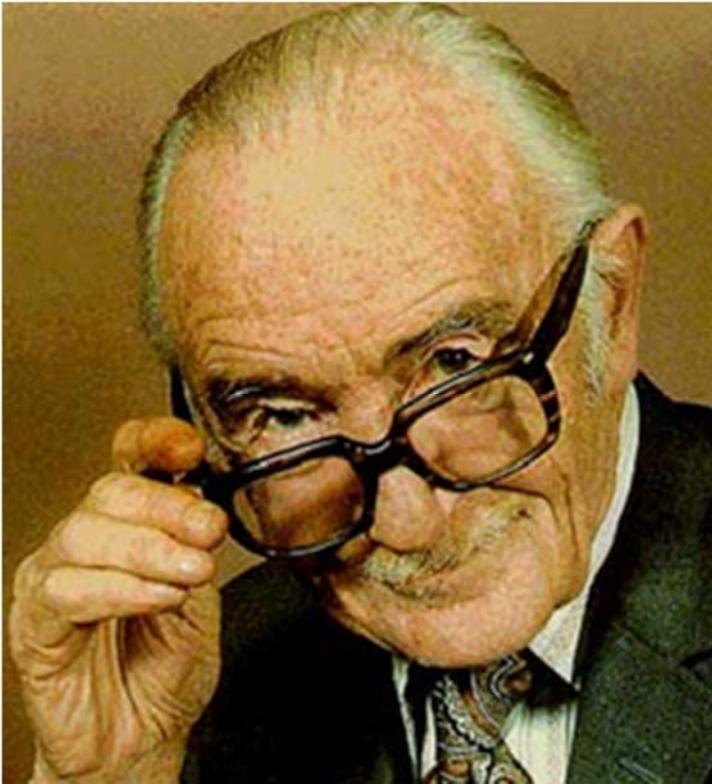


## SYNTHÈSE

# VERS UN PLAN INTÉGRÉ D'ÉVIDENCE-BASED PRACTICE EN BELGIQUE – 2<sup>E</sup> PARTIE : IMPLÉMENTATION ET GESTION DES PERFORMANCES





## SYNTHÈSE

# VERS UN PLAN INTÉGRÉ D'ÉVIDENCE-BASED PRACTICE EN BELGIQUE – 2<sup>E</sup> PARTIE : IMPLÉMENTATION ET GESTION DES PERFORMANCES

MARIJKE EYSEN, NADIA BENAHMED, DOMINIQUE PAULUS





## ■ PRÉFACE

En juin 2016, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a transmis au KCE une note conceptuelle soulignant le besoin de renforcer la politique belge en matière de « Pratiques Evidence Based » (EBP) et lui confiant la mission de développer un « Plan EBP » au niveau fédéral. Plan qui concernait, dans un premier temps, les prestataires de soins de première ligne – le concept de « prestataires de soins » étant ici à interpréter au sens large car toutes les disciplines de première ligne devaient y être incluses.

Avec cette seconde synthèse, nous complétons le rapport qui trace ce plan EBP, la première synthèse étant consacrée à la gouvernance. En effet, la note de la Ministre demandait qu'une attention particulière soit accordée à la mise en œuvre sur le terrain des guidelines et autres produits EBP, car tant la trajectoire des recommandations vers les utilisateurs finaux que leur utilisation en pratique quotidienne méritent encore de considérables efforts d'amélioration.

C'est d'ailleurs assez surprenant, car les autorités de santé belges mettent depuis longtemps de nombreux guidelines à la disposition de la première ligne. Mais suivre des recommandations de bonne pratique implique parfois des changements de comportement...qui sont parfois difficiles à opérer. Toutes sortes de processus psychologiques et de facteurs contextuels interviennent, sur lesquels les éclairages que nous apportent des disciplines comme la psychologie, la communication et le marketing ne doivent pas être négligés.

Il est également important de s'assurer que le plan EBP est efficace et qu'il atteint bien ses objectifs. Cela nécessitera que l'on se soucie en continu d'évaluation, de feedback et d'amélioration, et cela commence par la définition des objectifs et priorités les plus judicieux. Ces aspects sont également abordés dans cette partie du rapport.

Nous tenons à souligner ici que le succès du Plan EBP repose entre autres entre les mains des professionnels de la première ligne. Ce sont eux qui, au quotidien, s'emploient à prodiguer à leurs patients des soins de qualité. Sans leur participation, ce plan EBP ne pourra pas se concrétiser.

Les fondements scientifiques des deux parties du rapport sont structurés en cinq chapitres dans le rapport scientifique. Nous avons bénéficié pour tout ce travail de l'expertise du groupe Technopolis Group et de l'Antwerp Management School. Qu'ils en soient ici remerciés.

Nous vous souhaitons une agréable lecture!

Marijke EYSEN  
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD  
Directeur Général a.i.



## ■ SYNTHÈSE

### TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	SYNTHÈSE .....	2
1.	CONTEXTE .....	4
2.	QU'EST-CE QUE L'IMPLÉMENTATION DES GUIDELINES?.....	5
2.1.	DISSÉMINATION OU IMPLÉMENTATION ?.....	5
2.2.	IMPLÉMENTABILITÉ .....	6
3.	COMMENT ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT ? .....	8
3.1.	UNE QUESTION D'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE .....	8
3.2.	GESTION DURE, GESTION DOUCE.....	8
3.3.	STRUCTURER UN CHANGEMENT CONTINU : LES RÉSEAUX D'EXPERTS .....	9
3.4.	MOBILISER LA DISPOSITION AU CHANGEMENT.....	10
4.	QUELLES SONT LES STRATÉGIES D'IMPLÉMENTATION EFFICACES? .....	11
4.1.	PRINCIPES GÉNÉRAUX.....	11
4.2.	STRATÉGIES D'IMPLÉMENTATION EXISTANTES DANS LES SOINS DE SANTÉ .....	11
4.3.	STRATÉGIES D'IMPLÉMENTATION ISSUES DES SCIENCES SOCIALES .....	12
4.3.1.	The Alliance for Useful Evidence .....	12
4.3.2.	Quelques concepts émergents en sciences sociales .....	15
5.	ÉVALUATION ET GESTION DES PERFORMANCES DU PROGRAMME EBP .....	17
5.1.	LE MODÈLE LOGIQUE.....	18
5.2.	DEUX EXEMPLES D'APPLICATION DU MODÈLE LOGIQUE À L'IMPLÉMENTATION DE L'EBP.....	19
5.2.1.	L'exemple de SIGN pour l'évaluation de l'implémentation au niveau macro.....	19
5.2.2.	L'exemple de NICE pour l'utilisation d'indicateurs de performances des guidelines.....	21



- 5.3. APPROCHE PRAGMATIQUE POUR UNE APPLICATION DU MODÈLE LOGIQUE À LA GESTION DES PERFORMANCES DU PROGRAMME EBP BELGE..... 21
- 6. OPÉRATIONNALISATION DES STRATÉGIES D'IMPLÉMENTATION ET D'ÉVALUATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME EBP ..... 22**
- 6.1. DÉVELOPPER DES PLANS DE DISSÉMINATION ET D'IMPLÉMENTATION ..... 22
- 6.2. RENFORCER LA PLATEFORME DE DISSÉMINATION ..... 23
- 6.3. CRÉER UNE PLATEFORME D'IMPLÉMENTATION ET Y IMPLIQUER LES SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES ..... 23
- 6.4. INTÉGRER LE RÔLE DES PLATEFORMES DE DISSÉMINATION ET D'IMPLÉMENTATION ..... 24
- 6.5. CRÉER DES RÉSEAUX D'EXPERTS POUR SOUTENIR LE CHANGEMENT ..... 24
- 6.6. CRÉER UNE PLATEFORME D'ÉVALUATION..... 24
- 6.7. POUR L'AVENIR... ..... 25
- **RÉFÉRENCES ..... 26**



## 1. CONTEXTE

En Belgique, comme le soulignait déjà en 2013 le rapport 212 du KCE<sup>1</sup>, de nombreuses organisations sont actives tant dans le développement que dans la dissémination de guidelines, mais sans coordination particulière. Le paysage est donc assez confus pour les utilisateurs et l'allocation des financements publics manque de cohérence. Néanmoins, des progrès importants ont déjà été faits : il existe un groupe de travail réunissant les développeurs de guidelines pour les soins de 1<sup>re</sup> ligne (groupe de travail « Réalisation de recommandations de première ligne ») et une plate-forme qui centralise la diffusion et la dissémination de ces guidelines (EBMPracticeNet). Mais l'applicabilité des guidelines, leur communication vers les utilisateurs finaux et leur mise en pratique restent problématiques. Il manque également un plan de gouvernance global pour coordonner ce processus (y compris la hiérarchisation des priorités et les flux de financement).

En juin 2016, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a transmis au KCE une note conceptuelle qui jette les bases d'un « **Plan fédéral Evidence Based Practice** », et lui a demandé de développer ce plan. Dans cette note conceptuelle, il est stipulé qu'une **attention particulière devrait être apportée à l'implémentation sur le terrain des guidelines** et autres produits EBP.

En effet, si ces dernières décennies ont vu naître et progresser la médecine basée sur les preuves (*Evidence-Based Medicine* - EBM), bientôt élargie à la pratique basée sur les preuves (*Evidence-Based Practice* - EBP), la phase d'implémentation en est restée le parent pauvre. D'après une étude menée en 2004<sup>2</sup>, 99% des budgets de la recherche médicale sont dévolus à la compréhension de la biologie des maladies et au développement de traitements efficaces, contre 1% consacrés à déterminer la meilleure façon d'implémenter ces traitements dans les pratiques de routine – ce qui est déjà un progrès depuis 1977, où ce dernier chiffre était de 0,25%<sup>3</sup>. En 2013, le rapport 212 du KCE concluait pour sa part: “*Only few experiences relate to the evaluation of the impact on the practice. All interviewees regret that so much time, energy and financial resources were spent to develop and disseminate Clinical Practice Guidelines (CPG) without knowing whether these strategies have an impact on change of practice or not.*”<sup>1</sup>

En d'autres mots, on s'est beaucoup préoccupé, jusqu'ici, de développer des guidelines, mais on n'a guère accordé d'attention à la manière dont ils étaient adoptés et implémentés sur le terrain, ni à l'évaluation de leur impact, à savoir les bénéfices en termes de santé pour le patient. Or, sans efforts de mise en œuvre (implémentation) adéquats, les interventions de santé les plus efficaces n'aboutissent pas à des bénéfices pour le patient, comme illustré par le schéma ci-dessous.

