si on veut comprendre les comportements des professionnels de santé. Concernant les R.B.P.C., cette démarche est d'autant plus importante que l'on sait que leur mise en application par les médecins est difficile.

La construction de notre questionnaire de prédiction n'est pas achevée. La validation des propriétés psychométriques (acceptabilité, reproductibilité, fiabilité) de ses items est une étape essentielle avant d'aboutir à une possible utilisation. Dans l'hypothèse où les propriétés psychométriques s'avèreraient faibles, ce travail fondé sur la théorie du comportement prévu aura permis de souligner les points d'impact en vue d'améliorer la mise en application des recommandations de bonne pratique clinique.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*. 2001 Nov 28;286(20):2578-85.
- (2) Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine—How to Practice and Teach EBM. New York: Churchill Livingstone;1997.
- (3) Field MJ, Lohr KN. Clinical practice guidelines: Directions for a new program. National Academy Press, Washington DC;1990.
- (4) Thorsen T, Mäkelä M. Changing Professional Practice. Theory and Practice of Clinical Guidelines Implementation. Copenhagen, DSI;1999.
- (5) Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*. 1999 Feb 20;318(7182):527-30.
- (6) Wollersheim H, Burgers J, Grol R. Clinical guidelines to improve patient care. *Neth J Med*. 2005 Jun;63(6):188-92.
- (7) Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Fam Pract*. 2002 Dec;19(6):596-604.
- (8) McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med*. 2003 Jun 26;348(26):2635-45.

- (9) Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003 Oct 11;362(9391):1225-30.
- (10) Grol R, Buchan H. Clinical guidelines: what can we do to increase their use? *Med J Aust*. 2006 Sep 18;185(6):301-2.
- (11) Lomas J. Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what? *Ann N Y Acad Sci*. 1993 Dec 31;703:226-35; discussion 235-7.
- (12) 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 Oct 20;282(15):1458-65.
- (13) Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2003 Mar 24;3(1):8.
- (14) Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ;1980.
- (15) Sheppard BH, Hartwick J, Warshaw PR. The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research with Recommendations for Modifications and Future Research. *Journal of Consumer Research*. 1988 Jan;15(3):325-343.
- (16) Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1986 ; 22: 453-474.
- (17) Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Walker AE, Grimshaw JM, Foy R, Kaner EFS, Smith L, Bonetti D. Constructing questionnaires based on the theory of planned

behaviour. A manual for health services researchers. Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne, UK;2004.

- (18) Al Almaie SM, Al-Baghli NA. Barriers Facing Physicians Practicing Evidence-Based Medicine in Saudi Arabia. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2004; 24:163-170
- (19) Summerskill WS, Pope C. 'I saw the panic rise in her eyes, and evidence-based medicine went out of the door.' An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease. *Fam Pract*. 2002 Dec;19(6):605-10.
- (20) Daly ME, Rasmussen NH, Agerter DC, Cha SS. Assessment and diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder by family physicians. *Minn Med*. 2006 Mar;89(3):40-3.
- (21) Shieh K, Gao F, Ristvedt S, Schootman M, Early D. The impact of physicians' health beliefs on colorectal cancer screening practices. *Dig Dis Sci*. 2005 May;50(5):809-14.
- (22) Ka'ano'i ME, Braun KL, Gotay CC. Primary care physicians' knowledge, attitudes and practices related to cancer screening and cancer prevention clinical trials. *Pac Health Dialog*. 2004 Sep;11(2):160-5.
- (23) Del Giudice ME, Tannenbaum D, Goodwin PJ. Breast self-examination: resistance to change. *Can Fam Physician*. 2005 May;51:698-9.
- (24) Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular

Treatment (REACT) survey. *Fam Pract.* 2002 Dec;19(6):596-604.

