

La perception d'un guide de Recommandations de Pratique Clinique par les internes du CHU de Rennes

Françoise RIOU*, Pascal JARNO*, Nadia AIT SAHALIA*

Résumé *Contexte et but* : Évaluer comment les internes du CHU de Rennes perçoivent la mise en œuvre d'un guide de poche de recommandations de pratique clinique (RPC) sur le bon usage des examens complémentaires, deux ans après l'arrêt des actions de sensibilisation institutionnelles. **Méthodes** : Des entretiens directifs auprès de 20 internes de spécialité médicale ou résidents de médecine générale en stage dans un service de médecine du CHU ont été réalisés. Ils ont porté sur leur connaissance et leur utilisation du guide, et leurs attentes quant au contenu, à la forme et aux modalités d'élaboration et de diffusion de RPC. **Résultats** : La moitié connaissait avant l'entretien l'existence du guide. Ceux qui disaient l'utiliser régulièrement travaillaient tous dans le service du promoteur du document. L'avis sur le guide était largement positif (surtout parmi les résidents), avec une réserve sur l'obsolescence de certains algorithmes. Presque tous jugeaient le guide utile dans leur pratique quotidienne, essentiellement comme aide à la décision, et aide-mémoire. La moitié pensait qu'il pouvait faciliter leur tâche dans les domaines qui ne leur étaient pas familiers. Les plus anciens préféraient s'adresser directement au spécialiste. Parmi eux, certains estimaient les algorithmes trop théoriques et simplistes. La surprescription d'examen était attribuée au stress, au manque de rigueur liés à l'inexpérience, et à des problèmes d'organisation. Tous se prononçaient en faveur de la mise en place d'une démarche d'évaluation des pratiques. **Conclusion** : Le guide était insuffisamment connu par les internes, mais en général perçu comme utile et clair. Un effort d'accompagnement de sa diffusion est nécessaire.

Mots clés Recommandations de pratique clinique ; internes.

Summary *Abstract Objectives*: To assess how the house physicians of a teaching hospital perceive a pocket guide of clinical practice guidelines (CPG) on the appropriate use of diagnostic tests, two years after the promotion period was stopped by the hospital authorities. **Methods**: Structured interviews were performed with twenty house physicians in speciality training or general practice residents working in a medical ward of a teaching hospital. The interviews were aimed to assess their knowledge and use of the guide, and their expectations related to the content, the form and the ways of development and implementation of CPG. **Results**: Half of them knew already the guide before the interview. Those who said they were using it on a regular basis were all working in the ward whose director had promoted the document. The opinions on the guide were largely positive, (particularly among the residents training in general practice) except for the obsolescence of some algorithms. It was perceived first as an aid for clinical decision and an aide-mémoire. Half of the residents thought the guidelines could make their work easier in the areas they were not familiar with. Those with more years in training preferred to ask directly to the specialist. They often found the algorithms too theoretical and simplistic. The overprescription of diagnostic tests was attributed to stress, insufficient rigour due to lack of experience, and to organisational reasons. All were well in favour of medical practice assessments. **Conclusion**: The guide was insufficiently known, but generally perceived as useful and clear. Its promotion should be developed.

Keywords Clinical practice guidelines; residents.

Pédagogie Médicale 2002 ; 3 : 215-223

* Fédération ESTIMES, CHU de Rennes. Correspondance : Unité d'Évaluation-Accréditation - Service d'Epidémiologie et d'Hygiène Hospitalières - Hôpital Pontchaillou - 2, rue Henri Le Guilloux - 35 033 RENNES Cedex 9 - Tél. 02.99.28.42.64 Fax 02.99.28.43.65 - mailto:Francoise.riou@chu-rennes.fr

Introduction

Face à l'évolution continue des connaissances et techniques médicales et à la progression exponentielle des publications scientifiques, des travaux de synthèse à l'attention des praticiens se sont développés ces dernières années, aboutissant à l'élaboration et à la diffusion de « recommandations pour la pratique clinique » (RPC). Ces recommandations sont des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le malade dans leur décision concernant le caractère approprié des soins dans des circonstances cliniques données ». Ces documents apparaissent particulièrement précieux pour les médecins dont le champ de pratique est très large. Les services de médecine de CHU devenant de plus en plus spécialisés, mais accueillant pour partie des patients porteurs de pathologies extérieures à leur spécialité, c'est souvent aux internes qu'est confiée la prise en charge de ces problèmes. Un recueil d'algorithmes concernant les démarches diagnostiques face aux situations cliniques les plus courantes a été élaboré au CHU de Rennes entre 1993 et 1997¹. Le public concerné était, outre les praticiens hospitaliers, les internes de spécialité médicale et les résidents de médecine générale.