**Figure 1 – Efficacité et efficience des pratiques d'implémentation**

**Impact = interventions efficaces \* implémentation efficace**

		Effectiveness of <i>Implementation Practices</i>	
		Effective	Ineffective
Effectiveness of <i>Intervention Practices</i>	Effective	Good Implementation Outcomes Good Consumer Outcomes	Poor Implementation Outcomes Poor Consumer Outcomes
	Ineffective	Good Implementation Outcomes Poor Consumer Outcomes	Poor Implementation Outcomes Poor Consumer Outcomes

Source: Fixsen et al., 2005<sup>4</sup>

La synthèse de la première partie de ce rapport décrit la conception du Programme EBP belge et le modèle de gouvernance choisi pour sa mise en œuvre (uniquement pour les soins de 1<sup>re</sup> ligne dans un premier temps). Cette seconde partie propose donc les bases conceptuelles et opérationnelles nécessaires au développement d'une **stratégie centrale pour l'implémentation de l'EBP** en Belgique.



Dans cette synthèse, après un rappel de quelques notions théoriques sur l'implémentation et l'implémentabilité des guidelines dans les soins de santé, nous consacrerons un chapitre aux théories sur l'accompagnement du changement organisationnel et sur la disposition au changement. Il est en effet primordial d'accorder de l'attention à ces phénomènes dynamiques, sous peine de passer à côté du but d'un projet de l'envergure du programme EBP.

Nous tenterons ensuite de cerner les stratégies d'implémentation qui ont fait leurs preuves. À cet effet, nous (re)passerons en revue la littérature relative à l'implémentation de guidelines, mais nous élargirons notre regard à d'autres disciplines du registre des sciences sociales, comme la psychologie, la communication, le marketing social ou les sciences de gestion.

Enfin, dans la dernière section de ce rapport, nous nous pencherons sur **l'évaluation des performances du programme EBP**. Il est en effet essentiel de s'assurer que les objectifs des démarches entreprises dans le cadre du programme EBP seront effectivement rencontrés. Nous développerons un modèle logique en nous inspirant des exemples britannique (NICE) et écossais (SIGN) pour tracer des pistes en vue de l'opérationnalisation du programme EBP en Belgique.

## 2. QU'EST-CE QUE L'IMPLÉMENTATION DES GUIDELINES?

### 2.1. Dissémination ou implémentation ?

La **dissémination** désigne la distribution activement ciblée de l'information EBP vers un public spécifique – elle ne doit pas être confondue avec la **diffusion**, qui est une propagation spontanée (passive) des connaissances.

L'**implémentation** désigne l'utilisation de stratégies visant à favoriser l'adoption et l'intégration des guidelines et autres produits EBP dans les pratiques de routine. Cela implique d'identifier les obstacles à cette mise en pratique et de proposer des solutions pour les contourner.

La **distinction entre dissémination et implémentation** est parfois difficile à faire, à tel point que certains auteurs fusionnent les deux dans un seul et même concept. Nous avons pris le parti de considérer que la dissémination est une question d'outils, de canaux et de techniques utilisés pour **communiquer** l'information, tandis que l'implémentation correspond à la mise en œuvre de stratégies visant à **modifier les comportements** des prestataires de soins afin d'aboutir au transfert effectif de ces informations dans les pratiques. Il y a inévitablement des chevauchements entre les deux concepts. Dans le présent rapport, il sera essentiellement question de l'implémentation ; les aspects de dissémination seront cependant pris en compte lorsque ce sera pertinent.



## 2.2. Implémentabilité

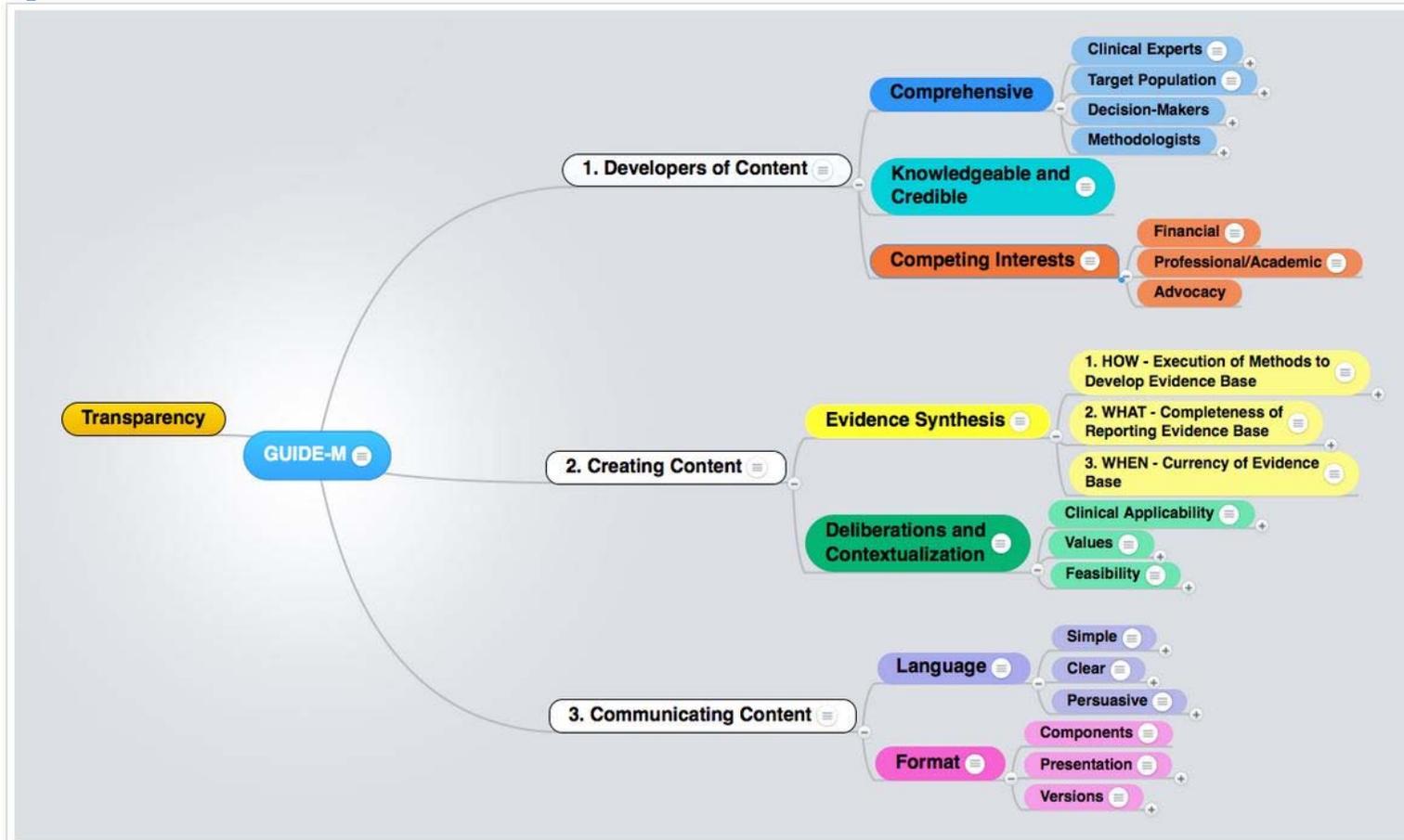
Une troisième notion importante est **l'implémentabilité** : il s'agit de l'ensemble des caractéristiques d'un guideline qui « prédisent la facilité (et les obstacles) à son implémentation ». Certaines de ces caractéristiques sont intrinsèques au guideline – et donc sous le contrôle des développeurs – et certaines sont liées à l'ensemble du cycle de vie du guideline (voir synthèse de la partie 1 de ce rapport) ou au système de soins dans lequel on souhaite implémenter l'intervention. De nombreux modèles ont été développés pour expliquer les mécanismes qui font que l'implémentation d'un guideline est un succès ou non. Certains sont présentés en détail dans le rapport scientifique (parties 1 et 4). Nous rappellerons uniquement ici le modèle Guide-M<sup>5</sup>, car il vise précisément à **optimiser le rôle des différents acteurs de l'EBP en vue de la réussite de l'implémentation**.

Le modèle Guide-M part du principe que **l'implémentation d'un guideline ne débute pas une fois le produit fini**, mais qu'elle doit être pensée et prévue **dès sa phase de développement**. Le modèle définit **7 points d'attention** impliquant **tous les acteurs** dès le début d'un processus de développement de guideline afin de maximiser l'implémentabilité du produit final (voir figure 2).

**Dans l'état actuel des connaissances, ce modèle assez récent devrait servir de modèle de base pour le programme belge d'EBP.**



Figure 2 – Le modèle GUIDE-M<sup>5</sup>





### 3. COMMENT ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT ?

#### 3.1. Une question d'identité professionnelle

Pour beaucoup de professionnels de la santé, le programme EBP représentera une évolution majeure, un nouveau regard sur leur pratique quotidienne. Et aussi une pression car ils devront adapter leur manière actuelle de fonctionner, souvent très autonome. Il ne faut pas sous-estimer **la menace que cela représente pour leur sentiment d'identité professionnelle**.

Les études en psychologie et en sciences sociales montrent qu'une menace sur l'identité génère de la **résistance au changement**. Il faut donc s'attendre à ce que les professionnels confrontés à un tel sentiment n'accueillent pas favorablement le programme EBP et soient réticents à en adopter les guidelines. De nombreux travaux font également valoir que les menaces et les conflits relatifs au sentiment d'identité peuvent avoir un impact négatif important sur le fonctionnement global des individus : diminution du sentiment d'appartenance (au groupe professionnel) et d'efficacité personnelle, anxiété, pensées négatives, avec à la clé une perte de performance (voir le rapport scientifique - partie 3).

Pour faire face à de telles situations, les théories sur l'adaptation au changement préconisent de combiner deux dynamiques de gouvernance complémentaires : le *sense breaking* et le *sense giving*.

- Le ***sense breaking*** consiste à faire entendre le message que « les choses doivent changer » et à clarifier le changement qui s'impose (en précisant le calendrier, le budget, les indicateurs, les mesures prévues, etc.). En effet, si le changement à venir n'est pas clairement compris, les individus veulent le négocier, justifier leurs anciens comportements et finalement maintenir le statu quo. Le *sense breaking* interroge l'identité, accentue les lacunes dans les compétences, crée des tensions, des émotions négatives comme colère et incertitude.

