

## L'IMPLANTATION DE REFERENTIELS EN MEDECINE GENERALE

(Traduit de l'anglais par Eugène CASTELAIN)  
Cet article princeps écrit par l'un des pères de l'évaluation  
décrit les différentes phases de mise en place d'un référentiel  
et les méthodes les plus efficaces pour les implanter en médecine générale.

*Richard GROL*  
*Université de Nijmegen –*  
*Université du Limburg,*  
*(Pays-Bas)*

Le développement de référentiels pour les soins en médecine générale, basé sur une recherche de qualité et sur une expérience clinique, est considéré comme un des points de passage obligé pour aboutir à des soins de haute qualité (1). Malgré les efforts déployés pour la mise en place de ces standards, de ces référentiels en pratique quotidienne, ils reçoivent généralement peu d'attention.

Les référentiels ne se mettent pas en oeuvre d'eux-mêmes (2). Il est bien connu qu'une information nouvelle est intéressante; que de nouveaux résultats scientifiques, en particulier de nouveaux consensus ou de nouveaux protocoles n'atteignent qu'une partie du groupe visé. Même lorsque les médecins sont bien informés sur ce qu'il faut faire, ils ne concrétisent pas en action leur savoir ou leur aptitude. Il existe peu de rapports entre le comportement théorique attendu et la réalité pratique.

Les idées concernant la mise en oeuvre de référentiels en médecine générale sont souvent naïves. Les interventions se limitent souvent à la publication dans des revues scientifiques ou à des discussions dans des groupes de formation médicale continue. Beaucoup de généralistes ne lisent pas cette information. La moitié seulement des généralistes participe à des réunions de formation médicale continue et ne choisissent que les thèmes qui les intéressent.

Le résultat en est un renforcement des idées préexistantes. Les études montrent généralement que la formation médicale continue a un effet marginal sur la pratique quotidienne.

Les approches classiques pour la mise en oeuvre de nouvelles informations échouent car trop peu d'attention est portée aux obstacles spécifiques existant chez certains médecins. Trop d'efforts sont consacrés pour améliorer les connaissances, mais pas assez pour améliorer les comportements actuels. On connaît mal les interventions et les programmes réellement efficaces pour améliorer l'efficacité des généralistes. Dans cet article, j'étudierai les connaissances actuelles et les voies de recherche sur l'implantation de référentiels en médecine générale.

Je suggérerai aussi quelques méthodes et approches pour améliorer la qualité des soins. Je discuterai plus en détail de quelques principes pour promouvoir des changements efficaces dans les soins.

## I – L'IMPLANTATION DE REFERENTIELS : UN PROCESSUS SE FAISANT PAR ETAPES

Pour diffuser et appliquer des référentiels en médecine générale, plusieurs étapes doivent être suivies. L'observation des changements d'attitude et des obstacles dans des secteurs différents de la médecine peut nous aider à identifier ces étapes.

<i>Attitudes favorisant cette étape du changement</i>	<i>Obstacles s'opposant à cette étape</i>
Attention et <u>intérêt</u> porté à l'existence de nouveaux référentiels	Manque de lecture, absence de formation médicale, absence de contact avec les confrères.
<u>Compréhension</u> des référentiels, connaissance de nos lacunes, persuasion de la nécessité de changer.	Connaissances ou techniques insuffisantes, ignorance de ses lacunes, surestimation de soi
<u>Attitude positive</u> vis à vis de nouveaux référentiels	Référentiel considéré comme inapplicable. Attitude négative des leaders d'opinion
<u>Mise en oeuvre en pratique</u>	Manque de confiance dans le référentiel, oubli rapide de celui-ci, effets négatifs du changement

Ce tableau montre que chaque étape de ce processus peut provoquer des problèmes spécifiques ou des obstacles. Il est important de les connaître, de les étudier afin d'adapter son action. Ces obstacles peuvent être analysés dans des études concernant des médecins, d'autres dispensateurs de soins, des patients. Une autre analyse repose sur des entretiens avec des personnes représentatives de la population visée. Une observation des pratiques actuelles peut ainsi améliorer la compréhension des problèmes spécifiques à la mise en oeuvre de changements. Le message est "Connaissez la population visée". Certaines personnes désirant mettre en oeuvre des référentiels "devraient se mettre à la place du client et voir la situation à travers leurs yeux". Les obstacles peuvent venir des particularités des médecins ou des particularités de leurs modes de travail.