Cette étude évalue la façon dont ce document est connu, utilisé et perçu par les internes, deux ans après l'arrêt des actions de sensibilisation organisées au niveau institutionnel, le relais étant ou non pris par les médecins titulaires à l'échelon de chaque service.

La prescription d'examen complémentaires est l'un des piliers de la pratique médicale quotidienne ; de nombreuses publications font état d'un pourcentage important d'examen inappropriés pouvant aller jusqu'à 67 %². La mise en place de RPC vise l'amélioration des prescriptions. Mais l'acceptation de ce type de démarche par les professionnels est un préalable indispensable à tout changement de comportement, même si, bien entendu, elle ne suffit pas. Une étude menée à Grenoble³ a montré que 90 % des responsables médicaux de service ou d'unité du CHU, toutes disciplines confondues, considéraient les référentiels médicaux comme utiles pour améliorer la qualité des soins et 65 % reconnaissaient avoir besoin de ces référentiels pour les sujets touchant à d'autres disciplines médicales que la leur.

Entre 1993 et 1996 ont été élaborées au CHU des recommandations sur les stratégies de demandes d'examen complémentaires et d'avis spécialisés dans près d'une centaine de situations cliniques courantes, sur la base d'un consensus d'experts locaux, dans un but d'amélioration

des pratiques. (*cf. exemple encadré n° 1*). Ces RPC ont été validées sur le plan de leur clarté et de leur cohérence par un groupe de médecins seniors extérieurs à la spécialité concernée. Elles ont fait l'objet d'une première diffusion large auprès des prescripteurs, sous forme d'un fascicule par spécialité, accompagnées d'un courrier.

Cette première diffusion a été relayée par un programme expérimental d'aide à la mise en œuvre des RPC, s'appuyant sur une évaluation « formative »⁴ des pratiques médicales pendant dix-huit mois dans six unités de soins (dont les responsables, volontaires pour l'expérience, avaient été impliqués dans l'élaboration et la validation des RPC). L'évaluation des pratiques a été ciblée sur une dizaine de situations dans chaque service, librement choisies par l'équipe médicale dans l'éventail des RPC disponibles, relativement courantes dans l'unité mais en dehors de sa spécialisation. Les dossiers médicaux concernés étaient repérés par les cliniciens, faisaient l'objet d'un recueil d'informations et d'une analyse par des auditeurs extérieurs. Les discordances étaient analysées avec les médecins prescripteurs. Cette évaluation a impliqué neuf médecins seniors, six chefs de clinique-assistants et les internes (internes de spécialité et résidents de médecine générale) en fonction dans ces unités.

En parallèle, et s'appuyant sur les remarques des médecins impliqués dans ce programme, ont été réalisées des mises à jour des premières RPC. Ces RPC de seconde génération ont été rassemblées dans un livret de poche unique, diffusé fin 1997 à l'ensemble des praticiens seniors du CHU. Pendant les deux années suivantes, la diffusion a été déléguée à l'administration. Celle-ci mettait le guide à disposition des internes lors d'une journée d'accueil annuelle. Une table ronde d'une heure, animée par un médecin titulaire, était consacrée au thème du bon usage des examens complémentaires. Mais cette séance était destinée uniquement aux internes de spécialité. Sur les lieux de stage, chaque chef de service et chaque praticien avaient toute latitude pour relayer ou non cette information. En l'absence de relais logistique au niveau institutionnel, il n'y a eu aucune « injection de rappel » auprès des médecins « seniors ».