- Il doit être aussitôt complété par le ***sense giving***, qui soutient la reconstruction de la nouvelle identité. Il s'agit de soutenir, d'aider, de reconnaître, de faire confiance, d'habiliter.
- La **combinaison des deux** permet aux individus de reconstituer leur narratif identitaire. C'est ce que l'on appelle la « prise de sens » : le changement revêt un sens à leurs yeux, ils l'interprètent et l'intègrent dans leur nouvelle identité professionnelle.

#### 3.2. Gestion dure, gestion douce

Le choix d'une stratégie de gestion du changement dépend du type et de la complexité de la situation à modifier.

- Les **problèmes « durs »** sont des problèmes clairement définis, où les stakeholders partagent des visions communes.
- Les **problèmes « mous »** sont plus controversés, et comportent un degré important d'implication émotionnelle de la part des stakeholders.

Les problèmes « durs » appellent une gestion du changement « dure » : on définit des objectifs clairs et on identifie ensuite la manière optimale de les atteindre. Cela peut se faire assez rapidement. Il s'agit quasi toujours d'approches top-down, qui nécessitent une planification et un contrôle strict. Par exemple, dans le cadre du programme EBP, la mise en place du schéma organisationnel décrit dans la synthèse de la première partie de ce rapport, c'est-à-dire la transition depuis la situation actuelle vers la nouvelle structure de gouvernance (Network Administrative Organisation, NAO), est un problème qui pourra être appréhendé par une gestion de changement « dure », avec définition d'objectifs quantifiés, planification de stratégies adéquates, évaluation des résultats, le tout dans une approche top-down.



Les problèmes « mous » demandent une approche du changement plus *soft*, mettant l'accent non seulement sur le contenu et la maîtrise du changement mais aussi **sur les processus mis en œuvre pour y parvenir**. Cette approche doit alors prendre en compte le sentiment d'appartenance, la communication et l'implication des acteurs du changement. Une gestion du changement « douce » est donc plus lente à mettre en place ; il s'agit également d'une approche top-down, mais elle prend en compte les inputs bottom-up et les feedbacks. Par exemple, l'implémentation des guidelines et autres produits EBP auprès des professionnels de terrain est une problématique essentiellement « molle » qui nécessite de tenir compte du fait qu'on ne peut pas forcer un tel changement et que celui-ci implique une charge émotionnelle importante.

À côté des problèmes « durs » et « mous », les organisations doivent parfois faire face à des **problèmes complexes** (également appelés « problèmes pernicious » – *wicked problems*). Il s'agit alors de problématiques dynamiques, interconnectées, impliquant des acteurs/institutions eux-mêmes complexes. Dans ce cas, la meilleure stratégie est d'adopter une gestion du changement elle aussi complexe, c'est-à-dire qui ne suit pas un processus clairement défini mais propose plusieurs leviers de changement. Une telle gestion complexe du changement ne peut pas être conduite top-down ; c'est plutôt un processus décentralisé, dont l'initiation et le pilotage sont répartis à travers tout le système. Un tel processus est impossible sans obtenir l'adhésion – le sentiment d'appartenance – des utilisateurs finaux ; pour y parvenir, il faut que ce sentiment s'installe progressivement durant tout le processus de changement. C'est un système « vivant » où tous les individus s'adaptent constamment aux changements qui se produisent autour d'eux. Dans ce type de changement, ce sont les professionnels eux-mêmes qui prennent le leadership ; ils doivent donc être soutenus comme leaders informels. Ce **leadership partagé**, où le leadership est la propriété du groupe, est caractérisé par une prise de décisions collective par les membres du groupe. Ce type de leadership partagé sera également important pour l'implémentation de l'EBP sur le terrain.

En pratique, la stratégie la plus appropriée serait de mettre en place une approche top-down prenant en compte les inputs bottom-up et les feedbacks (gestion douce) pendant la phase de démarrage des actions visant à améliorer l'implémentation de l'EBP en Belgique. Cette première phase sera en effet la plus délicate, puisqu'il s'agira de convaincre les prestataires de soins de 1<sup>re</sup> ligne de s'ouvrir davantage à l'EBP. Une fois le programme lancé et stabilisé, le pilotage central sera moins important et pourra laisser le leadership partagé jouer pleinement son rôle de moteur de l'implémentation de l'EBP sur le terrain.

Une des conséquences de ce qui précède est qu'il faudra prévoir du temps – et de la souplesse – pour mener à bien les changements souhaités. Il est important que les responsables politiques prennent conscience de **cette dimension de temps (en termes d'années) nécessaires à obtenir un changement de comportement professionnel sur le terrain**.

### 3.3. Structurer un changement continu : les réseaux d'experts

Dans un premier temps, ce sont les prestataires de soins de 1<sup>re</sup> ligne qui seront visés par la mise en œuvre du programme EBP. Étant donné ce qui précède, on comprend qu'il sera nécessaire de faire appel à des principes de gestion « douce » du changement pour motiver et convaincre ces professionnels. Une piste pourrait être de les engager dans **une dynamique d'apprentissage et de réflexion continus** sur leurs pratiques en créant des **réseaux (multidisciplinaires) de professionnels de la santé** (voir le rapport scientifique - partie 3).

De tels réseaux d'experts pourraient prendre la forme de **communautés de pratique** (*communities of practice* ou CoP's). Il s'agit de formes d'apprentissage interdisciplinaire réunissant des professionnels d'horizons différents, concernés par une thématique commune, et qui souhaitent partager leurs réflexions sur leurs pratiques autour de cette thématique. L'avènement des technologies de la communication a insufflé une dynamique considérable à ces réseaux, puisque la présence physique et simultanée n'est plus requise pour y participer (forums virtuels). Ces réseaux d'experts devront être encouragés et soutenus par la NAO.



Les réseaux d'experts ne doivent pas être confondus avec les sociétés scientifiques. En effet, les réseaux sont des organisations qui prennent naissance de manière informelle, sur base volontaire ; ils sont généralement organisés localement et peuvent être temporaires ou permanents. Les sociétés scientifiques sont pour leur part des organisations formelles ; elles disposent de statuts qui précisent de quelle manière elles contribuent au développement et à la diffusion de l'information scientifique pour leur discipline.

Il n'existe encore que peu de données probantes sur l'efficacité de l'apprentissage via les réseaux d'experts dans le domaine des soins de santé, mais il est vrai que ce domaine ne comprend pas (encore) beaucoup d'exemples de succès en matière de réseaux interdisciplinaires.

### 3.4. Mobiliser la disposition au changement

La **disposition au changement** est l'un des leviers de mise en œuvre du programme EBP. Nous pouvons la définir en cinq points :

- **Confiance dans le changement** ou dans ses propres capacités à entreprendre ce changement = dans quelle mesure on estime avoir ou pas les compétences et être ou pas en mesure d'exécuter les tâches et les activités associées à la mise en œuvre de l'EBP.
- **Besoin de changement** = dans quelle mesure on estime qu'il existe ou non des raisons et des besoins légitimes de mettre en œuvre l'EBP.
- **Bénéfice personnel** = dans quelle mesure on estime que la mise en œuvre de l'EBP sera ou non bénéfique pour soi-même.
- **Bénéfice sociétal** = dans quelle mesure on estime que la mise en œuvre de l'EBP sera bénéfique ou non pour la société.
- **Soutien politique** = dans quelle mesure on estime que les autorités sont engagées et appuient la mise en œuvre de l'EBP.

Pour prendre un exemple dans le contexte qui nous occupe, une partie de la communication pourrait viser à souligner que la plupart des praticiens de 1<sup>re</sup> ligne pratiquent déjà l'EBP, et qu'il s'agit uniquement de la mettre en œuvre de manière plus systématique (confiance dans ses propres capacités). Un autre axe pourrait renvoyer aux bénéfices personnels pour

les praticiens qui pratiquent l'EBP, notamment un renforcement de leur réputation.

La mise en place d'une grande campagne de sensibilisation et le déploiement bien organisé du programme sont pour leur part des signes de soutien politique. Enfin, en insistant sur les inconvénients de l'absence de mise en œuvre de l'EBP, on accentuera le bénéfice sociétal et le besoin de changement. Il est important que ces messages soient répétés en multipliant les canaux de diffusion, afin d'ancrer le message dans les esprits des praticiens de terrain.



## 4. QUELLES SONT LES STRATÉGIES D'IMPLÉMENTATION EFFICACES?

### 4.1. Principes généraux

Les modèles théoriques qui décrivent les mécanismes de succès d'une implémentation sont assez unanimes pour souligner l'importance d'une analyse de contexte dès la phase de **développement d'un guideline** (voir le rapport scientifique - partie 4). Il est nécessaire d'analyser les facteurs qui expliquent les pratiques actuelles et les raisons pour lesquelles on observe une résistance vis-à-vis des nouvelles pratiques. La littérature décompose cela en cinq déterminants essentiels : l'objet de l'implémentation (le guideline), les utilisateurs (prestataires de soins), les bénéficiaires finaux (les patients), le contexte plus large de l'implémentation (p.ex. organisation des soins, contexte financier et politique) et la stratégie de facilitation de l'implémentation elle-même.

Des résultats de cette analyse dépendra la sélection des stratégies d'implémentation à mettre en œuvre. Chaque intervention doit être « **taillée sur mesure** » pour la situation spécifique à laquelle elle doit répondre. Étant donné que, dans la plupart des cas, ces situations comportent leurs combinaisons propres d'obstacles et de facilitateurs, il convient de prévoir des **stratégies à multiples facettes**. Les théories issues de la psychologie, de la sociologie, du marketing, de la communication et du management (développées plus loin) devraient être considérées lors de l'élaboration des interventions d'implémentation.

Enfin, **toute implémentation devrait idéalement se conclure par une phase d'évaluation comme composante à part entière.**

### 4.2. Stratégies d'implémentation existantes dans les soins de santé

Il existe plus de 50 stratégies de dissémination et d'implémentation des guidelines. Elles ont été recensées par le *Cochrane Group for Effective Practice and Organisation of Care* (EPOC), qui les a classées en interventions professionnelles, financières, organisationnelles ou réglementaires. Cette classification est généralement utilisée comme base de travail pour les publications relatives à l'implémentation de guidelines (pour plus de détails voir l'annexe du rapport scientifique – partie 4).

