

# Faire connaître les recommandations d'un guide de pratiques : développement et évaluation d'une intervention de formation continue

Johanne GOUDREAU<sup>1,2</sup>, Isabel RODRIGUES<sup>1,3</sup>, Lyne LALONDE<sup>1,4,5</sup>, Martine FOURNIER<sup>1</sup>

**Résumé** *Contexte:* Une trousse de pratiques préventives des fractures de fragilisation a été développée et présentée lors d'un atelier de formation continue, offert aux médecins de famille dans leur milieu de travail. L'objectif de l'intervention est de diffuser les recommandations du guide de pratiques canadien sur l'ostéoporose. **Buts:** Évaluer les facteurs influençant l'utilisation de la trousse et mesurer les changements du niveau de connaissances des médecins lorsque la trousse est utilisée. **Sujets:** Quarante-quatre médecins de famille en clinique privée et en centre local de services communautaires de la région de Laval (banlieue de Montréal) ont participé à l'intervention et complété un questionnaire sur leurs connaissances au début et à la fin de l'atelier. Une entrevue semi-structurée a été réalisée avec 12 médecins, trois à six mois après l'atelier, pour documenter l'utilisation de la trousse. **Résultats:** Une amélioration des connaissances des facteurs de risque (pré-atelier: 80 % versus post-atelier 100 %), des tests diagnostics (40 % versus 100 %) et des ressources communautaires disponibles (0 % versus 50 %) a été observée. Tous les médecins interviewés s'accordent sur la qualité et l'utilité potentielle de la trousse. Huit médecins ont utilisé au moins une section de la trousse. Les raisons pour ne pas l'avoir utilisée sont: 1) avoir oublié; 2) avoir l'impression d'en connaître le contenu; 3) manquer de temps. **Conclusion:** Une trousse de pratiques préventives des fractures de fragilisation présentée lors d'un atelier de formation continue peut constituer une méthode efficace de dissémination des lignes directrices de traitement.

**Mot clés** Formation continue; ostéoporose; recommandations de pratique clinique.

**Abstract** *Context:* A tool kit on the prevention of fragility fractures has been developed and presented during a workshop to family physicians in their medical clinic. The objective of the intervention was to disseminate the osteoporosis practice guidelines. **Goals:** To identify factors influencing the preventive tool kit's utilisation and to measure the change in participant physician's knowledge while using the tool kit. **Subjects:** Family physicians (44) working in private practice and in local centre of community services in the area of Laval (suburb of Montreal) attended the workshop and have completed a knowledge questionnaire before and after the workshop. A semi-structured interview was conducted with 12 physicians, three to six months after the workshop, to document their use of the tool kit. **Results:** An improvement in the knowledge of the risk factors (before the workshop: 80% versus after the workshop: 100%), the diagnostic tests (40% versus 100%), and the available community resources (0% versus 50%) have been observed. All interviewed physicians agreed on the quality and potential usefulness of the toll kit. Eight physicians have used at least one section of the tool kit. Reasons for not using it were: 1) forgetting about it; 2) feeling knowledgeable about its content; 3) lack of time. **Conclusion:** A tool kit on the prevention of fragility fracture presented within a workshop may be an effective method to disseminate practice guidelines.

**Key words** Continuing education; osteoporosis; practice guidelines.

*Pédagogie Médicale* 2005; 6: 147-159

1- Équipe de recherche en soins de première ligne - Centre de santé et de services sociaux de Laval - Québec - Canada

2- Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal - Québec - Canada

3- Faculté de médecine - Département de médecine familiale - Université de Montréal - Québec - Canada

4- Faculté de pharmacie - Université de Montréal - Québec - Canada

5- Chaire Aventis Pharma en soins pharmaceutiques ambulatoires - Québec - Canada

Correspondance : Johanne Goudreau - Équipe de recherche en soins de première ligne - Centre de santé et de services sociaux de Laval - 1755 boul. René-Laennec - Local D-S145 Laval - Québec H7M 3L9 - Téléphone : (1) 450-668-1010 poste 2683

Fax : (1) 450-975-5089 - mailto: johanne.goudreau@umontreal.ca

## Introduction

L'utilisation de « guides de pratiques » ou de « recommandations pour la pratique clinique » ou encore de « lignes directrices » (*guidelines*) constitue actuellement une stratégie pour améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement de certains problèmes de santé. Par exemple, au Canada récemment, est paru un guide de pratiques en matière de prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose<sup>1</sup>. En effet, certaines études mettent en évidence que la prévention et le traitement de l'ostéoporose sont problématiques. Ainsi, un sondage effectué auprès de 1 500 femmes du Connecticut indique que seulement 12 à 34 % des femmes à risque élevé ont bénéficié d'une mesure de la densité minérale osseuse<sup>2</sup>. De plus, une vaste étude longitudinale réalisée dans 34 états américains (n = 200 160) a démontré que près de la moitié des personnes de 50 ans et plus, sans diagnostic antérieur d'ostéoporose, présente à l'ostéodensitométrie une ostéopénie, dont 7 % une ostéoporose<sup>3</sup>.

Toutefois, il semble que l'adoption des guides dans les pratiques cliniques courantes présente de sérieuses lacunes<sup>4</sup>. Bien que la majorité des médecins soient positifs à leur égard et les croient utiles pour améliorer la qualité des soins, nombreux sont ceux qui ne les adoptent pas<sup>5</sup>. L'observance aux recommandations des guides de pratiques varierait entre autres en fonction de leur mode de diffusion. Or, la plupart des guides de pratiques sont diffusés par la distribution de matériel écrit. Par exemple, celui sur l'ostéoporose a été publié dans une revue professionnelle à grand tirage et comporte 36 pages. Pourtant, les résultats de différentes revues systématiques des écrits scientifiques suggèrent que la distribution de matériel éducatif imprimé, visant un changement de pratique clinique, soit jumelée à une autre intervention éducative<sup>6</sup>. De plus, d'autres études montrent que les interventions éducatives actives et comportant plusieurs volets semblent généralement avoir un impact favorable sur le comportement des médecins, comparativement aux interventions passives impliquant un seul volet<sup>4,7</sup>.