L'accompagnement personnalisé du guide auprès des internes n'a pas été assuré de façon continue par la majorité des praticiens seniors. Leur adhésion au contenu des RPC semble pourtant toujours forte, deux ans après : certains disent avoir recours personnellement aux recommandations et six avoir rectifié certaines pratiques dans leur service après la réalisation des audits cliniques. Mais

**Stratégie des examens complémentaires
devant un syndrome démentiel chez l'adulte**

BILAN SYSTEMATIQUE
• Ex. général et neurologique
• Scanner
• PL, EEG

Démence pure :
Association aphasie,
apraxie, agnosie,
Détérioration intellectuelle

AVIS SPECIALISE

Alzheimer ?

DEMENCEE ASSOCIEE A

SIGNES CLINIQUES
D'UNE MALADIE
GÉNÉRALE

Iatrogène
**Médicaments à action
centrale**

SIGNES
NEUROLOGUES

Nutritionnelle
**Alcool, dénutrition
vitaminique**

Thyroïdienne
C/fiches thyroïde

AVIS SPECIALISE

Myoclonies
Syndrome
cérébelleux

Creutzfeldt
Jakob

Tr. Marche
Tr. Sphincter
Dilatation
ventriculaire

Hydrocéphalie à
pression normale

Signe de
localisation
Sd de masse

Tumeur
cérébrale

ATCD A.V.C
Lésions
séquellaires

Démence
artériopathique

ATCD Trauma
image durale

Hématome
sous-dural
chronique

PL : Méningite
chronique

Infection SNC
- virale,
- bactérienne,
- opportuniste

OU

Maladies
inflammatoires
SNC

Version avril 96
Coordonateur Pr. Edan

leur vigilance quant à la promotion des RPC ne s'est pas, selon eux, maintenue dans le temps. Ainsi, au bout de deux ans, seul un médecin senior (l'initiateur de la démarche au niveau du CHU) poursuit une sensibilisation régulière des internes au cours des visites.

Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée par entretiens directifs⁵.

Population

Un panel de 20 internes a été constitué, il est représentatif de la distribution des internes en poste au moment de l'entretien dans les services de médecine du CHU, en fonction de leur statut et leur ancienneté :

- en cours de diplôme d'études de spécialité (DES) ou résidence en médecine générale (RMG).
- 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} semestres (junior) ou 4^{ème} semestre et plus (senior).

Le panel comporte 8 internes de spécialités (DES) seniors, 7 DES juniors, 3 RMG seniors, 2 RMG juniors. Neuf internes étaient en fonction, au moment de l'entretien, dans les unités médicales concernées par l'audit clinique. Les 11 autres internes exerçaient dans d'autres unités médicales du CHU.

Recueil de données

Les entretiens directifs ont été menés par une même enquêtrice, médecin, exerçant à l'extérieur du CHU, ayant la double expérience d'une pratique hospitalière de spécialiste et de généraliste.

Le guide d'entretien, semi-structuré, comportait les thèmes suivants :

- Le niveau d'information vis-à-vis du guide (si le guide leur était inconnu, il leur était remis et l'entretien était réalisé à quelques jours de distance).
- La perception du guide : utilité ressentie, crédibilité des recommandations locales : dix algorithmes particuliers étaient soumis à leur appréciation détaillée :
 - syndrome démentiel ;
 - syndrome confusionnel ;
 - accident vasculaire cérébral ;
 - anémie ;
 - thrombopénie ;
 - diabète ;
 - infection urinaire ;

- phlébite ;
- suspicion d'embolie pulmonaire ;
- suspicion de pyélonéphrite aiguë ;
- La Facilité d'accès à l'information (format et présentation).
- La perception par rapport à d'autres types de recommandations ou d'autres modes de diffusion.
- L'attitude vis-à-vis des RPC de façon générale : faisabilité, lien avec la prescription, intérêt pédagogique ou autre.

Les entretiens ont été réalisés sur les lieux d'exercice des médecins. Les interlocuteurs ont été laissés maîtres de la durée de l'entretien, qui a été de 60 à 90 minutes.

Analyse des données

Les entretiens retranscrits ont fait l'objet d'une première analyse par l'enquêtrice ayant mené les entretiens. Cette analyse a été validée avec deux médecins de santé publique du CHU, dont un, ayant participé à l'expérience faisant l'objet de l'évaluation.