### OBSTACLES PROPRES AU GENERALISTE

Les obstacles propres au médecin peuvent se situer au niveau de la compétence, de la motivation, de l'attitude et du caractère personnel.

#### *Compétence*

Les généralistes ayant des problèmes de compétence ne s'intéressent pas à la littérature ou lisent une sélection biaisée des informations nouvelles. Ils ne suivent pas de formation médicale continue et sont peu informés des dernières nouveautés.

Ils oublient une nouvelle information avant même de la mettre en pratique. Ils sont peu au courant de leurs lacunes ou les sous-estiment.

Il leur manque l'aptitude nécessaire pour réaliser les changements espérés ou ils n'ont pas l'occasion de les essayer.

### *Motivation*

Certains généralistes voient plus d'inconvénients que d'avantages ou redoutent les conséquences négatives des référentiels proposés. Ils semblent satisfaits de leur action et ne voient pas la nécessité d'en changer. Ils ne considèrent pas les référentiels comme fiables ou applicables. Ils ne se fient pas aux promoteurs et aux concepteurs du référentiel, les considérant comme "académiques" et comme des non-praticiens. Ils n'acceptent pas les référentiels car ils se sentent peu impliqués dans les discussions de consensus. Ils ont peu d'occasions d'adapter les propositions de changement dans leur propre pratique. Les référentiels ne cadrent peut-être pas avec leur opinion et leur conception du métier.

### *Traits personnels*

Plusieurs caractéristiques du médecin peuvent avoir un rôle important.

**Age et expérience** : les vieux médecins ont plus de problèmes que leurs jeunes confrères pour accepter les informations nouvelles.

**L'adhésion à une organisation professionnelle** permet généralement d'être mieux informé et d'accepter plus facilement les innovations.

**La manière d'apprendre** : les médecins diffèrent beaucoup dans leur manière d'apprendre. Certains apprennent de nouvelles données de manière théorique, d'autres par des démonstrations ou par expérience.

**Confiance en soi** : une différence importante existe entre les médecins dans leur certitude d'agir en bonne conformité avec les référentiels et d'obtenir les résultats attendus.

**L'acceptation du changement** : certains médecins sont plus ouverts aux informations nouvelles, plus prêts à prendre des risques et plus enclins à essayer de nouvelles attitudes que d'autres médecins. Les groupes "adopteurs précoces", "majorité moyenne" et "adopteurs tardifs" doivent être bien distingués. Ils peuvent différer dans leurs besoins, dans leurs caractères personnels, dans leurs valeurs, dans leur manière de communiquer et d'apprendre.

## OBSTACLES AU NIVEAU DES METHODES DE TRAVAIL

Les généralistes ne travaillent pas de manière complètement indépendante. Les décisions sont le résultat de discussions et de négociations avec d'autres intervenants (équipe soignante, patient, autres dispensateurs de soins). Ces discussions peuvent avoir une influence majeure sur l'action du médecin. Toutes sortes de facteurs matériels liés à la pratique quotidienne ont également un impact important.

**Facteurs sociaux** : les patients peuvent avoir des avis et des demandes différentes. Ils peuvent refuser de coopérer ou le médecin peut craindre qu'ils refusent de coopérer. Les collègues, l'équipe soignante, d'autres dispensateurs de soins, les leaders d'opinion dans l'environnement social du médecin peuvent désapprouver les changements proposés.