Tenant compte de ces données, des chercheurs ont développé une intervention de formation continue à l'intention des médecins de famille d'une région de la province de Québec (ville de Laval), ayant pour but de faire connaître les recommandations du plus récent guide de pratiques canadien en matière de prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose<sup>1,8</sup>. L'intervention de formation

continue comprend : 1) une « trousse » de pratiques préventives des fractures de fragilisation ; 2) un atelier interactif d'une heure dans le milieu de travail des médecins. Cet article présente les résultats d'une étude évaluative concernant cette intervention de formation continue.

## Objectifs

L'étude visait principalement à documenter les facteurs influençant l'utilisation de la trousse par les médecins lors des consultations médicales et, secondairement, à évaluer, avant l'atelier sans la trousse et immédiatement après l'atelier avec l'aide de la trousse, l'utilisation de connaissances concernant le dépistage, la prévention et le traitement de l'ostéoporose.

## Intervention

### Développement et validation de la trousse

La trousse de pratiques préventives des fractures de fragilisation ([http://www.citesante.laval.qc.ca/recherch/trousse\\_pratiques.html](http://www.citesante.laval.qc.ca/recherch/trousse_pratiques.html)) est basée sur les plus récentes lignes directrices de pratique clinique pour le diagnostic et le traitement de l'ostéoporose au Canada<sup>1</sup>. Ces lignes directrices répondent aux standards de qualité pour ce type de publication et s'appuient sur une analyse récente des données probantes. De plus, une consultation systématique des écrits réalisée à l'aide des mots clés suivants : « *consensus development conference, guideline, practice guideline, osteoporosis, fractures, prevention, risk factor, elderly* », a permis d'identifier 11 guides de pratiques nord-américains, dont les références sont indiquées dans la trousse, qui ne présentaient pas de divergences majeures avec le guide canadien<sup>1</sup>. Afin de compléter la trousse, un guide portant sur la prévention des chutes a été utilisé<sup>8</sup>.

La trousse comprend deux algorithmes (ou arbres décisionnels). Le premier sert de guide au médecin pour le dépistage des facteurs de risque d'ostéoporose et de chutes ainsi que pour le diagnostic de l'ostéoporose. Le deuxième vise à aider le médecin en indiquant les options de prévention et de traitement à privilégier en fonction des facteurs de risques identifiés. La trousse offre aussi au médecin un aide-mémoire pharmacologique qui comporte une liste de suppléments vitaminiques et de médicaments pouvant être utilisés dans le traitement de l'ostéoporose, leur mode d'administration, leur coût, leur indication (prévention ou traitement) ainsi que les bénéfices, les

risques et les effets indésirables qui y sont associés. De plus, la trousse comprend une fiche détachable à l'intention des patients. Cette fiche indique le résultat du test de la mesure de la densité osseuse du patient ainsi que les recommandations du médecin concernant les changements de style de vie suggérés ; sont aussi inscrits les organismes communautaires qui offrent des ressources pouvant faciliter ces changements. Enfin, la trousse est accompagnée de diverses brochures des organismes communautaires à remettre aux patients si c'est nécessaire.

Huit experts (médecins spécialistes de l'ostéoporose, dont l'auteur responsable du guide de pratiques canadien ; médecins de famille ayant une expertise en santé des femmes et en gériatrie ; pharmaciens ; physiothérapeute et ergothérapeute ayant une expertise en prévention des chutes et une connaissance des ressources dans la communauté) ont validé le contenu de la trousse en fonction de quatre critères : 1) justesse des informations ; 2) pertinence des informations ; 3) présentation graphique ; et 4) faisabilité d'utilisation en soins de première ligne. De plus, un groupe de discussion réunissant des médecins de famille œuvrant dans divers lieux de pratique a été tenu pour valider le format de la trousse.

### Atelier de formation

L'atelier a été développé par deux des chercheurs (JG, IR) et par une résidente en médecine familiale. Il visait essentiellement à familiariser les médecins à l'utilisation de la trousse. D'une durée d'une heure et basé sur une approche interactive, l'atelier comportait : 1) un pré-test basé sur une vignette clinique visant à centrer rapidement l'attention des participants sur le sujet ainsi qu'à stimuler leur réflexion et la discussion en permettant une évaluation de leurs connaissances ; 2) une brève présentation informant les médecins sur la démarche d'élaboration de la trousse et les objectifs de l'étude ; 3) une revue des différentes sections de la trousse au cours de laquelle, trousse en mains, les médecins étaient invités à discuter de la vignette (hiérarchisation des facteurs de risque et modalités de traitement), à commenter et à poser des questions sur la trousse ; 4) le visionnement d'un enregistrement magnétoscopique d'une consultation médicale illustrant l'utilisation de la trousse, suivi d'une discussion ouverte et 5) un post-test, à savoir la répétition du pré-test. Les médecins participant à l'atelier recevaient un crédit de formation continue du Collège des médecins du Québec.

### Méthodes

Un protocole comprenant une méthode quantitative (évaluation des connaissances) et une méthode qualitative (évaluation de l'utilisation de la trousse) a été utilisé. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local et tous les participants ont signé un formulaire de consentement.

Tous les médecins de famille de quatre cliniques privées et d'un centre local des services communautaires (CLSC) ont été invités à participer à l'atelier de formation qui se déroulait dans leur clinique respective, tôt le matin ou à l'heure du repas de midi. Les médecins participants (n = 44) ont complété un questionnaire portant sur la prévention et le traitement de l'ostéoporose au début et à la fin de l'atelier. Trois à six mois après la participation à l'atelier, des entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées avec 12 médecins pour documenter dans quelle mesure ceux-ci utilisaient la trousse. Les participants à l'entrevue ont été choisis au hasard (trois par clinique) parmi les participants à l'atelier. Douze entrevues ont été suffisantes à l'atteinte de la saturation des données, c'est-à-dire pour que l'ajout d'un nouvel informateur n'apporte plus de nouvelle information. Les médecins ont reçu une rémunération de 50 \$ pour le temps consacré à la réalisation de l'entrevue.