Le traitement des données recueillies a compris :

- Une analyse verticale selon les différents thèmes du guide d'entretien⁶.
- Une analyse transversale, cernant les différents types de réponse pour chaque thème, faisant ressortir les plus importants et les variations des réponses en fonction du statut de l'interne et de son lieu de stage.
- Une extraction de citations permettant d'illustrer les opinions ou attitudes les plus fréquentes, ou simplement caractéristiques de la diversité des points de vue.

Résultats

Les internes et le Guide du bon usage des examens complémentaires

Un niveau d'information inégal

La moitié des internes interviewés avait eu connaissance de l'existence du guide actuel entre 1997 et 1999. Ils l'avaient reçu, soit de la direction, soit de leur chef de service, ou l'avaient trouvé dans le service au moment de leur prise de fonction (par exemple dans le bureau des internes). Le statut ou l'ancienneté n'intervenait pas dans la connaissance du guide. Parmi les internes qui ne connaissaient pas le guide avant le début de l'enquête, un DES sur deux, et tous les RMG, ont déclaré l'avoir lu avec intérêt.

Tous les internes pouvaient citer au moins 5 thèmes cli-

niques concernés par les recommandations, et pouvaient (sauf un DES senior) rapporter de mémoire certaines démarches diagnostiques. Certains connaissaient les noms de membres du groupe de réflexion ayant élaboré les recommandations.

Ceux qui disaient l'utiliser régulièrement et pouvoir disposer immédiatement de l'information souhaitée (guide dans la poche) (DES senior et juniors) étaient en stage dans le seul service où a été maintenue une action de sensibilisation régulière.

Perception du guide

Crédibilité : quelques-uns trouvaient le guide assez proche de leurs fiches personnelles, alors que d'autres trouvaient les documents qu'ils utilisaient complémentaires.

Un RMG senior : « La consultation du guide donne une réponse rapide à une question que je me pose. Je ne me noie pas dans un texte long, mais rien ne m'empêche d'affiner les réponses en me reportant à des monographies ».

Tous trouvaient les stratégies diagnostiques globalement appropriées. Ils ont tous émis de critiques constructives, sur la forme comme sur le fond, concernant les dix algorithmes particuliers soumis à leur appréciation. Pour la plupart des internes, les thèmes cliniques traités couvraient une grande partie des pathologies courantes rencontrées.

Presque tous (dont ceux qui ne s'y référaient pas) appréciaient le caractère incitatif de ces recommandations, « elles font partie des références du CHU de Rennes », tout en exprimant le besoin de rester maîtres de leurs prescriptions : « Ce sont des arbres synthétiques qui aboutissent à une conduite immédiate que je peux éventuellement compléter ».

L'absence de remise à jour était perçue comme nuisant à la crédibilité du guide par quelques-uns, « si je feuillette ce guide et que je tombe sur une conduite à tenir qui est dépassée, je n'aurai pas tendance l'utiliser ».

Format : pour la grande majorité, le format (guide de poche) en fait une source de documentation aisément accessible, « C'est pratique, à portée de main » ; « C'est un outil bien pratique qu'on garde dans la poche ».

La présentation du guide sous formes d'arbres décisionnels a été soulignée par tous les internes. Elle était bien acceptée par la plupart. « Cela me donne rapidement une vision synthétique de stratégies diagnostiques » (un RMG senior).

Pour les autres, ce caractère schématique constituait au contraire une limite à l'application de RPC. « Je ne suis

pas prêt à adopter ces algorithmes, ils ne favorisent pas la réflexion qu'on doit avoir face à un patient et ils ne prennent pas en compte la complexité du patient ».

Une utilité majoritairement reconnue

Le guide apparaissait utile à la grande majorité des internes. Seuls certains DES seniors estimaient qu'il n'avait guère d'utilité.

Tous les internes exprimant leur intérêt évoquent l'aide à la décision comme principal intérêt pratique : « La démarche pas à pas nous incite à plus de rigueur dans notre approche du patient ». L'aide à la décision a, selon eux, trois corollaires : l'amélioration de la qualité de la prise en charge de patients « en éliminant les examens non contributifs » ; un raccourcissement des délais d'obtention du diagnostic : « ce guide nous sert à prendre une décision pour arriver rapidement au diagnostic » ; une simple amélioration de la rentabilité financière pour certains DES seniors.