L'environnement de certains médecins est conservateur et s'oppose aux idées nouvelles et aux référentiels. Un médecin travaillant seul s'implique rarement dans une dynamique professionnelle. Les solitaires semblent recevoir moins d'informations et semblent changer moins que leurs collègues ayant l'habitude de collaborer étroitement avec les autres dispensateurs de soins.

**Facteurs logistiques et structurels** : les prérequis pour changer peuvent ne pas être valables dans la pratique, ou les référentiels peuvent demander un investissement supplémentaire en temps ou en argent. Le changement proposé peut interférer avec les routines existantes ou réclamer des dérangements dans l'organisation du travail.

De plus les infrastructures locales ou les lois peuvent interférer avec le changement proposé. Chacun de ces obstacles au changement peut s'opposer à l'adoption de référentiels et à l'accomplissement des améliorations nécessaires en médecine générale.

Aux Pays-Bas, le Collège Hollandais des Médecins Généralistes s'est impliqué dans la mise en place de référentiels nationaux depuis 1987. Une procédure rigoureuse, durant plus d'un an, a été utilisée pour développer des référentiels sur une base scientifique et avec une bonne acceptation des généralistes. Depuis 1985, 25 référentiels ont été publiés dans une revue scientifique.

Un référentiel concernant la gestion de l'entorse de cheville précise que le généraliste peut porter le diagnostic et réaliser le traitement dans sa pratique quotidienne. Les radios ou l'avis du chirurgien sont rarement nécessaires. Une étude d'un échantillon randomisé de 500 généralistes (réponse à 64 %) fut réalisée afin d'évaluer les obstacles et les problèmes rencontrés par les médecins dans l'application de cette référence concernant la cheville.

En particulier, les obstacles liés à l'environnement du médecin semblent empêcher l'application de cette référence. La majorité des répondants voient l'attitude des patients dans ce cas comme un frein à l'application de la référence. (Tableau1)

<b>Tableau 1 : Problèmes rencontrés par 320 généralistes pour l'application du référentiel du l'entorse d la cheville</b>	
	<b>% de répondants</b>
- Les patients vont souvent directement à l'hôpital	83 %
- Les patients désirent autre chose	69 %
- Les patients ont des doutes sur la compétence du MG	60 %
- Je ne connais pas la technique de contention	54 %
- Le spécialiste s'occupe souvent du traitement	53 %
- Mes collègues font différemment	38 %
- Charge de travail trop importante durant le week-end de garde	28 %
- Connaissances insuffisantes	24 %