En 2013, le KCE a publié un rapport sur la dissémination et l'implémentation des produits EBP<sup>1</sup>. Cette étude était toutefois limitée aux interventions visant directement les pratiques professionnelles. Les autres formes d'interventions de la classification EPOC (financières, organisationnelles ou réglementaires), n'en faisaient pas partie. Ces formes d'interventions sont également exclues du présent rapport.

Le rapport (2013), basé sur une revue approfondie de la littérature disponible, concluait que **l'impact des stratégies de dissémination et d'implémentation de guidelines sur les pratiques professionnelles est relativement discret, quoique statistiquement significatif :**

- Les rappels (*reminders*), les réunions de formation, les visiteurs médicaux indépendants et les leaders d'opinion ont un impact significatif sur la pratique clinique des professionnels de la santé : la moyenne des changements oscille de 5 % à 23 %, en fonction de l'intervention et du résultat attendu.
- **L'audit et le feedback ont l'impact le plus réduit**, soit une amélioration moyenne de moins de 3 % par rapport à la pratique souhaitée.



- Disséminer du **matériel didactique imprimé** produit également un **effet limité** (amélioration moyenne conformément à la pratique souhaitée comprise entre 3 % et 13 % en fonction du résultat attendu). Un constat intéressant : une dissémination des guidelines sous format électronique n'induit pas de changement plus significatif que celle de matériel didactique imprimé<sup>a</sup>.
- La **formation interprofessionnelle** (professionnels de la santé et des services sociaux ayant recours à un apprentissage interactif pour améliorer leur collaboration interprofessionnelle et/ou la santé/le bien-être des patients), appliquée de manière isolée, n'a pas d'impact significatif sur la pratique mais, **en combinaison avec d'autres interventions**, elle produit un effet sur la pratique clinique et sur la satisfaction du patient.
- L'efficacité des **interventions multifacettes** est étayée par de nombreuses revues de littérature. Cependant, on manque de preuves relatives aux composantes essentielles ou à la combinaison optimale de stratégies qui induiraient une amélioration du suivi des guidelines. En outre, le nombre idéal d'interventions à inclure dans les interventions multifacettes reste inconnu.

Depuis la publication de ce rapport, ses conclusions ont été largement confirmées par d'autres études plus récentes.

Notre revue de littérature ne nous a malheureusement pas apporté d'éléments de preuve supplémentaires concernant les **approches interactives** rendues possibles par les **nouvelles technologies**, qui ont l'avantage de pouvoir s'intégrer au processus de travail-même des professionnels. Par exemple, les systèmes d'aide à la décision clinique (*Clinical Decision Support* - CDS) mettent à la disposition du praticien des informations correspondant spécifiquement au cas du patient qu'il a en face de lui, via des liens avec le Dossier Patient Informatisé. Ces nouvelles stratégies semblent prometteuses.

---

<sup>a</sup> Il n'existait toutefois que très peu de données probantes sur ces approches technologiques à l'époque

### 4.3. Stratégies d'implémentation issues des sciences sociales

À côté des stratégies d'implémentation des produits EBP dans les soins de santé, de nombreuses interventions ou concepts potentiellement intéressants peuvent être trouvés dans les sciences sociales, telles que la psychologie, la communication, le marketing social ou les sciences de gestion (management). En effet, ces disciplines font appel à des **théories sur le changement de comportement, le changement organisationnel, l'apprentissage et la motivation**, qui sont tout à fait pertinentes dans le contexte de l'implémentation de guidelines dans les soins de santé (voir le rapport scientifique - partie 4).

#### 4.3.1. *The Alliance for Useful Evidence*

L'*Alliance for Useful Evidence*<sup>6, 7</sup> présente, dans un *discussion paper* « *Using evidence, what works?* », plus de **150 interventions identifiées dans la littérature en sciences sociales**, qui ont pour but de favoriser l'utilisation des résultats de la recherche par les décideurs. Ce *discussion paper*, basé sur une revue systématique de littérature, classe les interventions en 6 catégories selon leurs mécanismes d'action.



#### 4.3.1.1. *Prise de conscience (Awareness raising)*

- Cette stratégie est soutenue par des preuves robustes d'efficacité lorsque l'on veut accroître **la visibilité et la crédibilité** d'un sujet spécifique. Il s'agit d'informer le public cible afin de faire naître une prise de conscience, d'influencer les attitudes et croyances et de générer une attitude positive vis-à-vis du sujet en question. Ce but peut être atteint en focalisant l'attention sur un problème lié au sujet et qui importe aux yeux du groupe cible, en mobilisant des émotions comme l'humour ou la surprise, ou en racontant des histoires (*narratives*). Dans le cas qui nous occupe, la nouvelle valeur à mettre en avant pourrait être **utilisation des résultats de la recherche**. D'autres techniques pour augmenter la visibilité et la crédibilité relèvent du marketing social (voir plus loin).
- L'*awareness raising* peut également s'appuyer sur les **incitants sociaux** et les **codes d'identité**, qui sont efficaces pour **renforcer les normes comportementales**. Par incitants sociaux, on entend des récompenses qui ont une valeur sociale. Par exemple, des signes de reconnaissance publique comme des prix d'excellence renforcent la motivation intrinsèque, sont socialement visibles et augmentent la conscience du comportement souhaité. Quant aux codes d'identité, ils soulignent la connexion d'une personne à une identité ou une norme sociale existante, alignée sur le comportement ciblé. Un code en lien avec l'identité professionnelle d'un leader d'opinion qui utilise les résultats de la recherche pour étayer ses choix pourrait être présenté aux prestataires des soins lorsqu'ils sont confrontés à une décision importante dans leur pratique. Cette intervention pourrait renforcer la norme d'utilisation de l'EBP et accroître la sensibilisation et la motivation envers cette attitude.

#### 4.3.1.2. *Consensus (Agree)*

Si les chercheurs et les utilisateurs d'EBP partagent une **compréhension mutuelle** au sujet des recommandations à implémenter, cette implémentation se fera plus naturellement. Il existe plusieurs méthodes éprouvées de construction de ce type de consensus :

- les panels Delphi ou d'autres techniques de groupe ;
- les *journal clubs* (présentations d'articles) ;
- l'implication des utilisateurs dans la production des guidelines (voir aussi rapport KCE 284)<sup>8</sup>.

#### 4.3.1.3. *Accès et communication (Access & communication)*

Une communication efficace au sujet de l'EBP est nécessaire pour sensibiliser les utilisateurs et leur en faciliter l'accès, ce qui contribue à augmenter leur motivation.

Le « **Tailoring and targeting** » (« sur mesure et ciblé ») est une technique reconnue à la fois dans la littérature médicale et en sciences sociales :

- « *Give them what they need!* » (donnez-leur ce dont ils ont besoin!) : l'information doit être délivrée **au bon moment et sous une forme adéquate**, afin de favoriser l'accès des utilisateurs aux sources qu'ils souhaitent, quand ils le souhaitent (par exemple lors de déplacements). Des **messages conviviaux, personnalisés et adaptés** sont également très appréciés.
- Les **portails de connaissances en ligne** doivent bien sûr être disponibles, mais devraient être **accompagnés d'interventions visant à augmenter la motivation à les utiliser** : conception conviviale, messages d'alerte sur mesure, etc. La diffusion passive, l'accès neutre aux bases de données ne génèrent pas d'impact.
- Les **services digitaux** devraient également être mis à profit pour susciter **l'interaction** : *chats, hotlines*, etc.

Les techniques de **communication persuasive** sont largement étayées dans la littérature des sciences sociales :



- Le *framing* : la façon dont une information est présentée peut considérablement influencer la façon dont elle est comprise, lui donner une connotation positive ou négative.
- La narration, l'utilisation de récits et de métaphores et la mise en contexte sont d'autres aspects importants pour faire passer des messages.
- Le *branding* : créer **une marque reconnaissable et respectée** (p.ex. NICE). Une image positive est un outil puissant pour communiquer sur l'EBP. Pour les professionnels très occupés, il est aussi extrêmement utile de trouver rapidement ce dont ils ont besoin via une source de confiance (p.ex. un site web).
- En ce qui concerne la communication des incertitudes, les auteurs soulignent que les informations sous forme de chiffres et de mots doivent être judicieusement dosées.

Les **reminders (rappels)** et les **médias sociaux** sont également soutenus par des niveaux de preuve élevés :

- Soutenir l'apprentissage avec **des rappels et des répétitions**. De nombreuses recherches indiquent qu'il s'agit d'un outil simple mais efficace.
- Les **réseaux sociaux** et les **blogs** sont des outils de communication efficaces. Il ne faut pas se contenter de cibler les communautés d'initiés, mais aussi les utiliser auprès des professionnels de terrain.
- La combinaison de plusieurs médias semble prometteuse, bien que pas encore entièrement étayée par des données probantes. On ne sait pas encore non plus quel est le « mix » de médias qui fonctionne le mieux.

Enfin, **le design même de l'information** ne doit pas être négligé. Les techniques de visualisation de données numériques offrent beaucoup de possibilités prometteuses. Par exemple, le Centre norvégien d'expertise fait appel à des concepteurs professionnels pour développer des formats plus attrayants et conviviaux.

#### 4.3.1.4. Interaction (Interact)

Il est nécessaire de **favoriser les interactions entre professionnels de terrain et chercheurs** ; toutefois, il n'a pas été possible d'identifier des preuves formelles d'efficacité des séminaires, des courtiers en connaissances » (*knowledge brokers*) ou des « communautés de pratique » évoquées plus haut, mais ce manque d'impact pourrait être un problème de définition de ces domaines assez récents. Il existe néanmoins des preuves selon lesquelles les réseaux en ligne ne sont pas moins efficaces ou persuasifs que les réseaux traditionnels.

Une exception toutefois : les **leaders d'opinion** (« *champions* ») et les « acteurs de changement » sont importants lorsqu'il s'agit de modifier des comportements. En effet, le rôle de l'influence sociale ne doit plus être confirmé ; on fait par-là référence à la capacité à diffuser l'information et à influencer les comportements à travers des liens personnels et des réseaux. Ceci rejoint le concept de « leadership partagé » déjà évoqué à propos du leadership.

#### 4.3.1.5. Compétences (Skills)

On trouve dans la littérature médicale de preuves d'efficacité des **interventions éducatives**. Celles-ci semblent encore plus efficaces si elles sont combinées à des **incitants**. Les approches purement passives (telles que la diffusion simple des connaissances, la simple mise à disposition de guidelines) sont jugées inefficaces.