Selon la plupart d'entre eux, le guide a une fonction d'aide-mémoire, et leur permettait de « rafraîchir leurs connaissances ».

La plupart des RMG estimaient que la référence au guide les aidait à limiter le recours au spécialiste, « il vaut mieux, quand on a un doute, consulter le guide plutôt que de rester accroché une demi-heure au téléphone à tenter de joindre un spécialiste ». Quelques DES juniors préféreraient se référer à leur « chef » quand ils avaient un doute. Les autres préféreraient demander directement un avis spécialisé ou confier le patient au spécialiste concerné par le problème, « on travaille au CHU, on peut avoir rapidement au bout du fil un référent qui apportera une réponse à nos interrogations ». Mais certains DES seniors n'avaient pas le guide auparavant et comptent changer de pratique.

Tous les internes ayant exprimé leur intérêt pour le guide percevaient le guide comme important sur le plan pédagogique : « la répétition du recours au guide nous permettra de nous approprier les stratégies diagnostiques ». Les autres (DES seniors) le considéraient seulement comme « un soutien secondaire ».

L'apport du guide en tant qu'assurance sur le plan médico-légal n'a été évoqué que par un DES senior.

Les internes et les Recommandations de Pratique Clinique

Tous les internes favorables au document estimaient qu'une certaine uniformisation des démarches diagnos-

tiques était souhaitable : « *Cela évite les erreurs manifestes et ne dispense en aucun cas de la réflexion personnelle sur une situation donnée* ». Pour la plupart, le recours aux RPC permettait cette harmonisation.

Les autres par contre exprimaient des réticences : « *oui pour certaines situations cliniques. Mais quand il y a intrication des pathologies cela est moins évident. Et on ne peut pas devenir des robots* ».

Certains internes étaient conscients du fait que la mise en place de RPC n'empêche pas toute dérive des pratiques de prescription. Parmi les obstacles évoqués par les internes les plus jeunes, étaient cités le stress, le manque de rigueur liés à l'inexpérience. L'ensemble des internes était également conscient des contraintes liées aux modes d'organisation du travail, à l'origine de doublons non justifiés. De même, le fonctionnement en temps réel contraignait tous les internes à regrouper les examens complémentaires en début de séjour pour limiter la durée d'hospitalisation : « On ne peut pas toujours se permettre de faire une démarche pas à pas ».

Tous se prononçaient en faveur de la mise en place d'une démarche d'évaluation des pratiques, estimant qu'elle pourrait contribuer à la modification de leurs comportements.

Discussion

La méthode utilisée

Cette technique de recueil de données, en favorisant la production d'un discours sur un sujet donné, permet de retirer des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés. La souplesse du cadre de l'interview, le travail d'écoute et d'adaptation de l'enquêteur, permettent à l'interviewé d'exprimer ses expériences, ses perceptions, ses représentations sans être prisonnier des questions pré-établies⁵. La méthode choisie a permis d'établir une typologie des attitudes des internes en fonction de leur statut et de leur ancienneté, ainsi qu'une liste des facteurs facilitant ou freinant l'adoption des RPC. Les résultats de cette étude qualitative vont être prolongés par une étude plus large auprès de l'ensemble des internes des services de médecine des établissements de Bretagne.

Concernant la connaissance préalable du guide de poche, les internes et résidents ayant reçu le guide à l'occasion de cette étude étaient susceptibles d'avoir un avis différent des autres, en raison de leur manque de recul. En fait, les opinions favorables concernaient tous les résidents de

médecine générale et les internes en début de spécialisation, sans exception, qu'ils aient ou non possédé le guide avant la première prise de contact avec l'enquêteur. Et, parmi les internes en fin de spécialisation déclarant ne pas utiliser ou vouloir utiliser le guide, la moitié ne le connaissaient pas antérieurement.