- (25) Nelson MR, Reid CM, Krum H, McNeil JJ. Factors influencing family physician adherence to hypertension treatment guideline recommendations on the initiation of pharmacotherapy: questionnaire survey. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2003;3(6):437-41.
- (26) Rushton JL, Fant KE, Clark SJ. Use of practice guidelines in the primary care of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics.* 2004 Jul;114(1):e23-8.
- (27) Maue SK, Segal R, Kimberlin CL, Lipowski EE. Predicting physician guideline compliance: an assessment of motivators and perceived barriers. *Am J Manag Care.* 2004 Jun;10(6):383-91.
- (28) Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers--a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2003 Mar 24;3(1):8.
- (29) Sequist TD, Gandhi TK, Karson AS, Fiskio JM, Bugbee D, Sperling M, Cook EF, Orav EJ, Fairchild DG, Bates DW. A randomized trial of electronic clinical reminders to improve quality of care for diabetes and coronary artery disease. *J Am Med Assoc.* 2005 Jul-Aug;293(4):431-7.
- (30) Steinman MA, Fischer MA, Shlipak MG, Bosworth HB, Oddone EZ, Hoffman BB, Goldstein MK. Clinician awareness of adherence to hypertension guidelines. *Am J Med.* 2004 Nov 15;117(10):747-54.
- (31) Keeffe B, Subramanian U, Tierney WM, Udris E, Willems J, McDonnell M, Fihn SD. Provider response to computer-based care suggestions for chronic heart failure. *Med Care.* 2005 May;43(5):461-5.

- (32) Marcy TW, Skelly J, Shiffman RN, Flynn BS. Facilitating adherence to the tobacco use treatment guideline with computer-mediated decision support systems: physician and clinic office manager perspectives. *Prev Med.* 2005 Aug;41(2):479-87.
- (33) Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, Berra K, Hayes SN, Walsh BW, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation.* 2005 Feb 1;111(4):499-510.
- (34) Longo DR, Stone TT, Phillips RL, Everett KD, Kruse RL, Jaén CR, et al. Characteristics of smoking cessation guideline use by primary care physicians. *Mo Med.* 2006 Mar-Apr;103(2):180-4.
- (35) Zapka JG, Puleo E, Taplin S, Solberg LI, Mouchawar J, Somkin C, et al. Breast and cervical cancer screening: clinicians' views on health plan guidelines and implementation efforts. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2005;(35):46-54.
- (36) Cardin F, Zorzi M, Bovo E, Guerra C, Bandini F, Polito D, et al. Effect of implementation of a dyspepsia and *Helicobacter pylori* eradication guideline in primary care. *Digestion.* 2005;72(1):1-7.
- (37) Shirzadi MR, Majdzadeh R, Pourmalek F, Naraghi K. Adherence of the private sector to national tuberculosis guidelines in the Islamic Republic of Iran, 2001-02. *East Mediterr Health J.* 2003 Jul;9(4):796-804.
- (38) Kable S, Henry R, Ireland M, Cockburn J. Are the components of the Asthma Management Plan important in managing childhood asthma? A survey of general practitioners. *Aust Fam Physician.* 2003 Jun;32(6):470-2, 480.
- (39) Davis MM, Ndiaye SM, Freed GL, Clark SJ. One-year uptake of pneumococcal

conjugate vaccine: a national survey of family physicians and pediatricians. *J Am Board Fam Pract.* 2003 Sep-Oct;16(5):363-71.

- (40) Rätsep A, Kalda R, Oja I, Lember M. Family doctors' knowledge and self-reported care of type 2 diabetes patients in comparison to the clinical practice guideline: cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2006 Jun 16;7:36.
- (41) van Steenkiste B, van der Weijden T, Stoffers HE, Grol R. Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2004 Mar;22(1):32-7.
- (42) Mulrow CD, Oxman AD (eds). Critical appraisal of studies. Cochrane Collaboration Handbook [updated September 1997]; Section 6. In: The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration. Oxford: Update Software; 1997, issue 4
- (43) Godin G, Maticka-Tyndale E, Adrien A, Manson-Singer S, Willms D, Cappon P. Cross-cultural testing of three social cognitive theories: an application to condom use. *Journal of Applied Social Psychology.* 1996 Sep 1-15;26(17):1556-86.
- (44) Madden TJ, Ellen PS, Ajzen I. A Comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action. *Pers Soc Psychol Bull.* 1992 ;18: 3-9.
- (45) Armitage CJ, Conner M. Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology.* 2001;40:471-499.
- (46) Hu PJ, Chau PY. Physician acceptance of telemedicine technology : an empirical investigation. *Top Health Inf Manage.* 1999 May;19(4):20-35.