La littérature plus large des sciences sociales confirme que les initiatives de formation sont efficaces :

- Des publications intéressantes portent sur les meilleures façons de concevoir **l'apprentissage des adultes** (andragogie) : relation équitable entre enseignant et apprenant, apprentissage réciproque (apprendre les uns des autres), approche de style « coaching », et timing judicieux.
- L'apprentissage par un mentor (collègue, approche *peer to peer*) ou un superviseur s'inscrit également dans les principes de l'apprentissage des adultes.



- L'**apprentissage en ligne** semble également efficace et est étayé par un grand nombre de preuves ; il pourrait être intéressant de le considérer plus souvent. Les études sur l'utilisation d'applications manquent encore, mais pourraient être disponibles dans un proche avenir car leur utilisation est en constante augmentation.

#### 4.3.1.6. Structures et procédures (Structure & process)

Le recours à l'EBP par les professionnels au cours de leur processus décisionnel peut dépendre des facteurs liés à la prise de décision elle-même ou aux structures organisationnelles dans lesquelles ils fonctionnent.

Les sciences sociales en général soulignent l'importance de fournir des ressources pratiques pour intégrer l'utilisation de l'EBP :

- via des **techniques comportementales** : présentation des options par défaut, par exemple utiliser le portail EBMPPracticeNet comme page d'accueil de l'ordinateur, intégrer des éléments EBP dans les checklists ou les protocoles.
- grâce au **nudging** (voir 4.3.2.2).
- les interventions comportementales portant sur les normes et les codes d'identité sont également connues pour leur interférence avec les processus décisionnels (voir 4.2.1.1 Awareness raising)

Certains modèles combinent plusieurs approches pour une application plus structurée des principes comportementaux. Un exemple est le **modèle EAST**<sup>9</sup>, qui suggère 4 principes simples à appliquer dans la conception de l'intervention : la rendre accessible, attrayante, sociale et la lancer au moment opportun.

Enfin, la facilitation de l'utilisation **au niveau de l'organisation-même du système** est solidement étayée :

- fourniture d'outils logiciels d'aide à la décision ;
- incitations financières pour modifier les comportements professionnels ;
- audit et feedbacks

### 4.3.2. Quelques concepts émergents en sciences sociales

#### 4.3.2.1. Le marketing social

Le marketing social est l'application de concepts et de techniques issus du marketing *commercial* à la planification, l'exécution et l'évaluation d'initiatives *non commerciales*, par exemple dans le domaine de la santé. Les 4 éléments clés du marketing – les 4P – se retrouvent *mutatis mutandis* au cœur du marketing social : 1) Produit, 2) Prix, 3) Place et 4) Promotion.

#### Exemple de l'*Institute for Social Marketing* (ISM) de l'Université de Stirling

Voici comment l'*Institute for Social Marketing* (ISM) de l'Université de Stirling (UK) présente son action :

« Supposons que notre but est de promouvoir la consommation de fruits. La conception de notre marketing mix passe par les questions suivantes :

**Produit** : Pourrions-nous montrer d'autres manières de manger des fruits ? Plus pratiques ? Pourrait-on rendre les fruits plus *fun* ?

**Place** : Pourrions-nous introduire des fruits à des endroits où les gens n'ont pas l'habitude d'en trouver ? Devrions-nous apporter les fruits jusque chez eux ?

**Prix** : Pourrions-nous rendre les fruits moins chers ? Gratuits ? Pourrions-nous convaincre les gens qu'ils n'auront pas l'air ringards en grignotant des fruits ?

**Promotion** : Quels sont les messages / les images qui pourraient nous aider ?



Deux autres P sont venus s'y ajouter :

**People** : Quels stakeholders pourrions-nous enrôler pour nous aider ?

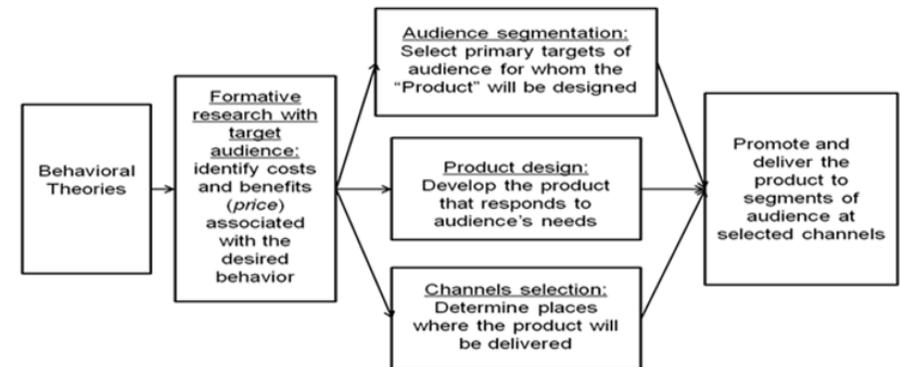
**Policy** : Pourrait-on expulser la *junk food* des distributeurs dans les écoles et les remplir de fruits à la place ? Pourrait-on remplacer les confiseries aux caisses par des fruits ?

En fonction des besoins de notre groupe-cible et de l'environnement sur lequel nous travaillons, nous choisisons les P de notre *marketing mix*. »

En termes plus sérieux : la première étape d'une intervention de marketing social consiste à **analyser les besoins** de la cible visée, **les bénéfices et coûts** que représenteraient pour elle le changement de comportement souhaité. Puis vient le **développement de l'intervention** (le « produit ») en lien avec les besoins identifiés et l'évaluation de ses coûts (prix). Il s'agit ensuite d'identifier **les canaux les plus appropriés** pour l'intervention (place) sur la base des caractéristiques du public-cible (comportements, croyances) ou de segments de public (pour pouvoir travailler sur des sous-populations plus homogènes). Enfin, le « produit » est **délivré et promu** via les canaux identifiés.

Le marketing social s'est avéré efficace pour obtenir des modifications de comportement dans des domaines tels que l'usage du préservatif, le tabagisme, le *binge drinking* et le dépistage du cancer.

Figure 3 – Développement et mise en œuvre d'une intervention de marketing social



Source: Wei et al. (2011)<sup>10</sup>

#### 4.3.2.2. Nudging

Le *nudging* (littéralement, poussée dans le dos) est un concept issu des sciences comportementales, qui porte sur la manière dont on peut **influencer les comportements de manière prévisible<sup>b</sup>** en modifiant les environnements dans lesquels les individus effectuent leurs choix. Les interventions de ce type se font souvent sans engagement conscient de la part de l'individu, en mobilisant des **processus psychologiques automatiques**. Ainsi par exemple, il est bien connu que les objets placés au niveau des yeux dans un supermarché seront sélectionnés plus fréquemment que ceux placés près du sol. De même, changer la taille des assiettes dans une cafétéria peut influencer la quantité de nourriture consommée, augmenter le temps de fermeture des portes d'ascenseur peut

<sup>b</sup> Le prix Prix Nobel d'Économie 2017 a été attribué à Richard H. Thaler pour ses travaux sur le nudging.



inciter à utiliser les escaliers à la place, etc. Un autre exemple consiste à modifier l'option par défaut d'un choix, pour profiter de la tendance spontanée à accepter passivement les valeurs par défaut ; c'est la technique mise en œuvre dans les systèmes opt-in / opt-out pour le don d'organes.

Les *nudges* se distinguent des méthodes traditionnelles qui tentent de modifier les comportements à coups d'interdictions ou de sanctions économiques (amendes). Ce type de « manipulation bienveillante » a été qualifié de « paternalisme libertaire » (*libertarian paternalism*) car il vise à améliorer les comportements des individus tout en leur laissant la liberté de choix ; certains le considèrent comme une atteinte à la liberté individuelle mais un certain compromis entre l'autonomie et ce type de paternalisme libertaire pourrait se justifier lorsqu'il s'agit d'accroître l'impact de mesures d'amélioration de la santé.

## 5. ÉVALUATION ET GESTION DES PERFORMANCES DU PROGRAMME EBP

L'évaluation est **le processus par lequel on s'assure que les objectifs d'une démarche sont effectivement rencontrés**, ce qui sous-entend que ces objectifs ont préalablement été définis. Toute évaluation, **doit se prolonger par un feedback et des mesures d'amélioration**, de manière à ce que tout le processus s'inscrive dans une boucle vertueuse de **gestion des performances**.

Dans le contexte du Programme EBP, cette gestion des performances impliquera trois niveaux :

- **niveau macro** = niveau du système dans son ensemble, avec la collaboration nécessaire de tous les stakeholders, du gouvernement aux praticiens de terrain en passant par tous les acteurs du programme EBP ;
- **niveau méso** = niveau des organisations (p. ex. les sociétés scientifiques), dont la collaboration est indispensable pour stimuler l'usage des guidelines par les professionnels de terrain ;
- **niveau micro** = niveau des professionnels de la santé, utilisateurs finaux des guidelines (et éventuellement les bénéficiaires, à savoir les patients).

Il est toutefois essentiel de préciser que ce dernier niveau de monitoring des performances du Programme EBP au niveau des praticiens individuels **ne doit pas être confondu avec une évaluation individuelle de ces praticiens**. Il s'agit ici d'utiliser des données anonymisées et agrégées de l'ensemble des prestataires de soins et non leurs données individuelles. L'objectif est donc bien d'évaluer et d'améliorer globalement le fonctionnement du cycle de l'EBP en vue de renforcer l'efficacité, la qualité et le rapport coût-efficacité des soins en Belgique.

L'évaluation individuelle des prestataires de soins n'est pas considérée dans ce rapport.