### Évaluation des connaissances

Pour documenter les connaissances des médecins participant, un questionnaire administré au début et à la fin de l'atelier a été utilisé. Ce questionnaire était composé de quatre questions reliées à une vignette clinique (Tableau 1). À la fin de l'atelier, il était possible de se référer à la trousse pour répondre au questionnaire.

### Évaluation de l'utilisation de la trousse

L'évaluation de l'utilisation de la trousse a été effectuée trois à six mois après la tenue de l'atelier de formation, à l'aide d'une entrevue semi-structurée. Le guide d'entrevue (Tableau 2) a été élaboré en se basant sur la méthode des incidents critiques et sur celle de la stratégie analytique de Paillé<sup>9</sup>. D'une part, la méthode des incidents critiques permet d'explorer l'« expérience d'un phénomène » comme l'utilisation de la trousse, en encourageant la tendance naturelle des gens à raconter des anecdotes tout en se concentrant sur un champ d'intérêt précis ; elle a l'avantage de ne pas être basée sur des intuitions ou des

## Tableau 1 : Vignette clinique et questions pour l'évaluation des connaissances utilisées au début et à la fin de l'atelier

Madame Bouchard, 55 ans, est atteinte de pseudopolyarthrite rhizomilique. Elle prend 10 mg de prednisone par jour depuis un an. Elle souffre de douleurs lombaires chroniques depuis 4 ou 5 ans. Il y a un an, elle a subi une fracture du poignet droit, suite à une chute sur la glace. Elle n'a jamais fait d'autre chute et ne présente pas de facteurs de risque à cet effet. Par ailleurs, elle a eu une cholécystectomie il y a 5 ans.

Ménopausée depuis l'âge de 52 ans, elle présente des symptômes vasomoteurs.

Madame Bouchard a été adoptée et ne connaît pas ses antécédents familiaux. Elle ne fume pas, elle boit deux tasses de café, une portion de chocolat, ainsi que deux tasses de thé par jour. Au journal alimentaire, on note un régime pauvre en calcium et en vitamine D. Elle prend du Ginkgo Biloba tous les jours.

À l'examen physique, il s'agit d'une femme qui pèse 54 kg et mesure 1,65 m. (IMC de 20). L'examen de la colonne vertébrale révèle une douleur à la palpation des apophyses épineuses de L4 et L5 ; le reste de l'examen de la colonne est normal, ainsi que la suite de l'examen physique.

Une radiographie de la colonne lombaire a été réalisée, sur laquelle on note une arthrose plus marquée de L3 à L5, ainsi que des signes compatibles avec de l'ostéopénie.

### Questions

- 1) Quels sont les facteurs de risque d'ostéoporose que vous identifiez chez cette patiente ?
- 2) Vous recevez les résultats de la densité minérale osseuse et la patiente a un score T de -2,8 ce qui correspond à de l'ostéoporose. Quel bilan demanderiez-vous pour exclure une ostéoporose secondaire ?
- 3) Quelle est votre conduite chez cette patiente, en sachant que le bilan demandé pour exclure une ostéoporose secondaire est normal ?
- 4) À quelles ressources communautaires allez-vous référer cette patiente ? (Soyez précis)

opinions mais sur des faits et elle permet de dresser un large portrait des activités cliniques<sup>10</sup>. Les médecins rencontrés étaient invités à raconter une utilisation de la trousse réalisée avec un de leurs patients.

D'autre part, en s'inspirant de l'approche de la stratégie analytique de Paillé<sup>9</sup>, nous avons élaboré des questions spécifiques liées aux objectifs de l'étude. Nous avons ensuite adopté une démarche itérative permettant d'adapter ces questions au fur et à mesure de l'analyse afin de répondre le plus précisément possible aux objectifs de l'étude.

### Analyse des données quantitatives

Pour chacune des questions du pré-test et du post-test, une grille de correction a été élaborée et un score a été calculé. Un point a été attribué pour une réponse exacte alors que d'autres éléments que ceux attendus obtenaient une valeur nulle. Pour chaque élément de réponse, le nombre et le pourcentage de réponses exactes étaient rapportés. Par exemple, pour la question 1 (Quels sont les facteurs de risque d'ostéoporose...), nous avons comptabilisé le nombre et le pourcentage de médecins qui ont rapporté

**Tableau 2 :**  
**Guide d'entrevue utilisée lors des entretiens semi-structurés dans le cadre de l'évaluation de l'intervention de formation continue**

**Guide d'entrevue – Incident critique**

**Partie I – Incident critique**

Je vais vous demander de vous souvenir d'une occasion où vous vous êtes servi(e) de la trousse avec l'un de vos patients. Pouvez-vous me décrire, avec le plus de détails possibles, comment ça s'est passé ?

Décrire le patient : homme / femme / âge / facteurs de risque / etc. ; section(s) utilisée(s) ; impact(s) : pratique – diagnostique / ordonnance / prévention / ressources ; réaction du patient face au médecin qui utilise la trousse ; médecin a-t-il complété une feuille des ressources pour le patient ?