## II – LES INTERVENTIONS EFFICACES

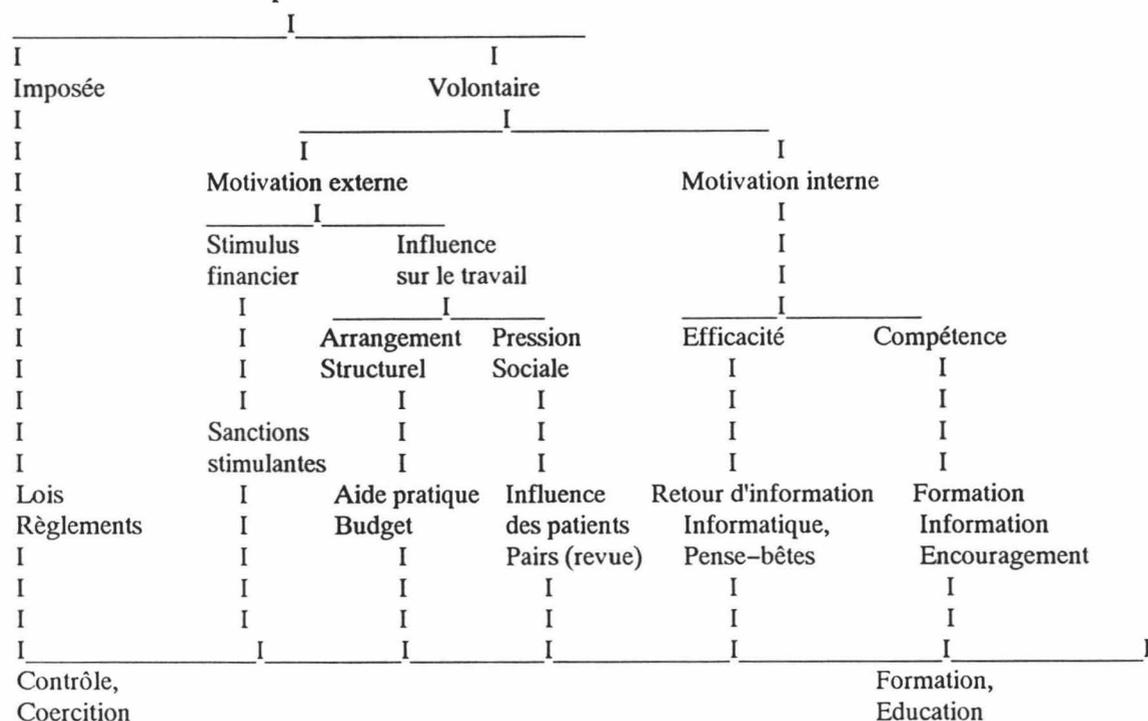
Il n'existe pas de stratégie idéale. De nombreux facteurs et obstacles jouent un rôle important dans le processus de changement. De plus les médecins et leurs pratiques diffèrent au niveau des besoins, de l'expérience, des méthodes d'apprentissage. Il est donc nécessaire d'utiliser une combinaison des différentes méthodes pour réussir l'implantation de référentiels. Des interventions intensives, longues dans lesquelles le message est répété encore et encore, sont nécessaires. Une implantation efficace de référentiels nécessite une approche aussi bien écrite que personnelle. L'utilisation des mass-média comme l'utilisation de petits groupes est aussi importante que des interventions visant à changer les connaissances, les gestes techniques, les comportements. Ces interventions doivent viser les obstacles existants à l'implantation de référentiels et doivent s'adresser à plusieurs niveaux : national, local et celui de la pratique quotidienne.

### UN MELANGE D'INTERVENTIONS

Les méthodes pour diffuser et implanter les références en pratique peuvent aller d'une approche coercitive à une approche volontaire (tableau2). Généralement une approche coercitive et formatrice est nécessaire pour achever l'implantation de la référence.

Lorsque le groupe visé perçoit le référentiel comme un besoin, l'approche formatrice est suffisante. Mais lorsque les médecins se montrent plus résistants ou lorsque les référentiels nécessitent un investissement de leur part, d'autres politiques sont quelque fois nécessaires pour compléter l'intervention.

**Tableau 2 : Facteurs impliqués dans une implantation réussie de référentiels en pratique**  
Actions d'implantation



En se souvenant de la diversité du groupe visé, composé d' "innovateurs", d' "adopteurs précoces", de "majorité", d' "adopteurs tardifs", les différentes interventions ont plus de chance d'être efficaces en ciblant un sous-groupe précis. Pour les "*adopteurs précoces*", l'information scientifique peut être suffisante. La "*majorité*" sera particulièrement sensible à l'influence des pairs et à l'opinion des personnes-clés de leur environnement social. Par contre, les "*adopteurs tardifs*" nécessiteront un stimulus supplémentaire sous la forme d'incitation financière, de règlements ou de lois (Tableau 3).

**Tableau 3 : Caractéristiques des différents groupes de médecins et approches pour implanter les référentiels.**

	<b>Adopteurs précoces</b>	<b>Majorité</b>	<b>Adopteurs tardifs</b>
Point fort	Leader d'opinion, modèles	Sceptique, discussion	Conservateur, solitaire
Motivations pour changer	Y voient intrinsèquement un avantage	Besoins sociaux, relations avec les pairs	Pression extérieur, force
Actions dirigés vers.....	Connaissance	Motivation, attitudes	Comportement
Interventions	Ecrits, arguments scientifiques, sources crédibles	Leaders d'opinion, pairs, renforcement par le milieu social	Règlements, lois, sanctions, incitations