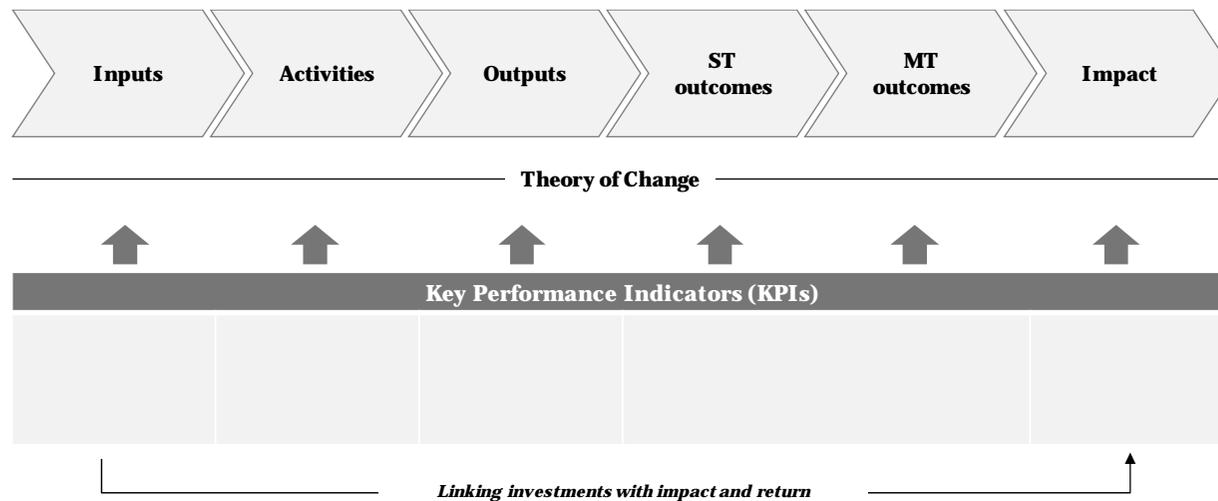


### 5.1. Le modèle logique

« Un modèle logique est une illustration visuelle des ressources, des activités et des résultats attendus d'un programme. Il s'agit d'un outil utilisé pour simplifier des relations complexes entre les diverses composantes et qui peut être utilisé pendant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'un programme à large échelle. » (voir le rapport scientifique - partie 5). Il se base sur l'enchaînement logique entre les entrées (*inputs*), les activités, les sorties (*outputs*) et les résultats (*outcomes*) à court, moyen et long terme. Les résultats à long terme constituent l'**impact du programme**.

Le modèle logique inclut une théorie du changement, c'est-à-dire un descriptif visuel du lien entre les *inputs* et l'impact, en tentant d'éclaircir les relations de dépendance entre les deux. Cette théorie du changement permet de « préciser les attentes des divers intervenants et de souligner la compréhension commune des résultats attendus du changement proposé. Les modèles logiques peuvent être considérés comme une représentation de la théorie du changement sous-jacente du programme. » Ils nécessitent la **définition d'indicateurs critiques de performance** tout au long de la chaîne et peuvent éventuellement aussi prévoir une quantification du retour (économique et/ou social) sur investissement.

Figure 4 – Le modèle logique



Source: <http://www.uwex.edu/ces/pdande/evaluation/evallogicmodel.html>



L'utilisation d'un modèle logique pourrait utilement s'appliquer à la définition des objectifs de l'implémentation de l'EBP au niveau des soins de 1<sup>re</sup> ligne en Belgique, par exemple sur la base des éléments suivants:

- **Inputs** : guidelines et autres produits EBP, leaders d'opinion locaux, etc.
- **Activités** : les stratégies d'implémentation
- **Outputs** : le nombre d'activités de dissémination et/ou d'implémentation mises sur pied
- **Résultats à court terme** : nombre de téléchargements du guideline, le nombre de formations organisées par les associations scientifiques et cercles sur le thème,...
- **Résultats à moyen terme** : mise en pratique effective des recommandations sur le terrain, réorganisation des services en fonction des guidelines,...
- **Impact** : amélioration de la qualité des soins et bénéfiques en termes de santé pour les patients.

Il n'existe à l'heure actuelle aucune panoplie complète d'**objectifs** ou d'**indicateurs** dans le système de santé belge. Une première étape essentielle est donc de définir la portée et les ambitions globales du Programme EBP ainsi que l'approche que l'on envisage d'appliquer à la gestion du changement. Le développement d'un tel cadre de référence pour la gestion des performances (objectifs et indicateurs) doit nécessairement se faire **en étroite collaboration avec les principaux stakeholders**. Il serait intéressant de coupler cette définition d'objectifs et d'indicateurs avec l'initiative de développement d'objectifs de santé pour la Belgique (cfr Rapport KCE 292, Étapes exploratoires vers la formulation d'objectifs pour le système de santé belge)<sup>11</sup>.

Les deux exemples, développés ci-dessous, d'utilisation d'un modèle logique par des organisations prestigieuses pourront servir de source d'inspiration.

## 5.2. Deux exemples d'application du modèle logique à l'implémentation de l'EBP

### 5.2.1. L'exemple de SIGN pour l'évaluation de l'implémentation au niveau macro

SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) fait appel au modèle logique pour évaluer l'impact des interventions d'implémentation au niveau macro (stratégique). Comme il le mentionne sur son site : « la puissance des modèles de logique réside dans les mesures et les indicateurs qui fournissent des preuves que les activités d'implémentation individuelles mènent aux résultats souhaités. »

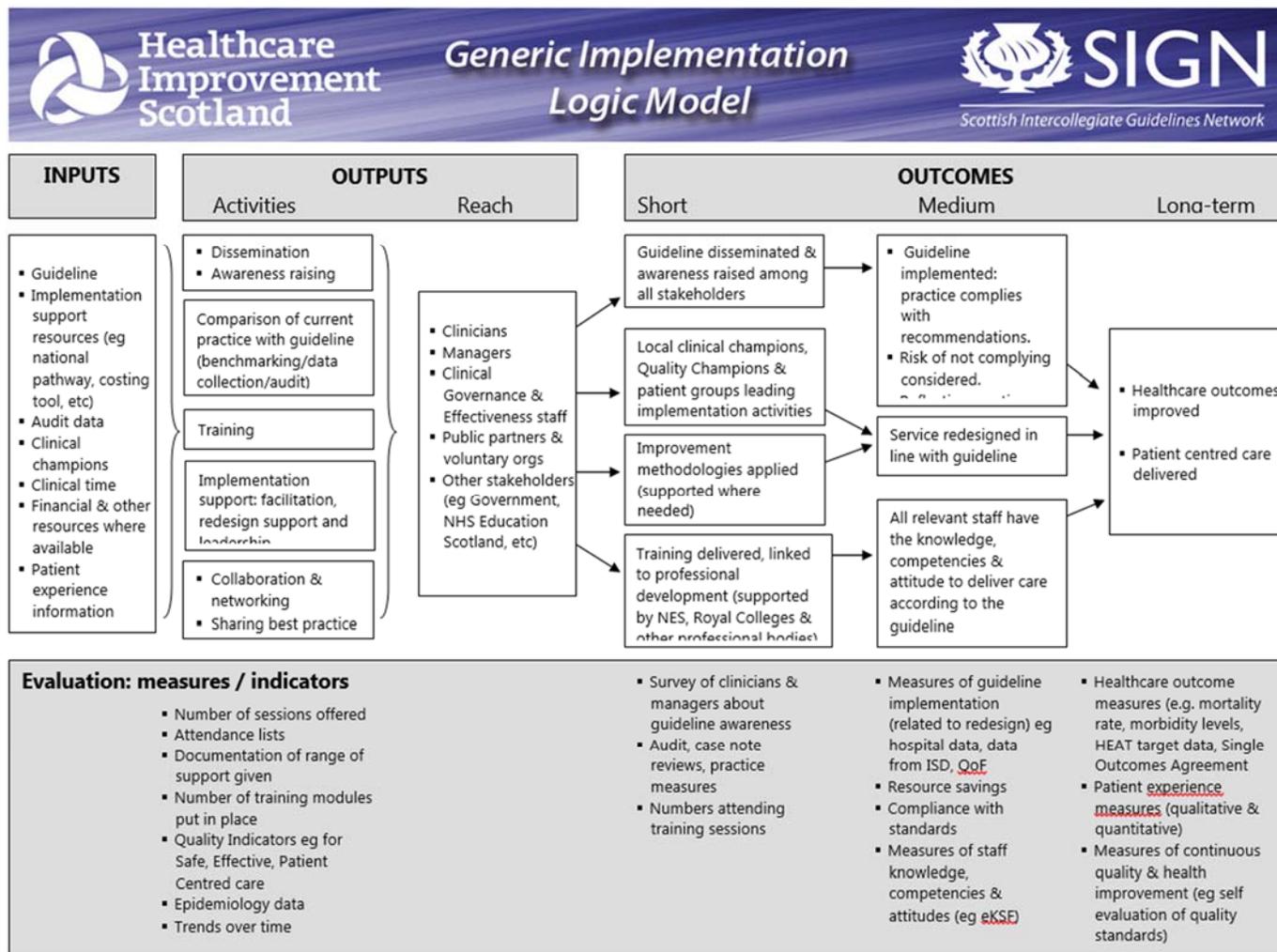
La figure 5 illustre le modèle logique développé par SIGN. On peut y observer que cette organisation :

- a développé **une série d'indicateurs de performance** (indicateurs d'activité, indicateurs de résultat à court, moyen et long<sup>c</sup> terme) ;
- a adopté une **démarche d'implémentation multi-stakeholders** en distinguant plusieurs groupes-cibles : les cliniciens, les gestionnaires, les organisations professionnelles, le gouvernement ;
- a adopté une **démarche d'implémentation multi-facettes** comprenant des éléments-clés tels que dissémination, sensibilisation, formation, supports d'implémentation, leaders d'opinion locaux (« *champions* »), mesures actives des résultats de santé, prise en compte de l'expérience des patients et amélioration continue de la qualité.

<sup>c</sup> Les "résultats à long terme" du modèle SIGN sont superposables aux "impacts" du modèle de référence



Figure 5 – le modèle logique d’implémentation de guidelines de SIGN<sup>12</sup>





### 5.2.2. L'exemple de NICE pour l'utilisation d'indicateurs de performances des guidelines

NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) mesure l'utilisation de ses guidelines et autres produits EBP sur la base d'enquêtes et de rapports au niveau national, d'articles scientifiques et d'audits locaux. En continu, il mesure, surveille et publie les résultats de l'implémentation de 196 guidelines pour lesquels des indicateurs multiples ont le plus souvent été collectés. Ainsi par exemple, pour le guideline consacré au diabète chez l'adulte, 45 indicateurs ont été définis (voir liste en annexe du rapport scientifique).

- Chaque indicateur est soutenu par des données probantes robustes et a fait l'objet d'un processus de sélection rigoureux en collaboration avec **un comité d'experts indépendant** (médecins généralistes et spécialistes, experts en santé publique et travailleurs sociaux, représentants du NHS et des citoyens). Ils font l'objet d'une consultation publique et d'une phase-pilote de test avant d'être mis en pratique.
- Chaque indicateur doit être SMART (spécifique, mesurable, actionnable, réaliste et limité dans le temps) et/ou doit pouvoir être aisément retrouvé dans les bases de données (nationales).
- Chaque indicateur est mesuré et suivi sur la durée.