**Partie II – Questions complémentaires à l'incident critique**

- 1) Est-ce que vous croyez que la trousse de pratiques préventives a influencé votre pratique de façon significative ? Si oui, qu'est-ce qui a changé ? Si non, qu'est-ce qui fait qu'il n'y a pas eu de changement significatif ?
- 2) Quelles étaient vos attentes par rapport à la trousse de pratiques préventives des fractures de fragilisation ?
- 3) Comment la trousse a-t-elle ou non répondu à ces attentes ?
- 4) Y a-t-il une section de la trousse dont vous vous servez particulièrement ?
- 5) Est-ce que vous croyez que votre utilisation de la trousse aurait été différente si elle ne vous avait pas été présentée à l'aide de l'atelier de formation ? Si vous aviez reçu la trousse par la poste ou si elle vous avait été présentée par un représentant pharmaceutique plutôt que lors d'un atelier de formation, l'auriez-vous utilisée ?
- 6) Est-ce que vous désirez ajouter des commentaires ?

la prise de prednisone comme facteur de risque. De plus, pour chaque question, nous avons calculé le pourcentage de réponses exactes pour chaque médecin. Le pourcentage médian de réponses exactes au pré et au post-test a également été rapporté. La signification statistique des différences observées a été évaluée à l'aide du test de Wilcoxon pour des données appariées.

**Analyse des données qualitatives**

Pour l'analyse des données qualitatives, toutes les entrevues ont été retranscrites. Deux membres de l'équipe (JG, MF) les ont lues de manière indépendante et en ont fait ressortir les éléments importants. Ensuite, il y a eu mise en commun des éléments sans divergence majeure entre les

deux analystes. Puis, les éléments ont été classés en fonction des thèmes visés par chacune des questions de la grille d'entrevue et en fonction d'autres thèmes qui ont été soulevés par les médecins interrogés, permettant ainsi de tenir compte des autres éléments qui se sont ajoutés lors des entrevues.

**Résultats**

**Participants**

Les médecins de famille de huit cliniques privées et d'un CLSC ont été invités à participer à l'atelier de formation. Quatre cliniques médicales privées et le CLSC ont accepté l'invitation. Parmi les 73 médecins invités, 44 se

**Tableau 3 :**  
**Caractéristiques des médecins ayant respectivement participé à l'atelier de formation continue et interrogés lors de l'évaluation de la formation**

Caractéristiques des médecins de famille	Atelier de formation continue (n = 44)	Entrevue semi-structurée (n = 12)
Genre : n (%)		
Femmes	28 (64 %)	5 (42 %)
Hommes	16 (36 %)	7 (58 %)
Type de pratique : n (%)		
Clinique privée	34 (77 %)	9 (75 %)
CLSC	10 (23 %)	3 (25 %)
Expérience clinique (année) :		
Moyenne (écart-type)	17 (9)	20 (10)

CLSC : Centre local des services communautaires

sont présentés à l'atelier de formation (60 %). Tel que rapporté au *tableau 3*, les deux tiers étaient des femmes et pratiquant en clinique privée. En moyenne, les médecins avaient 17 années d'expérience en pratique clinique. Un médecin est arrivé en retard et n'a pas répondu au pré-test alors que trois autres ont dû quitter avant la fin et n'ont pas répondu au post-test. Douze médecins ayant participé à l'atelier ont été rencontrés pour l'entrevue. Il s'agissait majoritairement d'hommes (58 %) pratiquant en clinique privée (75 %). Leur nombre moyen d'années d'expérience en pratique clinique était comparable à l'ensemble des participants.

### Évaluation des connaissances (*Tableau 4*)

En réponse à la première question du pré-test, plus de 80 % des participants ont identifié la prise de prednisone, l'antécédent de fracture du poignet et le régime alimentaire faible en calcium et en vitamine D comme des facteurs de

risque d'ostéoporose, alors que 72 % ont identifié le faible indice de masse corporelle et que 49 % ont rapporté la consommation de caféine. Le post-test a montré qu'à la fin de l'atelier, le pourcentage de réponses exactes a augmenté pour chacun des facteurs de risque. Cette augmentation était statistiquement significative pour la consommation de caféine (pré-test: 49 %; post-test 76 %;  $p = 0,012$ ). Globalement, le pourcentage médian de réponses exactes pour l'ensemble des facteurs de risque a augmenté de 80 % au pré-test à 100 % au post-test ( $p = 0,002$ ).

Après le diagnostic d'ostéoporose, des examens complémentaires biochimiques sont suggérés afin d'exclure une ostéoporose secondaire (deuxième question).

Lors du pré-test, la majorité des médecins (74 %) ont identifié la mesure du calcium sérique. Pour les autres analyses de laboratoire, seuls 40 % à 47 % des participants les auraient demandées.

**Tableau 4 : Evaluation des connaissances des médecins avant et après la formation. Nombre (%) de réponses exactes au pré-test et au post-test et pourcentage médian de réponses exactes par catégorie**

	Pré-test n = 43	Post-test n = 41	p
<b>Facteurs de risque identifiés : n (%)</b>			
Prednisone	40 (93 %)	40 (98 %)	0,564
Fracture du poignet	36 (84 %)	37 (90 %)	0,096
Régime pauvre en calcium & vitamine D	35 (81 %)	36 (88 %)	0,096
Faible indice de masse corporelle	31 (72 %)	33 (81 %)	0,132
Consommation de caféine	21 (49 %)	29 (71 %)	0,012
<b>Pourcentage médian de réponses exactes : %</b>	<b>80 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0,002</b>
<b>Tests diagnostics demandés pour exclure une ostéoporose secondaire : n (%)</b>			
Formule sanguine complète	20 (47 %)	36 (88 %)	<0,001
Calcium sérique	32 (74 %)	37 (90 %)	0,020
Phosphatase alcaline	18 (42 %)	33 (81 %)	0,001
Créatinine sérique	17 (40 %)	33 (81 %)	<0,001
Électrophorèse des protéines sériques	19 (44 %)	34 (83 %)	<0,001
<b>Pourcentage médian de réponses exactes : %</b>	<b>40 %</b>	<b>100 %</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>Traitements recommandés : n (%)</b>			
Hormonothérapie	9 (21 %)	13 (32 %)	0,058
Bisphosphonate	29 (67 %)	31 (76 %)	0,157
Supplément de calcium & vitamine D	34 (79 %)	35 (85 %)	0,317
Augmenter l'exercice physique	20 (47 %)	22 (54 %)	0,439
Diminuer la caféine	5 (12 %)	4 (10 %)	0,564
<b>Pourcentage médian de réponses exactes : %</b>	<b>40 %</b>	<b>60 %</b>	<b>0,038</b>
<b>Ressources communautaires recommandées : n (%)</b>			
Nutrition	5 (12 %)	24 (59 %)	<0,001
Activité physique	12 (28 %)	23 (56 %)	0,083
<b>Pourcentage médian de réponses exactes : %</b>	<b>0 %</b>	<b>50 %</b>	<b>0,001</b>

## Recherche et Perspectives

À la fin de l'atelier, le pourcentage médian de réponses exactes a augmenté de 40 à 100 % ( $p < 0,001$ ).