# ANNEXES

ANNEXE 1:

DATA COLLECTION FORM  
**EXAMPLE**

Identification of the study	
Study characteristics	
design	
objective	
Number of respondents	
Demography of the respondents	
Description of barriers  and % of respondents describing the barrier (if available)	

## Thoughts questionnaire

You are involved in the construction of a questionnaire aimed at eliciting the reasons why general practitioners do or do not implement Clinical Practice Guidelines (CPG) in daily routine. **In this questionnaire, to implement means to put into use the new medical evidence.**

We would appreciate your responses to some questions about this. There are no right or wrong answers. Please tell us what you really think.

Please, take a few minutes to list your thoughts about the following questions.

### **When GPs are consulting in daily routine ,**

- What do you believe are the advantages of implementing CPG during a consultation?

Please answer :

- What do you believe are the disadvantages of implementing CPG during a consultation?

Please answer :

- Is there anything else you associate with your own views about implementing CPG during a consultation?

Please answer :

- Are there any individual or groups who would approve of your implementing CPG during a consultation?

Please answer :

- Are there any individual or groups who would disapprove of your implementing CPG during a consultation?

Please answer :

- Is there anything else you associate with other people's views about implementing CPG during a consultation?

Please answer :

- What factors or circumstances would enable you to implement CPG during a consultation with a patient in daily routine?

Please answer :

- What factors or circumstances would make it difficult or impossible for you to implement CPG during a consultation with a patient in daily routine?

Please answer :

- Are there any other issues that come to mind when you think about implementing CPG during a consultation with a patient in daily routine?

Please answer :

We are very grateful to each of you for the time you spent to fill up the questionnaire.

ANNEXE 3:

EGPRN - May 2007  
 Rating form  
 Questionnaire Draft1

INSTRUCTION FOR FILLING IN THE RATING FORM

Regarding your contribution to the workshop that will be held in Nijmegen, you are asked to rate the appropriateness of the draft questionnaire, using the rating form. You are not asked to fill in the draft questionnaire. This will be done later when the questionnaire will be finalised. At the present moment, we are interested in appraisal of content validity and wording of the questionnaire.

For each question, you have to rate 2 attributes : the relevance of the sentence and if the wording of the sentence is understandable. By “content relevance”, we mean that the dimension included in the question is suitable with the context of primary care, based on your years of health care professional experiences. By “understandable wording” we mean that you are able to answer the question without any difficulty.

To express your appraisal, you use a rating scale of 1 to 9, where 1 means you strongly disagree with the “relevance” or the “understandable wording” of the question and 9 means you fully agree with these two attributes.

Example :

**Please show how much you agree or disagree by marking the appropriate box (*mark [X] only one for each appraisal*)**

Question - people who are important to me think I should not measure th blood pressure of patients with type 2 diabetes	Strongly disagree	1	2	3	4	5	6	7	Strongly agree

*Relevance*

1	X	3	4	5	6	7	8	9	
Strongly disagree									strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	X
Strongly disagree								strongly agree

In making your ratings, please remember the following points :

- Be sure to answer all questions – do not omit any.
- Never circle more than one number on a single scale.

First name :

Last Name :

- A How long have you been qualified. Years  
 How many sessions (1/2 days) do you work per week? I \_ I \_ I
- B How many GPs work at your practice? I \_ I \_ I
- C How many physician with other specialty work at your practice? I \_ I \_ I
- D are you male I \_ I or female? I \_ I
- E what is you approximate practice list size? I \_ I \_ I \_ I \_ I
- 

**SECTION 2**

Each question in this section refers to  
 TO IMPLEMENTING DURING THE CONSULTATION  
 ONE OR SEVERAL RECOMMENDATIONS INCLUDED IN A CPG  
 WHEN A PATIENT PRESENTS WITH A DISEASE

**Please, rate relevance and understandable wording of each question  
 By marking the appropriate box (mark only one box for each statement;  
 be sure to rate relevance and wording for each question)**

Q1- If I implement the CPG, I will conflict with my personal beliefs. Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*Strongly disagree* *strongly agree*