### 5.3. Approche pragmatique pour une application du modèle logique à la gestion des performances du Programme EBP belge

Si les moyens attribués au programme EBP sont limités, il sera préférable d'envisager une approche pragmatique pour le développement et la dissémination/implémentation des guidelines (voir le rapport scientifique - partie 5), et donc de se fixer des objectifs relativement modestes dans un premier temps. Un impact dans tous les domaines des soins de santé est en effet hors de portée sans mobiliser des ressources considérables.

Dès lors, à court terme, il serait par exemple possible de prévoir **deux pistes parallèles** :

1. Donner un accès large et très visible à **tous les guidelines et produits EBP pour toutes les professions de santé** via EBMPracticeNet (voire plus largement par d'autres canaux de communication). Le résultat de cette approche peut être assez facilement mesuré à court terme (nombre de téléchargements, etc.). En pratique, cette piste a déjà été lancée, avec l'attribution des subventions à EBMPracticeNet via l'arrêté royal du 28 octobre 2016, pour stimuler l'utilisation systématique de l'EBP dans la pratique des professionnels de la santé<sup>d</sup>.
2. Sélectionner, en concertation avec les stakeholders, **deux ou trois thématiques** pour lesquelles la nécessité d'appliquer l'EBP ne suscite plus aucune discussion et qui sont susceptibles d'apporter des bénéfices immédiats pour les patients et pour le contrôle des coûts (p.ex. limitation de l'utilisation des antibiotiques, prise en charge du diabète de type 2). Ces thématiques focales feraient l'objet d'une **stratégie d'implémentation solidement élaborée** (p.ex. une campagne de marketing social intense). Des **indicateurs de**

---

<sup>d</sup> AR du 28 octobre 2016 octroyant un subside à l'a.s.b.l. EBMpracticeNet en vue de stimuler l'utilisation systématique de Evidence Based Practice dans la Pratique professionnelle des professionnels de la santé reconnus pour des soins plus qualitatifs, durant la période du 1er septembre 2016 au 31 août 2017 inclus (MB : 22/12/2016)



**performance**, également développés en collaboration avec les stakeholders, seraient mesurés à court et moyen terme (et éventuellement à long terme).

Les premiers succès engrangés sur ces thématiques permettront de légitimer le programme et de faire la démonstration de sa capacité à obtenir des résultats positifs. Il sera alors possible de fixer des objectifs plus exigeants pour lesquels il faudra dégager et garantir des ressources supplémentaires que le gouvernement belge pourra libérer sur la foi de ces premiers succès d'implémentation.

Une **troisième piste potentielle**, probablement à un stade ultérieur, pourrait être :

3. Développer une stratégie dans **une ou deux 'nouvelles' thématiques plus complexes**, sans investir dans le développement de nouveaux guidelines mais en adaptant des guidelines étrangers, et consacrer l'essentiel des ressources à l'implémentation et au changement. Cette manière de déplacer graduellement le budget du développement vers l'implémentation convient pour des impacts spécifiques dans des domaines d'intervention bien ciblés.

## 6. OPÉRATIONNALISATION DES STRATÉGIES D'IMPLÉMENTATION ET D'ÉVALUATION DANS LE CADRE DU PROGRAMME EBP

Durant la phase d'initiation du Programme EBP, le KCE sera en charge des aspects tactiques et opérationnels. Il mènera cette mission, sous la gouvernance stratégique du Groupe de pilotage, avec une *task force* temporaire composée des principaux stakeholders et cédera ensuite le leadership à la NAO dès que celle-ci sera pleinement opérationnelle. Comme signalé plus haut, le programme EBP s'adressera dans un premier temps à la seule 1<sup>re</sup> ligne. Après une évaluation de cette première phase, son extension à la 2<sup>e</sup> ligne sera envisagée.

Ce chapitre décrit un canevas pour l'opérationnalisation des stratégies d'implémentation et d'évaluation du programme EBP. Le choix des acteurs en charge de cette opérationnalisation est une décision politique qui relève de la Ministre de la Santé Publique ; il ne sera donc pas traité dans ce rapport.

### 6.1. Développer des plans de dissémination et d'implémentation

- Pour chaque guideline ou produit EBP développé dans le cadre du programme EBP, un **plan de dissémination et un plan d'implémentation** spécifiques devront être élaborés.



## 6.2. Renforcer la plateforme de dissémination

- Il a déjà été décidé par la Ministre de la Santé Publique d'attribuer le rôle de **plateforme de dissémination** à **EBMPracticeNet** qui interviendra comme **canal central de dissémination** pour **toutes<sup>e</sup> les professions de santé**. Ce rôle doit être renforcé et il sera nécessaire de veiller à ce que toutes les compétences nécessaires y soient disponibles (notamment en sciences sociales, p.ex. marketing social et techniques de communication).
- La plateforme de dissémination sera chargée de la conception d'un plan de dissémination pour chaque guideline ou produit EBP développé dans le cadre du Programme EBP.
- Il est indispensable de doter cette plateforme de **compétences IT suffisantes** de manière à ce qu'elle puisse développer et proposer de **nouveaux outils** de dissémination et d'implémentation puissants, comme par exemple les *evidence-linkers<sup>f</sup>* (lien automatique entre le diagnostic ou le problème de santé rencontré, formulé à partir d'une terminologie standardisée dans le dossier informatisé du patient, avec le guide de pratique s'y rapportant) ou d'autres systèmes interactifs de rappel et d'aide à la décision.
- Les **investissements en matière d'IT** devraient être systématiquement prévus dans le plan stratégique du programme EBP.
- Une condition préalable est évidemment que le système eHealth et les dossiers patients informatisés soient entièrement fonctionnels.
- La plateforme de dissémination devra veiller à ce que les formats de présentation des guidelines et autres produits EBP correspondent aux besoins exprimés par les différentes catégories d'utilisateurs ciblés. Son rôle sera également de coordonner la création de ces formats et de propager les connaissances à ce sujet.

<sup>e</sup> de première ligne dans un premier temps

## 6.3. Créer une plateforme d'implémentation et y impliquer les sociétés scientifiques

- Comme souligné dans la synthèse de la partie 1 du rapport (chapitre 7.1.5), une des actions prioritaires au sein du Programme EBP devrait être de constituer une **plateforme d'implémentation** faisant appel à des compétences spécifiques telles que marketing social et techniques de communication, et ceci **dès le début de la mise en œuvre du programme EBP**. Des agences de développement de guidelines telles que NICE<sup>13</sup>, IKNL<sup>14</sup> ou NHG<sup>15</sup> font déjà appel à ces compétences spécifiques. Établir des collaborations avec ces agences permettrait aux acteurs belges de profiter de leur expérience (rapport KCE 284, chapitre 4.3)<sup>g</sup>
- Cette plateforme sera chargée de la conception d'un plan d'implémentation pour chaque guideline ou produit EBP développé dans le cadre du Programme EBP. La plateforme sera également chargée de veiller à ce que les stratégies d'implémentation proposées soient mises en place.
- Pour augmenter la pertinence et la portée des interventions sélectionnées, il est indispensable de s'assurer la collaboration des acteurs de terrain. Ceci pourrait se faire via leurs sociétés scientifiques, avec qui ils sont en connexion directe. Ces acteurs cruciaux devraient donc également faire partie de la plateforme d'implémentation, afin de mettre leur expertise spécifique en commun avec celle des spécialistes en marketing social et en techniques de communication déjà évoqués. De façon générale, les sociétés scientifiques devraient également être impliquées dans la gestion tactique et opérationnelle de la plateforme d'implémentation.

<sup>f</sup> ces outils commencent à faire leur apparition dans les outils informatisés destinés aux médecins généralistes.



- Afin d'atteindre rapidement les améliorations souhaitées au niveau de l'implémentation de l'EBP, il faut démarrer dès que possible un projet pilote. Celui-ci peut même déjà être lancé avant que les ambitions globales du Programme EBP, les domaines d'intervention et les premiers indicateurs de performance ne soient définis (voir plus loin).

#### 6.4. Intégrer le rôle des plateformes de dissémination et d'implémentation

- Développer les plans de dissémination et d'implémentation sera la tâche centrale des plateformes de dissémination et d'implémentation. Ces deux plateformes devront collaborer intensivement étant donné que c'est de leurs actions conjointes que dépendra le succès de l'implémentation de l'EBP.
- La réflexion sur les stratégies de dissémination et d'implémentation doit commencer **dès la phase de développement** des guidelines et produits EBP. Il est donc également nécessaire qu'une collaboration étroite s'installe entre, d'une part, les plateformes de dissémination et d'implémentation et, d'autre part, la plateforme de développement. Dans l'état actuel des connaissances, le **modèle GUIDE-M<sup>5</sup>** devrait servir de modèle de référence et être intégré dans les procédures de développement de guidelines.
- La réflexion sur les stratégies de dissémination et d'implémentation devra se baser sur une **évaluation des besoins, obstacles et facilitateurs**, et tenir compte des **théories de gestion du changement**. La présente étude se focalise sur les stratégies d'implémentation *sensu stricto* mais il sera également nécessaire de considérer les interventions d'ordre financier (p.ex. *Pay for quality* càd un mécanisme reliant directement la rémunération des soins délivrés au résultat obtenu, évalué sur la base d'indicateurs de structure, de processus ou de résultats (voir rapport KCE 118)<sup>16)</sup> ou des mesures au niveau de la gouvernance, qui sont en dehors de l'objet de cette étude.

#### 6.5. Créer des réseaux d'experts pour soutenir le changement

- C'est au niveau des professionnels de santé de 1<sup>re</sup> ligne que doit se jouer l'implémentation (du moins dans une première phase du programme EBP). La création de **réseaux de professionnels de 1<sup>re</sup> ligne**, éventuellement multidisciplinaires, pourrait être un moyen de soutenir les processus de changement. Ces groupes dynamiques de professionnels s'engageant activement autour de thèmes spécifiques devraient être soutenus par la NAO. En ce qui concerne les médecins, les GLEM (groupes locaux d'évaluation médicale) et les cercles de médecins peuvent également devenir des partenaires centraux en matière de dissémination et d'implémentation. Il en va de même pour d'autres initiatives de formation continue (*e-learning*s, journaux). Il est impossible d'être plus précis à ce stade étant donné que le système d'accréditation est actuellement en cours de réforme et devrait évoluer vers un système de « développement professionnel permanent ».