À la troisième question, les médecins devaient suggérer cinq traitements recommandés. Au début de l'atelier, 21 % des participants auraient recommandé l'hormonothérapie substitutive et 67 % un bisphosphonate, alors que 79 % auraient recommandé un supplément de calcium et de vitamine D. De plus, 47 et 12 % auraient recommandé d'augmenter l'activité physique et de diminuer la consommation de caféine, respectivement. On note qu'après l'atelier, à l'exception de recommander de diminuer la caféine, les médecins avaient tendance à suggérer plus d'options de traitement. Toutefois, cette différence n'est pas statistiquement significative.

Les médecins devaient mentionner au moins deux ressources communautaires disponibles dans la région : une dans le domaine de la nutrition et l'autre pour l'activité physique. Au début de l'atelier, 12 et 28 % des médecins ont été en mesure de nommer une ressource pour les changements d'alimentation et une pour l'activité physique, respectivement. Au post-test, la proportion a augmenté à 59 % ( $p < 0,001$ ) pour les ressources en nutrition alors que celle relative aux ressources en activité physique a augmenté (56 %) sans toutefois atteindre une différence statistiquement significative.

### Évaluation de l'atelier

Les médecins semblent avoir apprécié l'atelier. La majorité des médecins participants a qualifié d'excellents l'organisation (84 %) et le contenu (83 %) de l'atelier, la documentation (89 %), le support audiovisuel (66 %), la pertinence par rapport à la médecine générale (86 %) et le temps alloué à l'activité (83 %).

### Évaluation de l'utilisation de la trousse

Globalement, selon le témoignage des médecins rencontrés, la trousse est un outil sécurisant, particulièrement pour les médecins qui ne font pas régulièrement face à la problématique de l'ostéoporose. Ils ont de plus souligné la neutralité de la trousse, appréciant qu'elle ne soit pas un outil de marketing et ont exprimé leur confiance envers les informations contenues dans la trousse. Le fait que l'atelier ait été présenté par des personnes connues dans la région a été apprécié bien qu'un médecin eût plutôt aimé rencontrer un spécialiste de la problématique. Huit des

douze médecins ont affirmé l'avoir utilisée au moins une fois. Les raisons invoquées pour ne pas y avoir eu recours sont : 1) la perte de la trousse ou ne pas avoir pensé à l'utiliser ; 2) l'absence de perception de la nécessité d'utiliser la trousse, car il avait le sentiment d'en maîtriser le contenu ; et 3) le manque de temps. Au cours des entrevues, les thèmes suivants ont été abordés (*Tableau 5*).

### Diffusion des recommandations des lignes directrices

Certains commentaires des médecins rencontrés nous permettent de supposer que les médecins ont davantage utilisé la trousse que le guide de pratiques publié dans le CMAJ<sup>2</sup>. D'ailleurs, au moment où se sont déroulés les ateliers, 6 à 12 mois après leur publication, la majorité des médecins n'avaient pas pris connaissance de ces recommandations. Un des médecins a mentionné que, malgré le fait qu'il reçoive des revues médicales, il ne prenait pas le temps de les lire. Un autre médecin a affirmé ne plus être vraiment au courant de ce qui était publié au sujet de l'ostéoporose depuis la dernière année. La trousse présentée au moyen de l'atelier a permis aux médecins de prendre rapidement connaissance des plus récentes recommandations.

### Utilisation de la trousse

Huit des douze médecins interviewés rapportent s'être servi de la feuille à l'intention des patients. Certains l'ont remise en tant qu'information générale, d'autres pour répondre à des besoins spécifiques, notamment pour faciliter le suivi densitométrique, pour des conseils nutritionnels ou pour la liste des ressources communautaires régionales. Les médecins se sont aussi référés aux algorithmes en tant qu'aide-mémoire et instrument éducatif pour les patients. La section concernant les médicaments ainsi que les dépliants décrivant les organismes communautaires ont été moins utilisés.

Par ailleurs, tous les médecins ont mentionné plusieurs raisons ou certains obstacles pour ne pas utiliser la trousse. Le sentiment de maîtriser le sujet, d'être à jour et de procéder d'une manière acceptable pour eux-mêmes et leurs patients constituent les raisons principales. Selon eux, utiliser une telle trousse exige un changement de comportement difficile à intégrer dans leurs consultations courantes puisqu'ils n'ont pas l'habitude de se référer à de tels documents alors qu'ils rencontrent des patients.