Les méthodes pour implanter les référentiels en médecine générale ont une efficacité résumée dans le **tableau 4**

<b>Tableau 4 : Efficacité des interventions destinées à changer le comportement</b>		
Education, Formation	- Envoi par courrier, revues, médias	Efficacité -
I	- Formation médicale continue, cours,	+/-
I	- Formation interactive, individuelle	+
I	- Audit et retour d'information (ordinateur)	+/-
I	- Pense-bêtes (ordinateur)	+
I	- Revue par les Pairs, cercles de qualité	+
I	- Influence des patients	?
Contrôle	- Amélioration structurelle	?
Coercition	- Sanctions, incitations	+/-
	- Lois, règlements, certification	?

**Les écrits formateurs** : De nombreuses études indiquent à l'évidence que les articles dans les revues, l'information écrite, les brochures de formation, les mass-médias utilisés seuls pour diffuser une information nouvelle n'ont rigoureusement aucun effet sur la pratique médicale.

**La Formation Médicale Continue et les groupes de formation** : comme les cours, la formation aux gestes techniques peut améliorer les connaissances si elle est réalisée pendant une période prolongée. Certaines études montrent que la FMC est insuffisante pour changer les pratiques tandis que d'autres lui reconnaissent un effet sur le comportement. Lorsque l'information donnée aux médecins est associée à des discussions en petits groupes, à une mise en évidence des lacunes, l'efficacité de la formation est améliorée.

**La Formation en tête à tête** : elle inclut des visites courtes de collègues formateurs ou de conseillers qui peuvent être efficaces pour changer les pratiques. Ces visites se montrent plus efficaces que les autres interventions formatrices. Cette efficacité augmente d'avantage lorsque les visites sont réalisées par des confrères respectés et compétents (le modèle du meilleur ami), que lorsqu'il s'agit de non-médecins.

**L'audit et le retour d'information** renforcent l'acte médical en recueillant des données et en fournissant des informations positives ou négatives sur cet acte. Quelques études montrent que l'acte médical associé à un retour d'information permet de changer la pratique médicale. Le retour d'information personnalisé est supérieur au retour généralisé. Cependant d'autres études lui trouvent un effet moins positif. Le retour d'information est probablement plus efficace quand il est réalisé directement après l'acte et en continu de manière à empêcher les médecins de reprendre d'anciennes habitudes.

En particulier, l'audit et le retour d'information par des pairs respectés dans le cadre d'une stratégie plus large seraient très efficaces pour introduire et implanter des référentiels.

**Pense-bêtes** : Avant ou pendant la réalisation de certains actes, le médecin garde à l'esprit (par un assistant, un ordinateur ou autre) que certains comportements doivent (ou ne doivent pas) être réalisés. C'est un sujet de recherche à développer, certaines études montrant que les pense-bêtes contribuent à influencer l'acte médical, surtout lorsqu'ils sont associés à d'autres méthodes.

**L'audit par les pairs et les cercles de qualité** : L'influence et la pression au sein du milieu social sont considérées comme efficaces pour provoquer un changement des pratiques. La plupart des gens sont sensibles à l'opinion, aux idées de leurs pairs, particulièrement quand ils agissent comme des leaders d'opinion ou des personnes-clés. La coopération de ces personnes-clés doit être recherchée en premier afin d'implanter des changements dans les pratiques au niveau d'une région, d'un centre de santé ou d'un médecin. Ces personnes peuvent servir de modèles pour convaincre les autres médecins.

Pour convaincre les médecins irlandais de participer à ces groupes de pairs, cette approche a permis une participation de 90 %. Dans de nombreuses études **les groupes de pairs ont prouvé leur efficacité pour modifier les pratiques**. Dans ces études, les pairs faisaient partie d'une approche plus globale comprenant plusieurs méthodes (cercles de qualité, formation, discussion en groupe, retour d'information).