La prescription d'examens complémentaires et l'acceptation du principe d'une démarche d'amélioration s'appuyant sur des RPC

Dans notre étude, la majorité des internes interviewés pensent souhaitable d'uniformiser les démarches diagnostiques et estiment que le recours aux RPC le permet. Les plus réfractaires à la démarche sont certains des internes en fin de cursus de spécialité, cependant les DES seniors ne sont pas tous réticents : deux expriment une désapprobation globale, vis-à-vis du guide du CHU mais aussi des RPC en général, sur quatre qui déclarent ne pas utiliser ou vouloir utiliser le guide du CHU. Les quatre autres disaient s'y référer en cas de besoin. Les DES exerçant dans les spécialités les plus techniques, chez des patients ayant une durée de séjour très courte, sont les plus réticents. Le principal motif invoqué pour un rejet du principe même des RPC est le risque d'une robotisation des médecins.

Ce risque est perçu par les internes et résidents ayant exprimé un avis favorable, car nombreux sont ceux qui, indépendamment de leur statut ou de leur ancienneté, explicitent leur volonté d'utilisation « intelligente » de l'outil. Les critiques et suggestions d'amélioration formulées pour certains des algorithmes montrent également leur capacité critique.

De telles manifestations de « bonnes intentions » ne permettent cependant pas d'assurer que le guide ne sera pas utilisé par certains comme un « livre de recettes » commode. Si on considère les médecins hospitaliers exerçant en CHU, ceux-ci sont dans l'ensemble favorables à la diffusion de recommandations.

Les préalables à une possible utilisation de RPC par les praticiens

Au-delà de l'acceptation du principe d'un recours à des RPC et toujours sans préjuger de l'impact de la démarche en termes de changements de comportement, il est néces-

saire, pour que des médecins envisagent d'utiliser des RPC données :

- que l'élaboration de celles-ci ait été une démarche collective, associant experts et utilisateurs^{7,8,9} ;
- que ces derniers adhèrent au contenu et à la fonction de ces RPC¹⁰ ;
- que l'information soit accessible au plus près de l'acte de prescription¹¹⁻¹⁶ ;
- que leur diffusion soit articulée avec des stratégies d'accompagnement et d'incitation.

Dans notre cas, les trois premières caractéristiques étaient relativement bien remplies, la quatrième faisait largement défaut. Un interne interrogé sur deux ignorait l'existence même du guide, certains internes disaient demander un avis spécialisé au lieu de se référer dans un premier temps au guide. Pourtant, le guide a été conçu pour répondre aux interrogations des prescripteurs dans les domaines qui ne relèvent pas de leur spécialité. La « philosophie » première du guide n'est donc pas bien passée auprès de tous les internes. Ce phénomène peut s'expliquer du fait d'un double déficit de diffusion (entièrement déléguée à l'administration) et d'accompagnement par les médecins seniors sur les lieux de stage. En l'absence de diffusion il est évident que la question de l'impact des RPC sur les comportements professionnels n'a pas de sens.

Dans le cas présent, il semble relativement facile de mettre en place une diffusion systématique du guide par l'administration, à partir d'un listing établi par la faculté, tous les ans, à tous les nouveaux internes, indépendamment de leur lieu de stage (CHU ou CH). Mais une diffusion « administrative » exhaustive ne suffit pas. La simple diffusion d'une RPC s'est révélée ne pas avoir d'impact sur les comportements des professionnels. Mittman¹⁷ insiste sur l'importance de l'influence du groupe de pairs, et, durant la période d'apprentissage, de celle des médecins seniors, dans l'adoption de nouveaux comportements. Comme l'ont évoqué les internes réfractaires à la démarche, la diffusion d'un guide volontairement schématique, sans explication de ses principes d'utilisation, à des médecins en cours de formation, plus influençables et avides de « recettes », pourrait même conduire à des effets pervers. L'accompagnement de la diffusion est considéré comme un des déterminants les plus importants de l'impact des recommandations¹⁸⁻²⁴. Dans le projet initial du groupe ayant conçu le guide, il était prévu que ceux-là mêmes qui avaient participé à la conception, auraient à les appliquer et à les faire appliquer par leurs collaborateurs dans au moins huit services de médecine. Or, deux ans