**Tableau 5 : Thèmes abordés lors des entretiens semi-structurés dans le cadre de l'évaluation de la formation**

Thèmes	Exemples
<b>Diffusion des recommandations des lignes directrices</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « On a tellement de paperasse qui nous passe entre les mains et je dirais que plus du trois-quart se retrouve dans la poubelle. » (Md 1)</li> </ul>
<b>Utilisation de la trousse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Sur la feuille destinée au patient, je trouve très intéressant de pouvoir indiquer et expliquer à quel niveau se situe le risque d'ostéoporose. » (Md 5)</li> <li>• « Je présente la feuille à la patiente et je l'invite à la lire et à en discuter avec moi lors de la prochaine visite. » (Md 4)</li> <li>• « Je trouve intéressant qu'on y trouve les sources de calcium dans l'alimentation. » (Md 7)</li> <li>• « Quand on remet la feuille, c'est comme planter une petite graine. Plus tard, certaines patientes disent que suite à la remise de la feuille, elles ont commencé à marcher, à faire de l'exercice. » (Md 12)</li> <li>• « Je me sers aussi de la section « prévention et traitement », en tant qu'aide-mémoire. » (Md 2)</li> <li>• « On a notre façon de voir, notre plan d'investigation est déjà pas mal rôdé depuis plusieurs années. » (Md 6)</li> <li>• « Je prescris toujours les mêmes vitamines. [...] Alors ça ne me donne pas grand chose d'avoir le tableau qui les énumère. » (Md 7)</li> </ul>
<b>Influences de l'intervention sur la pratique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• « Il est certain que cet outil constitue un aide-mémoire : je pense plus à évaluer le risque d'ostéoporose et de chute. » (Md 2)</li> <li>• « Quand j'ai un résultat d'ostéodensitométrie plus ou moins clair, je sors la trousse et je regarde exactement où ma patiente se situe. » (Md 12)</li> <li>• « La trousse me permet de vérifier les chiffres d'ostéodensitométrie de base. J'allais de façon plus aléatoire avant. » (Md 9)</li> <li>• « Je trouve que c'est un très bel outil de sécurité, surtout pour un médecin qui n'est pas confronté souvent à ce problème de santé. » (Md 8)</li> </ul>

## Recherche et Perspectives

---

De plus, la trousse s'ajoute aux nombreux documents que les médecins reçoivent et certains n'y ont pas eu recours parce qu'elle était « ...perdue quelque part, dans une pile ».

Le manque de temps nuit aussi à l'adoption de la trousse, particulièrement le temps nécessaire pour se familiariser avec son contenu ; il est d'ailleurs responsable des retards et des départs hâtifs lors de l'atelier.

Enfin et dans un autre ordre d'idées, certains médecins ont dit éprouver des réticences à suggérer des ressources communautaires, considérant qu'ils possédaient trop peu d'informations les concernant.

### **Influence de l'intervention (trousse et atelier de formation) sur la pratique**

Tous les médecins rencontrés, qu'ils aient effectivement utilisé la trousse ou non, rapportent avoir modifié leur pratique clinique en regard de la prévention de l'ostéoporose et des fractures de fragilisation qui y sont reliées. Selon eux, l'atelier de formation et le seul fait de posséder la trousse constituent un rappel pour aborder le sujet de l'ostéoporose avec leurs patients. En conséquence, ils disent être maintenant plus enclins à demander le test de mesure de la densité osseuse. De plus, selon eux, la trousse favorise une certaine standardisation de la pratique et facilite le traitement de cas complexes.

Un médecin n'ayant pas utilisé la trousse a dit que sa participation à l'atelier de formation avait eu un impact sur sa pratique. En effet, l'approche personnelle de ce problème de santé a changé sur les plans du dépistage, de la prévention et du traitement. Notamment, il dit aborder le sujet avec des patientes plus jeunes et avoir augmenté la quantité de vitamine D prescrite à la posologie de 800 UI par jour. Ce même médecin affirme que l'ostéodensitométrie, qu'il effectuait de façon plus ou moins aléatoire auparavant, est devenue plus systématique dans sa pratique.

Deux médecins non-utilisateurs ont dit que la trousse aurait pu avoir un impact positif sur leur pratique, s'ils ne l'avaient pas perdue ou oubliée. L'un a mentionné que la trousse aurait pu l'aider à avoir une approche davantage globale de la problématique et l'autre qu'il aurait trouvé dans la trousse des informations sur les sources de calcium alors qu'il les a plutôt demandées à une diététicienne.

### **Discussion**

Nous avons développé une trousse de pratiques préventives des fractures de fragilisation à l'intention des médecins de famille ainsi qu'un atelier de formation pour en faciliter la communication. Le taux d'assistance à l'atelier de formation (60 %) et la participation très active des médecins sous forme de partage d'expérience et de questions entre eux et avec les animateurs, ainsi que la satisfaction exprimée par les médecins lors de l'évaluation à la fin de l'activité, suggèrent un niveau d'intérêt élevé de la part des médecins de famille pour ce sujet. Tous les médecins rencontrés pour l'entrevue s'accordent sur la qualité de l'atelier et l'utilité potentielle de la trousse. Leur attitude positive correspond à celle décrite dans certaines études qui traitent de l'appréciation des guides de pratiques<sup>5,11</sup> et montre que le soutien environnemental a une importance dans l'encouragement à l'adoption des guides de pratiques<sup>12</sup>.

Il importe de rappeler que l'objectif principal de l'atelier était de familiariser les médecins avec la trousse et non pas d'améliorer ou d'approfondir leurs connaissances sur la prévention et le traitement de l'ostéoporose. Ainsi, l'exercice du pré-test et du post-test à partir d'une vignette visait davantage à faire prendre conscience de l'utilité potentielle de la trousse qu'à mesurer les connaissances des médecins de manière précise. La vignette est certainement perfectible et devrait être validée pour assurer des résultats fiables.

Les résultats du pré-test suggèrent, quand même, la présence de lacunes sur le plan des connaissances des médecins, notamment, en ce qui concerne les tests diagnostiques recommandés pour exclure une ostéoporose secondaire, les changements de style de vie recommandés ainsi que les ressources communautaires utiles pour les effectuer. La mise en évidence de ces lacunes au début de l'atelier a effectivement suscité l'intérêt des médecins pour le contenu de la trousse et leur participation active au cours de l'atelier. Par ailleurs, nous croyons qu'un certain manque d'approfondissement du contenu biophysiological relié à l'absence d'un spécialiste de l'ostéoporose et la rapidité avec laquelle les médecins ont complété le post-test, la durée de l'atelier étant d'une heure, peuvent expliquer les lacunes observées au post-test. Toutefois, l'amélioration des résultats obtenus lors du post-test va dans la même direction que les résultats de l'étude de Labelle *et al.*<sup>13</sup> en ce qui a trait à l'acquisition et la

réention à court terme de nouvelles connaissances. Comparant deux types d'ateliers pédagogiques portant sur la prise en charge des patients ostéoporotiques ou à risque de le devenir, ces chercheurs ont, en effet, constaté un impact similaire sur les connaissances des médecins généralistes participants.