#### 6.6. Créer une plateforme d'évaluation

- Un système d'évaluation et de feedback devrait être mis en place, pour chaque domaine d'intervention, dès l'initiation du Programme EBP.
- La plateforme d'évaluation aura pour tâche de définir – en consensus avec les autres acteurs EBP – le niveau d'ambition visé, les domaines d'intervention ciblée, le modèle logique avec les indicateurs de performance pertinents, de collecter des données, de les gérer et les analyser et de fournir un feedback à la NAO, au Groupe de Pilotage, aux financeurs et aux autres stakeholders. Les différentes plateformes et cellules correspondant aux différentes phases du cycle de l'EBP seront impliquées :
  - la cellule centrale de priorisation pour définir les domaines d'intervention prioritaires ;
  - la plateforme d'implémentation pour définir les stratégies d'implémentation ;



- la cellule centrale de priorisation et la plateforme d'évaluation pour définir le tableau de bord d'évaluation des interventions EBP ;
- la plateforme d'évaluation pour collecter et évaluer les résultats et fournir un feedback
- La plateforme d'évaluation travaillera sur des données anonymisées et agrégées au niveau du Programme EBP. En aucun cas il ne pourra s'agir d'une évaluation de prestataires individuels.
- Cependant, il sera évidemment nécessaire de veiller à la cohérence entre ce Programme EBP et d'autres initiatives telles que la réforme du système d'accréditation, les « mesures soins efficaces » du Plan d'Action en matière de contrôle des soins de santé 2016-2017 et la réforme de la loi sur la pratique des professions de soins de santé.
- Toute institution chargée de collecter des données de santé au niveau national pourrait les mettre à disposition de la plateforme d'évaluation. Les décideurs préciseront en temps utile à quel(s) partenaire(s) seront assignées les tâches de cette plateforme d'évaluation.

## 6.7. Pour l'avenir...

Pour l'avenir, trois pistes doivent être explorées afin d'assurer une implémentation effective du programme Evidence-Based Practice en Belgique.

- Premièrement, l'ensemble du **système d'enseignement** devrait prendre conscience de son rôle central dans la sensibilisation des futurs professionnels de la santé aux enjeux de l'EBP. Tous devraient recevoir une formation correcte dans ce domaine, et devenir plus tard des partenaires à part entière du programme EBP.
- Deuxièmement, il est important d'accorder **une place aux patients** dans le programme EBP. Cela ne signifie pas seulement développer des produits EBP selon leurs besoins et les inviter à participer au comité consultatif (voir la première partie de la synthèse de ce rapport). Ils doivent également avoir facilement accès aux informations développées dans le cadre du programme EBP, ce qui pourrait être possible avec une application couplée au dossier patient informatisé. Ces « produits d'information EBP » doivent être présentés de manière compréhensible par le grand public. L'initiative internationale « Choosing wisely » – qui vise à soutenir la prise de décision partagée entre patients et soignants – peut servir d'inspiration pour cela<sup>9</sup>.
- Troisièmement, même si, à la demande de la Ministre, le présent rapport se focalise sur la première ligne de soins, l'avenir du programme EBP n'est pas envisageable sans une **intégration effective des seconde et troisième lignes**. En effet, la prise en charge correcte d'un patient implique que l'ensemble des professionnels de santé concernés collaborent. À cette fin, il est indispensable que tous partagent des bases scientifiques communes, traduites dans une culture EBP commune.

---

<sup>9</sup> <http://www.choosingwisely.org/>



## ■ RÉFÉRENCES

1. Desomer A, Dilles T, Steckel S, Duchesnes C, Vanmeerbeek M, Peremans L, et al. Dissemination and implementation of clinical practice guidelines in Belgium. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013. Health Services Research (HSR). KCE Reports 212.
2. Pronovost PJ, Rinke ML, Emery K, Dennison C, Blackledge C, Berenholtz SM. Interventions to reduce mortality among patients treated in intensive care units. *Journal of critical care*. 2004;19(3):158-64.
3. Brown BS, Flynn PM. The federal role in drug abuse technology transfer: A history and perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002;22(4):245-57.
4. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM. Implementation research: a synthesis of the literature. 2005.
5. Brouwers M, Bhattacharyya O, Team TG-MR. Guideline Implementability for Decision Excellence Model GUIDE-M [Web page]. 2014. Available from: <http://www.agreetrust.org/agree-research-projects/guide-m/>
6. Breckson J, Dudson J. Using Evidence. What works? A discussion paper. 2016. Available from: <http://www.alliance4usefulevidence.org/>
7. Langer L, Tripney J, Gough D. The Science of Using Science: Researching the Use of Research Evidence in Decision-Making. Technical Report. 2016. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, UCL Institute of Education, University College London.
8. Benahmed N, Adriaenssens J, Christiaens W, Paulus D. Towards tailoring of KCE guidelines to users' needs. Method. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 284.
9. Hallsworth M, Snijders V, Burd H, Prestt J, Judah G, Huf S, et al. Applying Behavioral Insights: Simple Ways to Improve Health Outcomes. 2016. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health Available from: <http://38r8om2xjhh125mw24492dir.wpengine.netdna->



[cdn.com/wp-content/uploads/2016/11/WISH-2016 Behavioral Insights Report.pdf](https://cdn.com/wp-content/uploads/2016/11/WISH-2016_Behavioral_Insights_Report.pdf)

10. Wei C, Herrick A, Raymond H, Anglemyer A, Gerbase A, Noar S. Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;9.
11. Obyn C, Cordon A, Kohn L, Devos C, Léonard C. Exploratory steps for the formulation of Belgian health system targets. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017. Health Services Research (HSR). KCE Reports 292.
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Generic Implementation Logic Model [Web page].2011. Available from: <https://www.sign.ac.uk/implementation>
13. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Available from: <https://www.nice.org.uk/>
14. Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Available from: [www.iknl.nl](http://www.iknl.nl)
15. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Available from: <https://www.nhg.org/>
16. Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, De Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, et al. Avantages, désavantages et faisabilité de l'introduction de programmes "P4Q" en Belgique. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2009. Health Services Research (HSR). KCE Reports 118.



## COLOPHON

Titre :	Vers un plan intégré d'Évidence-Based Practice en Belgique – 2 <sup>e</sup> partie : implémentation et gestion des performances – Synthèse
Auteurs :	Marijke Eyssen (KCE), Nadia Benahmed (KCE), Dominique Paulus (KCE)
Coordinateur de projet :	Marijke Eyssen (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Relecture :	Frank Buntinx (KU Leuven), Paul Gemmel (UGent), Pascale Jonckheer (KCE)
Experts externes :	Bert Aertgeerts (KULeuven), Leen Bouckaert (Vlaams Ergotherapeutenverbond (Vergo) vzw), Sam Cordyn (CIPIQ-S), Alfons De Schutter (WVVK), Benjamin Fauquert (EBMPracticeNet), Siegfried Geens (CDLH), Didier Martens (Farmaka), Roy Remmen (Minerva), Thierry Van der Schueren (SSMG), Thérèse Van Durme (UCL), Patrick Van Krunkelsven (CEBAM), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet)
Groupe de pilotage:	Filip Ameye (RIZIV – INAMI), Marc Bossens (RIZIV – INAMI), Carl Cauwenbergh (RIZIV – INAMI), Annelies Cools (Kabinet Minister Sociale zaken en Volksgezondheid), Kurt Doms (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Erik Everaert (FAGG – AFMPS), Machteld Gheysen (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Margareta Haelterman (FOD Volksgezondheid – SPF Santé publique), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV), Mieke Walraevens (Kabinet Minister Sociale zaken en Volksgezondheid), Nabila Yahiou (SPF Santé publique – FOD Volksgezondheid)
Intérêts déclarés :	<p>Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine EBP Plan. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.</p> <p>Appartenance à un groupe de parties prenantes pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Bert Aertgeerts (Président CEBAM, président CDLH), Sam Cordyn (CIPIQ-S), Alfons De Schutter (PQK vzw, werkgroep ELR), Benjamin Fauquert (EBMPracticeNet asbl, CDLH asbl), Roy Remmen (MINERVA), Thierry Van der Schueren (SSMG), Patrick Vankrunkelsven (CEBAM), Mieke Vermandere (EBMPracticeNet asbl, KU Leuven)</p> <p>Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Benjamin Fauquert (CDLH), Roy Remmen (KCE rapport concernant dissémination (KCE 212)), Thierry Van der Schueren (honoraires pour la réalisation de travaux scientifiques dans le cadre de la prévention (Région wallonne))</p> <p>Participation à une étude scientifique ou expérimentale en qualité d'initiateur, de chercheur principal ('principal investigator') ou de chercheur : Thérèse Van Durme (Projet Gudelmans 'd' 2009-2010)</p>



Bourse, honoraire ou fonds pour un membre du personnel ou toute autre forme de compensation pour la conduite de la recherche visée au point précédent : Roy Remmen

Consultance ou emploi dans une société, association ou organisation à laquelle les résultats de ce rapport peuvent apporter des gains ou des pertes : Bert Aertgeerts (Inspirateur de EBMPPracticeNet, aucun intérêt financier), Didier Martens (employé asbl Farmaka), Roy Remmen (MINERVA), Mieke Vermandere (EBMPPracticeNet asbl)

Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Thierry Van der Schueren (congrès payé par SSMG)

Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel/laquelle les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact : Bert Aertgeerts (CEBAM, CDLH, Santé et Science), Benjamin Fauquert (Président EBMPPracticeNet), Siegfried Geens (Coordinateur CDLH vzw), Didier Martens (employé asbl Farmaka), Roy Remmen (MINERVA), Thierry Van der Schueren (secrétaire général SSMG), Mieke Vermandere (Coordinateur EBMPPracticeNet)

Layout :

Ine Verhulst

**Disclaimer :**

- **Les experts externes/stakeholders ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

6 février 2018

Domaine :

Health Services Research (HSR)

MeSH :

Evidence-Based Practice -- Delivery of Health Care -- Quality Assurance, Health Care -- Practice Guidelines -- Information Dissemination

Classification NLM :

WB 102.5 (evidence-based practice)

Langue :

Français

Format :

Adobe® PDF™ (A4)



Dépot légal : D/2018/10.273/11

ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »  
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Eyssen M, Benahmed N, Paulus D. Vers un plan intégré d'Évidence-Based Practice en Belgique – 2<sup>e</sup> partie : implémentation et gestion des performances – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. KCE Reports 291Bs. D/2018/10.273/11.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