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

*Strongly disagree* *strongly agree*

---

Q2- It causes me a lot of worry and concern because the CPG has no proven efficacy      Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q3- It causes me a lot of worry and concern because the CPG does not fit with clinical feature of the patient      Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q4- It is not useful because most patients are unreceptive to the counselling      Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q5- If I implement the CPG, I will lack of resources to manage this patient      Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q6- It is easier to live with not adhering to CPG than having a missed diagnosis      Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q7-My own personal experience prevents me to follow CPG Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q8- My faith in my counselling skills impedes my capability to implement the CPG Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q9- I am more likely to schedule follow up when implanting the CPG Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q10- The lack of familiarity with this CPG is a an obstacle to put it into use Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 Likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q11- Inaccessibility of the guideline which is too lengthy, too difficult to use, prevents to put it into use      Unlikely      1 2 3 4 5 6 7      likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q12- It is too time consuming to implement the CPG      Unlikely      1 2 3 4 5 6 7      likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q13- The lack of support impedes my capability to implement the CPG      Unlikely      1 2 3 4 5 6 7      likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q14- The lack of reimbursement for services impedes my capability to implement the CPG      Unlikely      1 2 3 4 5 6 7      likely

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q15- conflicting with my personal beliefs is:	Extremely undesirable	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Extremely desirable
---	-----------------------	---------------------	---------------------

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q16- Having to implement a CPG with no proven efficacy is:	Extremely undesirable	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Extremely desirable
--	-----------------------	---------------------	---------------------

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q17- A CPG that does not fit with clinical feature of the patient is:	Extremely undesirable	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Extremely desirable
---	-----------------------	---------------------	---------------------

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q18- Caring patients that are unreceptive to the counselling is:	Extremely undesirable	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Extremely desirable
--	-----------------------	---------------------	---------------------

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q19- The lack of recommended resources to manage this patient is:	Extremely undesirable	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Extremely desirable
---	-----------------------	---------------------	---------------------

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Strongly disagree					strongly agree			

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Strongly disagree strongly agree								

Q20- Patients think I	Should not	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	should
implement the recommendation(s)			

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Strongly disagree					strongly agree			

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Strongly disagree strongly agree								

Q21- Colleagues of my practice	disapprove	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	approve
Would	of my implementing the recommendation(s)		

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Strongly disagree					strongly agree			

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Strongly disagree strongly agree								

Q22- Clinical leaders in the setting would	disapprove	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	approve
of my implementing the recommendation(s)			

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Strongly disagree					strongly agree			

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Strongly disagree strongly agree								

Q23- The government would disapprove -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 approve  
of my implementing the recommendation(s)

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q24- Other GPs Do not -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 do  
implement the recommendation(s)

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q25- Overall, I think that implementing a Harmful 1 2 3 4 5 6 7 beneficial  
recommendation during the consultation is

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q26- Overall, I think that implementing a bad 1 2 3 4 5 6 7 good  
recommendation during the consultation is

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q27- Overall, I think that implementing a recommendation during the consultation is Unpleasant 1 2 3 4 5 6 7 pleasant

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q28- Overall, I think that implementing a recommendation during the consultation is worthless 1 2 3 4 5 6 7 useful

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q29- Patients' approval of my practice is important to me Not at all 1 2 3 4 5 6 7 Very much

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q30- Colleagues' approval of my practice is important to me Not at all 1 2 3 4 5 6 7 Very much

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q31- To do what clinical leaders in the setting are waiting for me is important to me Not at all 1 2 3 4 5 6 7 Very much

Relevance

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q32- Doing what the government is waiting for me is important to me Not at all 1 2 3 4 5 6 7 Very much

Relevance

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q33- Doing what other GPs do is important to me Not at all 1 2 3 4 5 6 7 Very much

Relevance

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q34- When I am considering the risk of having a missed diagnosis, I am Less likely -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 More likely to implement the CPG

Relevance

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q35- My own personal experience makes it Much more difficult -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Much easier to implement the CPG

Relevance

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q36- My faith in my counselling skills makes it Much more difficult -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Much easier to implement the CPG

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q37- It enhances my scheduling of follow up Less likely -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 More likely when I have to implement CPG

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q38- The lack of familiarity with this CPG makes it Much more difficult -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Much easier to implement the CPG

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q39- When the guideline is inaccessible, or too lengthy, or too difficult to use, I am Less likely -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 More likely to implement the CPG

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q40- Time consuming makes it Much more -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Much easier  
difficult to implement the CPG

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q41- The lack of support makes it Much more -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Much easier  
difficult to implement the CPG

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q42- Due to the lack of reimbursement for Less likely -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 More likely  
services, I am to implement the CPG

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q43- It is expected of me that I implement the Strongly 1 2 3 4 5 6 7 strongly agree  
recommendation(s) during the consultation disagree