À moyen terme, les commentaires recueillis lors des entrevues semblent montrer que la trousse facilite l'intégration des recommandations du guide de pratiques. La plupart des médecins interviewés rapportent avoir changé leur pratique. Tel que rapporté précédemment, l'utilisation d'interventions de formation continue comportant plusieurs stratégies éducatives (ex. : trousse et atelier interactif) serait plus susceptible d'influencer les pratiques cliniques.

L'atelier, pris séparément, pourrait avoir amené des changements de comportements chez les médecins puisqu'un médecin n'ayant pas adopté la trousse a affirmé avoir changé sa pratique suite à l'information reçue lors de l'atelier. Il est aussi permis de croire que la trousse seule, envoyée par la poste par exemple, n'aurait pu amener de tels changements. En effet, les résultats nous rappellent qu'une trousse telle que présentée lors de l'atelier de formation demeure pour les médecins un outil parmi tous ceux qu'ils reçoivent régulièrement, qu'ils les placent sur une pile de documents et oublient ou qu'ils les jettent sans même les regarder.

Dans un autre ordre d'idées, il n'est pas étonnant que la feuille détachable à l'intention du patient ait été l'élément de la trousse le plus utilisé. Une revue systématique publiée en 1998<sup>14</sup> suggère, en effet, que la remise de matériel écrit renforce le message du médecin en améliorant la rétention des informations données ainsi que la satisfaction des patients. Ces auteurs ajoutent que les articles qu'ils ont analysés montrent que des patients mieux informés sont plus observants à l'égard des recommandations et présentent des résultats cliniques plus positifs.

Lors des entrevues, les médecins ont aussi identifié différentes barrières à l'adoption des guides de pratiques, principalement l'inertie de la pratique clinique. Certains ont même précisé qu'ils ne ressentaient pas nécessaire d'améliorer leurs connaissances ou de changer leurs pratiques cliniques concernant l'ostéoporose. On peut alors se questionner sur les raisons de leur présence à l'atelier, sans pouvoir apporter de réponse puisque cet élément n'a pas été exploré lors des entrevues. Dans une revue systématique des écrits concernant les barrières à l'adoption des guides de pratiques, Cabana et al.<sup>15</sup> mentionnent que cette

barrière a été identifiée dans 14 des 76 études recensées. Nous sommes d'accord avec ces auteurs qui soutiennent que les interventions de formation visant à changer les pratiques cliniques des médecins devraient s'appuyer davantage sur les théories du changement comme celle de Prochaska et DiClemente<sup>16</sup>. Il serait souhaitable d'identifier à quelle étape les médecins visés par une activité de formation continue se situent sur le continuum du changement (pré-réflexion, réflexion, action, maintien) afin de planifier des stratégies éducatives plus efficaces.

Nos résultats reflètent aussi les résultats des études sur les stratégies éducatives les plus efficaces en éducation médicale continue. D'abord, la tenue de l'atelier dans le milieu de travail des médecins, à un moment choisi par eux et de courte durée a certainement contribué au taux de participation des médecins puisque le manque chronique de temps constitue une barrière souvent invoquée par les médecins. De plus, les commentaires de ceux-ci concernant l'atelier, notamment son animation par des cliniciens connus dans la région, soutiennent l'idée que l'identification d'un leader d'opinion respecté pour mener le projet, pour être une source de consultation et continuer le plaidoyer face à la résistance peut être efficace et que les médecins peuvent être fortement influencés par leurs pairs<sup>17</sup>. À l'instar de Cameron et Naylor<sup>18</sup>, les résultats montrent aussi l'importance d'adopter une stratégie d'application locale pour toute stratégie de communication des guides de pratiques cliniques.

Les résultats de l'étude, notamment les lacunes sur le plan des connaissances, portent à croire que d'autres stratégies éducatives auraient pu être utilisées au cours de l'atelier et lors d'un suivi auprès des médecins. Par exemple, la participation d'un expert de l'ostéoporose aurait pu avoir plus d'impact sur les connaissances des médecins; cette participation aurait toutefois exigé un atelier de plus longue durée.

Bien qu'un atelier interactif avec personnes ressources crédibles constitue l'approche de formation continue par excellence, les résultats semblent montrer que des médecins peuvent adopter d'autres stratégies de mise à jour, notamment la consultation d'Internet. Ainsi en est-il d'un des médecins participant à cette étude. On ne peut plus, en effet, passer sous silence ce récent outil de dissémination de connaissances qui devient peu à peu un moyen non négligeable de diffusion d'informations de santé, non seulement pour les médecins, mais aussi pour les patients<sup>19</sup>.

# Recherche et Perspectives

Un médecin a d'ailleurs suggéré d'ajouter certains liens Internet sur la feuille détachable afin que les patients puissent consulter les ressources disponibles.

## Forces et limites de l'étude

Cette étude nous a principalement permis d'obtenir une description détaillée de ce qui motive les médecins à utiliser ou pas la trousse dans leur pratique clinique. L'atelier a aussi mis en évidence plusieurs lacunes dans les connaissances des médecins au sujet du traitement préventif de l'ostéoporose. Nous avons rencontré des médecins des deux sexes, pratiquant en clinique privée et en CLSC et ayant une grande variabilité sur le plan des années d'expérience. Le petit nombre de médecins rencontrés ne devrait pas constituer une limite puisque la saturation des données a été atteinte, correspondant ainsi aux critères de qualité d'un échantillon d'une étude qualitative. Aucun d'entre eux n'avait une pratique spécifiquement axée sur l'ostéoporose ou les personnes âgées. Le fait que l'atelier se soit déroulé dans leur clinique, à l'heure habituelle réservée à la formation continue, et donc en dehors des heures de consultation, a probablement facilité leur participation. La principale limite de l'étude se situe au plan du biais de réponse favorable. Cette limite est toutefois réduite par le fait que la première partie de l'entrevue reposait sur le récit d'un incident critique. Cependant, nous ne pouvons être certains que des changements de comportements aient véritablement eu lieu et que, si tel est le cas, l'intervention en soit l'unique cause.