Une méthode d'audit par les pairs prometteuse est **la visite par des confrères**. Elle a montré son intérêt en Grande-Bretagne, au Canada, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, particulièrement pour tester les nouveaux formateurs en formation initiale. Malheureusement, les résultats d'études plus précises ne sont pas encore connus.

**L'influence des patients** peut avoir un rôle sur la pratique quotidienne et sur l'implantation des référentiels, par exemple par l'étude des plaintes, par l'information des patients sur l'existence de nouveaux référentiels, par le recueil de leurs attentes, de leur statut social et avec retour d'information aux médecins. Bien que les résultats de recherche ne soient pas encore nets, cette approche semble prometteuse.

**Arrangements structurels** : Dans certaines situations, les obstacles à l'implantation des référentiels sont surtout liés à des aspects matériels –par exemple la charge de travail, l'aménagement pratique, les ressources financières. Dans ces cas, fournir une aide temporaire ou continue peut être décisif pour réussir le changement souhaité.

Cohen montrera que l'examen par le médecin du pied des diabétiques était réalisé trois fois plus souvent lorsqu'un assistant voyait le malade avant lui pour lui enlever ses chaussures et ses chaussettes. Développer un personnel spécialisé et entraîné semble prometteur.

L'utilisation de logiciels médicaux pour aider à la décision en médecine générale peut être très important pour aider à l'implantation de nouveaux référentiels. Une recherche plus importante sur ce sujet est nécessaire.

**Les barrières au sein de l'acte médical :** Une forme particulière d'arrangement structurel est l'utilisation de barrières pour obliger le médecin à suivre les références. Le médecin doit suivre la référence ou justifier son non-suivi avant la réalisation d'un acte spécifique, pour que celui-ci soit accepté ou rémunéré. Le changement de présentation de test de laboratoire influence leurs prescriptions dans certaines études, mais pas dans d'autres.

**Incitations ou sanctions :** Depuis les années 1970, un bonus a été offert aux médecins dans de nombreux pays, afin de réaliser des actes moins onéreux. Les opinions sur la valeur des incitations ou des sanctions financières pour implanter une nouvelle information en pratique médicale diffèrent grandement. Les médecins semblent sensibles aux incitations financières et aux plus-values induites.

Hillman conclut que quelques –mais pas toutes– incitations financières, influencent le comportement des médecins. Cependant l'effet diminue progressivement par habitude. Lorsque les médecins ont un intérêt matériel pour une procédure spécifique, ils l'utiliseront plus souvent. Cependant des résultats discordants ont été trouvés par d'autres études.

Pour Horder, le dépistage du cancer du col et les acte de vaccination par les généralistes britanniques furent une réussite de cette stratégie. En effet, le nombre de ces actes augmenta après l'introduction d'une récompense financière.

**Règlements et Lois :** Finalement, l'implantation de référentiels en médecine générale peut être réalisée par la coercition ou l'obligation aux travers de règlements et de lois. Ces méthodes sont utilisées par les gouvernements ou les caisses maladie dans la plupart des pays –par exemple la prescription de traitement est réduite dans beaucoup de pays; l'accréditation et la recertification sont des méthodes similaires. Une régulation de cette sorte peut être une des méthodes les plus puissantes pour influencer le comportement, mais les effets à long terme ne sont pas clairs. Développer une évaluation fiable, pertinente, valide et des procédures de recertification obligatoire va nécessiter une recherche supplémentaire.

Même si nous réussissons à les développer, il y a d'autres problèmes plus fondamentaux, liés aux méthodes coercitives et à la recertification des médecins basées sur des référentiels de qualité. Ils sont bien décrits par Berwick. Se basant sur l'expérience en industrie, il argue que l'identification à des médecins peu performants ("les mauvais fruits") conduira à de la frustration, de la colère, de la peur dans le groupe visé. Sous la pression ils vont certainement collaborer mais ils vont aussi essayer de saboter ou de tricher avec les références. D'ailleurs une procédure est d'autant plus onéreuse et inefficace qu'elle est dirigée seulement sur une petite partie du groupe visé. Berwick favorise une approche "d'amélioration constante" dirigée vers tous les médecins. Une recherche est nécessaire pour valider cette approche.