après la fin de l'évaluation des pratiques de prescription qui avait accompagné la diffusion du guide, l'accompagnement personnalisé de sa diffusion, expliquant les logiques qui ont guidé l'élaboration des RPC et permettant des échanges entre concepteurs et utilisateurs, n'a été assuré de façon continue que dans un service, celui où exerce l'initiateur de la démarche ; et c'est bien dans ce service que l'utilisation du guide par les internes est la plus régulière. Pour cinq des autres praticiens seniors ayant participé à la mise au point des recommandations, le guide a fait l'objet d'explications et de compléments pédagogiques dans l'année qui a suivi sa parution. Ils ont eux-mêmes toujours le souci d'appliquer ces recommandations et de discuter avec leurs internes de la pertinence des stratégies diagnostiques proposées. Mais ils ne font pas explicitement référence au guide devant les internes, et ne les incitent donc pas à son utilisation. Leur motivation de départ n'a pas été soutenue par l'établissement sur le moyen terme, ni sur le plan de la reconnaissance institutionnelle, ni sur le plan logistique. Les médecins seniors sont pourtant les premiers référents des internes, qui sont « placés au sein d'un groupe où le chef incarne la norme »²⁴. L'effort d'incitation réalisé lors de la journée d'accueil des nouveaux internes de spécialité apparaît donc insuffisant. Il doit être relayé par une démarche pédagogique continue. La faiblesse du dispositif n'est pas propre à la démarche rennaise : l'étude menée au CHU de Grenoble a mis en évidence que les référentiels médicaux étaient distribués aux internes dans 13 % des cas, et que la procédure d'information n'était jamais formalisée³.

Tout changement de comportement reste précaire et nécessite une politique de renforcement si l'on veut qu'il soit maintenu, même en ce qui concerne les praticiens seniors les plus motivés. Au CHU de Rennes, la diffusion du guide n'a été accompagnée par un médecin « senior » que dans un seul service depuis 1997. Il n'y a pas eu de rappel. L'actualisation du guide est à l'ordre du jour. Mais le temps à passer par les « leaders d'opinion » devra être partagé entre l'amélioration de la qualité du contenu et un accompagnement de sa diffusion.

Remerciements

- Au Professeur EDAN, qui est à l'origine de l'élaboration du « guide du bon usage des examens complémentaires dans les situations médicales courantes » du CHU de Rennes et de sa promotion au sein de l'établissement.

- A l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), qui a financé ce travail.

- Aux membres du groupe de réflexion sur les examens complémentaires : J.L. Avril (Bactériologie), I. Bahon (Immunologie-Hématologie), J. Bouget (Urgences), J. Bourdinière (Président CME), P. Bourguet (Médecine nucléaire), V. Cahagne (Urgences), M. Carsin (Radiologie), C. Cattenoz (Gériatrie), G. Chales (Rhumatologie), G. Defawe (Pédiatrie), B. Desrues (Pneumologie), Y. Deugnier (Hépatologie), R. Dévy (Président de l'Internant), D. Dormoy (Anesthésiologie), R. Duvauferrier (Radiologie), G. Edan (Neurologie), D. Gédouin (Cancérologie), B. Grosbois (Médecine Interne), J. Goasguen (Hématologie), F.

Guillé (Urologie), D. Heresbach (Gastro-Entérologie), P. Jégo (Médecine Interne), P. Kerbrat (Cancérologie), Y. Kerdilès (Chirurgie Vasculaire), B. Langella (Echographie), M. Laurent (Cardiologie), M.C. Laurent (Gynécologie), A. Le Treut (Biochimie), R. Lebars (Explorations Fonctionnelles), C. Lucas-Clerc (Hormonologie), C. Massart (Hormonologie), D. Maugendre (Diabétologie), F. Paillard (Lipidologie), A. Perdriger (Immunologie Clinique), J.F. Pinel (Neurologie), P. Poulain (Gynécologie), A. Ramée (Radiologie), F. Riou (Santé Publique), J. Rivallan (Néphrologie).