## Conclusion

Les résultats mettent en évidence certaines lacunes au niveau des connaissances des médecins en ce qui concerne les lignes directrices de prévention et traitement de l'ostéoporose. La trousse et l'atelier ont été appréciés par les médecins et ont contribué à améliorer leurs connaissances. Une majorité de médecins rapporte d'ailleurs avoir utilisé la trousse au moins une fois. Ainsi, l'application des recommandations présentées lors de l'atelier et dans la trousse a été facilitée.

La trousse présente l'avantage d'être basée sur des lignes directrices rigoureuses. Elle a été validée auprès d'experts et d'utilisateurs potentiels. De plus, le taux élevé de participation à l'atelier, le haut niveau de satisfaction des médecins participants ainsi que l'amélioration de leurs connaissances au sujet de l'ostéoporose semblent soutenir le fait qu'un

atelier de formation interactif en milieu de travail pourrait être une méthode efficace de dissémination des lignes directrices de traitement présentées sous forme de trousse. Par ailleurs, les entrevues laissent supposer qu'une majorité de médecins a utilisé la trousse. Ces derniers ont souligné l'utilité des algorithmes et de la feuille à l'intention du patient. Les médecins rencontrés ont aussi confirmé la pertinence d'un atelier de formation pour la dissémination d'un outil comme la trousse.

Reste à valider si des changements sont effectivement survenus et à vérifier si, à plus long terme, l'atelier et la trousse auront eu un impact réel dans la pratique des médecins qui en ont bénéficié. Une telle étude sera réalisée. Nous vérifierons, à l'aide des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, les pratiques de dépistage par ostéodensitométrie et de prescription pharmacologique des médecins, avant et après leur participation à l'atelier, en comparaison avec des médecins n'ayant pas participé à l'atelier.

## Remerciements

*Nous tenons à remercier Mesdames Carole Gagnon et Chantal Legris ainsi que le Docteur Sylvie Rheault pour leur contribution à ce projet. La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à une subvention conjointe du Ministère de la santé et des services sociaux et de la régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval dans le cadre du programme de subvention en santé publique. Les chercheurs ont également reçu une subvention non sollicitée de la compagnie Merck Frosst Canada Ltée. Lyne Lalonde est chercheur boursier junior I du Fonds de la recherche en santé du Québec.*

## Contributions

Johanne Goudreau, Isabel Rodrigues et Lyne Lalonde ont collaboré à la rédaction du protocole de recherche. Lyne Lalonde et Isabel Rodrigues ont élaboré la trousse ; Johanne Goudreau et Isabel Rodrigues ont planifié et animé les ateliers de formation. Martine Fournier a collecté les données quantitatives et effectué les entrevues semi-structurées. Lyne Lalonde et Martine Fournier ont analysé les données quantitatives, Johanne Goudreau et Martine Fournier ont analysé les données qualitatives. La première version de l'article a été écrite par Johanne Goudreau et a été révisée par Isabel Rodrigues et Lyne Lalonde dans un processus d'itérations multiples.

## Références

1. Brown JP, Josse RG, for the Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ* 2002; 167 (10 Suppl): S1-S34.
2. Gallagher TC, Geling O, Comite F. Missed opportunities for prevention of osteoporotic fracture. *Arch Intern Med* 2002; 162: 450-456.
3. Siris ES, Miller PD, Barrett-Connor E, Faulkner KG, Wehren LE, Abbott TA, et al. Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment. *JAMA* 2001; 286: 2815-2822.
4. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997; 157: 408-416.
5. Wolff M, Bower DJ, Marbella AM, Casanova JE. US family physicians' experiences with practice guidelines. *Fam Med* 1998; 30: 117-121.
6. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8: iii-iv, 1-72.
7. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39 (8 Suppl 2): I12-45.
8. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 664-672.
9. Paillé P, Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin, 2003.
10. Byrne M. Critical incident technique as a qualitative research method. *AORN J* 2001; 74: 536-539.
11. James PA, Cowan TM, Graham RP, Majeroni BA. Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. *J Fam Pract* 1997; 45: 341-347.
12. Moulding NT, Silagy CA, Weller DP. A framework for effective management of change in clinical practice: dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Qual Health Care* 1999; 8: 177-183.
13. Labelle M, Gagnon RJ, Thivierge RL, Laprise R, Sainte-Marie LG, Charlin B. Formation continue en petits groupes sur l'ostéoporose: comparaison d'un atelier basé sur le test de concordance de scripts (TCS) et d'un atelier classique. *Pédagogie médicale* 2003; 4: 145-153.
14. Kenny T, Wilson RG, Purves IN, Clark J, Sr., Newton LD, Newton DP, et al. A PIL for every ill? Patient information leaflets (PILs): a review of past, present and future use. *Fam Pract* 1998; 15: 471-479.
15. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-1465.
16. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51: 390-395.
17. Borbas C, Morris N, McLaughlin B, Asinger R, Gobel F. The role of clinical opinion leaders in guideline implementation and quality improvement. *Chest* 2000; 118 (2 Suppl): 24S-32S.
18. Cameron C, Naylor CD. No impact from active dissemination of the Ottawa Ankle Rules: further evidence of the need for local implementation of practice guidelines. *CMAJ* 1999; 160: 1165-1168.
19. Mirand AL, Beehler GP, Kuo CL, Mahoney MC. Physician perceptions of primary prevention: qualitative base for the conceptual shaping of a practice intervention tool. *BMC Public Health* 2002; 2: 16.

Manuscrit reçu le 1<sup>er</sup> octobre 2004 ; commentaire éditoriaux formulés aux auteurs le 22 février 2005 ; accepté pour publication le 19 mars 2005.