Ayant identifié les interventions potentiellement efficaces et ayant déterminé que la meilleure approche est une combinaison des diverses méthodes visant chacune un obstacle spécifique, nous pouvons nous interroger sur l'effet attendu de l'implantation de référentiels en médecine générale et sur le niveau d'action.

**Le tableau 5** résume les approches possibles. A différents niveaux, les cibles, les personnes ou les organisations ayant la responsabilité principale dans l'amélioration des soins en médecine générale sont différentes. Relier les stratégies de différents niveaux entre elles permettra d'accroître la probabilité d'implanter les changements nécessaires en médecine.

### III – CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Changer la pratique médicale pour améliorer les soins est l'étape la plus complexe dans le système d'assurance qualité : "A mon avis, la possibilité d'induire des changements comportementaux est le plus important, même si c'est le moins explicable des problèmes pour produire de la qualité aujourd'hui" fut l'opinion de Donabedian. Beaucoup d'habitudes en médecine sont basées sur des réactions automatiques. Les généralistes ne diffèrent pas fondamentalement des patients qui ont des réticences pour suivre les prescriptions de leur docteur ou pour changer de style de vie. Pourtant, les problèmes liés au changement ne concernent pas que les personnes.

Souvent la mise en place matérielle est le point crucial du processus.

Donc réussir un changement en médecine est un but qui doit être atteint d'une manière créative et variée.

**Tableau 5 : Canevas pour implanter des référentiels en médecine générale**

OU ? (niveau)	BUT	QUI ?	COMMENT ?
<b>Central (National ou régional)</b>	* Créer des conditions favorables * Développer des méthodes et des programmes	* Organisation professionnelles * Gouvernement * Assurance maladie, * Association de FMC * Instituts de Recherche	* Publications des résultats de recherche et des référentiels * Envoi des référentiels * Conférence, cours sur les réf. * Incitation financières, sanctions * Accréditation, recertification
<b>Local</b>	* Arrangements locaux, * FMC locale, * Influencer les structures locales	* Médecins locaux, * Spécialistes * Autres paramédicaux * Comités locaux	* FMC locale, * Groupes de discussion sur les référentiels * Revue par les pairs, * Leaders d'opinion, * Personnes-clés * Réunions de consensus * Accords avec les autres dispensateurs de soins
<b>Cabinet médical</b>	* Améliorer la qualité avec tous les membre du cabinet	* Médecins, * Personnel	* Fixer les objectifs * Audit des pratiques et retour d'information * Accord structurels, Cercles de qualité * Questionnaires des patients
<b>Individuel</b>	* Formation continue individuelle * Changement	* Médecins, * Autres paramédicaux	* Lecture, cours * Audit interne, * Retour d'information, * Pense-bêtes * Formation aux gestes techniques

L'analyse de la littérature actuelle nous enseigne plusieurs leçons importantes,

- un processus d'amélioration continue doit être engagé à plusieurs niveaux (central, local, cabinet médical et individuel).
- une combinaison des méthodes et des programmes doit être réalisée; ils doivent viser un obstacle spécifique au changement sur des groupes ciblés de la profession.
- La formation en tête-à-tête, le retour d'information par des pairs respectés (dans des groupes de pairs, des cercles de qualité ou des visites au cabinet) associés à des supports concrets (aide, stimuli financiers) semble être particulièrement efficaces pour améliorer la qualité des soins.

Cependant des recherches plus importantes sont nécessaires pour juger de leur efficacité surtout en ce qui concerne le rôle des patients et l'impact de l'informatique pour implanter des référentiels en médecine générale. Les études actuellement disponibles ont souvent des biais méthodologiques, les interventions sont difficilement comparables et il manque beaucoup d'informations sur les résultats en terme de santé publique.