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

Q44- I expect to implement the Strongly 1 2 3 4 5 6 7 strongly agree  
recommendation(s) during the consultation disagree

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q45- I feel under social pressure to implement the recommendation(s) during the consultation

Strongly disagree 1 2 3 4 5 6 7 strongly agree

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q46- I want to implement the recommendation(s) during the consultation

Strongly disagree 1 2 3 4 5 6 7 strongly agree

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q47- People who are important to me want me to implement the recommendation(s) during the consultation

Strongly disagree 1 2 3 4 5 6 7 strongly agree

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q48- I intend to implement the recommendation(s) during the consultation

Strongly disagree 1 2 3 4 5 6 7 strongly agree

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree

strongly agree

**Understandable wording**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q49- I am confident that I could implement the recommendation(s) during the consultation Strongly disagree 1 2 3 4 5 6 7 strongly agree

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagreestrongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q50- For me to implement the recommendation(s) during the consultation is easy 1 2 3 4 5 6 7 difficult

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagreestrongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q51- The decision to implement the recommendation(s) during the consultation is beyond my control Strongly disagree 1 2 3 4 5 6 7 strongly agree

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagreestrongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q52- Whether I implement the recommendation(s) during the consultation is beyond my control is entirely up to me Strongly disagree 1 2 3 4 5 6 7 strongly agree

*Relevance*

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagreestrongly agree

***Understandable wording***

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Strongly disagree strongly agree

---

Q53- Given 10 patients presenting with a specified condition for a first time, for how many times do you expect to implement one or several recommendations proposed by the Clinical Practice Guideline for managing these patients?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

please circle the number that fits best your opinion

THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION

## ANNEXE 4

### Questionnaire Pilote

First name :

Last Name :

A How long have you been qualified.

Years

How many sessions (1/2 days) do you work per week?

I \_ I \_ I

B How many GPs work at your practice?

I \_ I \_ I

C How many physician with other specialty work at your practice?

I \_ I \_ I

D are you male I \_ I or female? I \_ I

E what is you approximate practice list size?

I \_ I \_ I \_ I \_ I

---

## SECTION 2

Each question in this section refers to  
TO IMPLEMENT DURING THE CONSULTATION  
ONE OR SEVERAL RECOMMENDATIONS INCLUDED IN A CPG  
WHEN A PATIENT PRESENTS WITH A DISEASE

Q1- If I implement the CPG, it would conflict with my personal beliefs. Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

Q2- Confronted to the clinical problem, I might not follow the key message in the guideline because it has no proven efficacy Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

Q3- I might not follow guidelines because they don't apply to clinical characteristics of the patient Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

Q4- Implementing a CPG is not useful because most patients are unreceptive to the counselling Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

Q5- If I implement the CPG, I will lack resources to manage Unlikely 1 2 3 4 5 6 7 likely

this patient									
Q6- In implementing a guideline, I'm afraid I could miss a diagnosis	Unlikely	1	2	3	4	5	6	7	likely
Q7-My personal experience prevents me from following CPG	Unlikely	1	2	3	4	5	6	7	likely
Q8- My faith in my counselling skills impedes my capability to implement the CPG	Unlikely	1	2	3	4	5	6	7	likely
Q9- If I implement guidelines, I will do a better follow up of my patient	Unlikely	1	2	3	4	5	6	7	likely
Q10- The lack of familiarity with this CPG is a an obstacle to put it into use	Unlikely	1	2	3	4	5	6	7	Likely
Q11- Inaccessibility of the guideline which is too lengthy, too difficult to use, prevents to put it into use	Unlikely	1	2	3	4	5	6	7	likely
Q12- It is to time consuming to implement the CPG	Unlikely	1	2	3	4	5	6	7	likely
Q13- The lack of support impedes my capability to implement the CPG	Unlikely	1	2	3	4	5	6	7	likely
Q14- I might not implement the guideline because the patient would have to pay for extra services demanded by the guideline	Unlikely	1	2	3	4	5	6	7	likely
Q15- EXCLUE durant WONCA à Paris	Extremely undesirable	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Extremely desirable
Q16- Working according to a CPG with no proven efficacy is :	Extremely undesirable	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	Extremely desirable