Références

1. Groupe de réflexion sur les examens complémentaires, Du bon usage des examens complémentaires dans les situations médicales courantes. CHU de Rennes. Janvier 1997 (document interne).
2. Sucov A, Bazarian JJ, de Lahunta EA, Spillane MD. Test ordering guidelines can alter ordering patterns in an academic emergency department, *J Emerg Med* 1999 ; 17 : 391-7.
3. François P, Frappat P, Guimier E, Bertrand D, Calop J. Opinions et pratiques des médecins sur l'utilisation des référentiels médicaux à l'hôpital, *Santé publique* 1999 ; 11 : 335 - 43.
4. Riou F, Gour C. Démarche d'évaluation de la qualité des soins sur le bon usage des examens complémentaires - Bilan final. CHU de Rennes. Octobre 1997.
5. Blanchet A. L'entretien dans les sciences sociales : l'écoute, la parole et le sens. Paris, Dunod. 1995 (document interne).
6. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data, *BMJ* 2000 ; 320 : 114-16.
7. Durieux P, Ravaud P. L'évaluation des pratiques cliniques à l'hôpital: recommandations ou «Références Médicales Hospitalières», *Journal d'Economie Médicale* 1996 ; 14 : 229-34.
8. Sherman CR, Potosky AC, Weis KA, Ferguson JH. The consensus Development Program detecting changes in medical practice following a consensus conference on the treatment of prostat cancer, *Int J Technol Assess Health Care* 1992 ; 8 : 683-93.
9. Davis DA, Thomson MA. Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical educational strategies, *JAMA* 1995 ; 274 : 700-5.
10. Stange KC, Kelly R, Chao S, Zvzanski SJ, Shank JC, Jaen CR, Melnikow J, Flokke S. Physician agreement with U.S. Preventive Service Task Force Recommendations, *J Fam Pract* 1992 ; 34 : 409-16.
11. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace J, Russel I, Hurwitz B, Watt I, Long A, Sheldon T. Developing and implementing clinical practice guidelines, *Quality in Health Care* 1995 ; 4 : 55-64.
12. Durand-Zaleski, I. Elaboration et mise en place des recommandations de pratique clinique : l'expérience de l'hôpital Henri-Mondor, *Gestions Hospitalières* 1997 ; 653-7.
13. Durieux, P, Ravaud P, Chaix C, Durand-Zaleski I. La formation médicale continue améliore-t-elle le comportement des médecins ? *La Presse Médicale* 1999 ; 28 : 468-72.

14. Kaplan, JG, Lamprey J. *Implementing physician buy-in to practice guidelines*, *Med Interface* 1995 ; 8 : 64-8.
15. Lobach DF, Hammond WE. *Computerized decision support based on a clinical practice guideline improves compliance with care standards*. *Am JMed* 1997 ; 102 : 89-98.
16. Maisonneuve H, Pazart L, Dosquet P, Carpentier F, Durocher A, Matillon Y. *Recommandations médicales et professionnelles*. *Journal d'économie Médicale* 1998 ; 16 : 159-65.
17. Mittman BS, Tonesk X, Jacobson PD. *Implementing Clinical Practice Guidelines : Social Influence Strategies and Practitioner Behavior Change*. *QRB* 1992 ; 18 : 413-22.
18. Weingarten, S, Riedinger NS, Conner L et al. *Practice guidelines and reminders to reduce duration of hospital stay for patients with chest pain*. *Ann Intern Med* 1994 ; 120 : 257-63.
19. Grimshaw J, Russell IT. *Effects of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations*. *Lancet* 1993 ; 342 : 1317-22.
20. Lomas J. *Words without action? The production, dissemination and impact of consensus recommendations*. *Annu Rev Publ Health* 1991 ; 12 : 41-65.
21. Palmer RH, Hargraves JL, Orav J, Wright EA, Louis TA. *Leadership for quality improvement in group practices*. *Med Care* 1996 ; 34 (9 Suppl) : S540-51.
22. Thomson R, Lavender N, Madhok R. *How to ensure the guidelines are effective*. *BMJ* 1995 ; 311 : 237-42.
23. Weingarten S, Ellrodt AG. *The case for intensive dissemination: adoption of practice guidelines in the coronary care unit*. *QRB* 1992 ; 18 : 449-55.
24. Durieux P(Ed). *Comment améliorer les pratiques médicales? Les Dossiers de l'Institut d'Etudes Politiques de Santé, Paris, Flammarion, 1998*.