Q17- A guideline that don't apply to clinical characteristics of patient is :	Extremely undesirable	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Extremely desirable
Q18- EXCLUE durant atelier de Nimègue			
Q19- The lack of recommended resources to manage this patient is:	Extremely undesirable	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Extremely desirable
Q20- Patients think I	Should not	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	should
		implement the recommendation(s)	
Q21- Colleagues of my practice Would	disapprove	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	approve
		that I implement the recommendation(s)	
Q22-Local clinical leaders would	disapprove	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	approve
		that I implement the recommendation(s)	
Q23- Health authorities would	disapprove	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	approve
		of my implementing the recommendation(s)	
Q24- Other GPs	Do not	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	do
		implement the recommendation(s)	
Q25- Overall, I think that implementing a recommendation during the consultation is	Harmful	1 2 3 4 5 6 7	beneficial
Q26- Overall, I think that implementing a recommendation during the consultation is	bad	1 2 3 4 5 6 7	good
Q27- Overall, I think that implementing a recommendation during the consultation is	Unpleasant	1 2 3 4 5 6 7	pleasant

Q28- Overall, I think that implementing a recommendation during the consultation is worthless 1 2 3 4 5 6 7 useful

Q29- Patients' approval of my practice is important to me Not at all 1 2 3 4 5 6 7 Very much

Q30- Colleagues' approval of my practice is important to me Not at all 1 2 3 4 5 6 7 Very much

Q31- To do what local clinical leaders think I should do is important to me Not at all 1 2 3 4 5 6 7 Very much

Q32- EXCLUE durant atelier de Nimègue

Q33- Doing what other GPs do is important to me Not at all 1 2 3 4 5 6 7 Very much

Q34- When I am considering the risk of having a missed diagnosis, I am Less likely -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 More likely to implement the CPG

Q35- My own personal experience makes it Much more difficult -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Much easier to implement the CPG

Q36- My faith in my counselling skills makes it Much more difficult -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Much easier to implement the CPG

Q37- It enhances my scheduling of follow up Less likely -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 More likely when I have to implement CPG

Q38- The lack of familiarity with this CPG makes it Much more difficult -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Much easier to implement the CPG

Q39- When the guideline is inaccessible, or too lengthy, or too difficult to use, I am Less likely -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 More likely to implement the CPG

Q40- Time consuming makes it	Much more difficult	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	Much easier
		to implement the CPG	

Q41- EXCLUE durant atelier de Nimègue

Q42- Due to the lack of reimbursement for services, I am	Less likely	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3	More likely
		to implement the CPG	

Q43- It is expected of me that I implement the recommendation(s) during the consultation	Strongly disagree	1 2 3 4 5 6 7	strongly agree
--	-------------------	---------------	----------------

Q44- I expect to implement the recommendation(s) during the consultation	Strongly disagree	1 2 3 4 5 6 7	strongly agree
--	-------------------	---------------	----------------

Q45- I feel I am under social pressure to implement the recommendation(s) during the consultation	Strongly disagree	1 2 3 4 5 6 7	strongly agree
---	-------------------	---------------	----------------

Q46- I want to implement the recommendation(s) during the consultation	Strongly disagree	1 2 3 4 5 6 7	strongly agree
--	-------------------	---------------	----------------

Q47- People who are important to me want me to implement the recommendation(s) during the consultation	Strongly disagree	1 2 3 4 5 6 7	strongly agree
--	-------------------	---------------	----------------

Q48- I intend to implement the recommendation(s) during the consultation	Strongly disagree	1 2 3 4 5 6 7	strongly agree
--	-------------------	---------------	----------------

Q49- I am confident that I could implement the recommendation(s) during the consultation	Strongly disagree	1 2 3 4 5 6 7	strongly agree
--	-------------------	---------------	----------------

Q50- For me to implement the recommendation(s) during the consultation is	easy	1 2 3 4 5 6 7	difficult
---	------	---------------	-----------

Q51- The decision to implement the	Strongly	1 2 3 4 5 6 7	strongly agree
------------------------------------	----------	---------------	----------------

recommendation(s) during the consultation is beyond my control      disagree

Q52- To implement the recommendation(s) during the consultation is entirely up to me      Strongly disagree      1 2 3 4 5 6 7      strongly agree

Q53- Given 10 patients presenting with a specified condition for a first time, for how many times do you expect to implement one or several recommendations proposed by the Clinical Practice Guideline for managing these patients?      0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10      please circle the number that fits best your opinion

THANK YOU FOR YOUR PARTICIPATION