



Des connaissances probantes pour la première ligne : clé d'un savoir partagé

Étude exploratoire à partir de deux problématiques : le diagnostic génétique du cancer du sein et le traitement de l'hypertension artérielle.

Auteurs :
Marie-Dominique Beaulieu
Michelle Proulx
Guy Jobin
Marianne Kugler
François Gossard
Jean-Louis-Denis
Danielle Larouche

Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale

Octobre 2004

Les chercheurs

- Marie-Dominique Beaulieu, MD, MSc, FCMF
Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale
Chercheur au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Professeur titulaire
Département de médecine familiale, Université de Montréal

- Michelle Proulx, PhD
Chercheur post-doctoral
Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (G.R.A.S.P)
Université de Montréal

- Guy Jobin, PhD
Professeur adjoint
Faculté de théologie et de sciences religieuses
Université Laval

- Marianne Kugler, PhD
Professeure titulaire
Département d'information et de communication
Université Laval

- François Gossard, MD, PhD, CCMF
Chercheur
Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Responsable de formation clinique, Département de médecine familiale. Faculté de
médecin.
Université de Montréal

- Jean-Louis Denis, PhD
Professeur titulaire
Département d'administration de la santé, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
(GRIS)
Chaire IRSC/FCRSS Gouverne et transformation des organismes de santé
Université de Montréal

- Danielle Larouche
Coordonnatrice scientifique
GIRU - Centre de recherche de l'Hôpital Charles Lemoyne

Cette recherche multidisciplinaire a été réalisée grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC- MOP 53358). Elle a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM).

ISBN : 2-9807566-3-6

Citer : Beaulieu MD, Proulx M., Jobin G., Kugler M., Gossard F., Denis JL., Larouche D. Des connaissances probantes pour la première ligne : clé d'un savoir partagé. Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale – Montréal, 2004. 38 pages.

Ce rapport est disponible en format électronique à l'adresse suivante : www.medfam.umontreal.ca

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	i
INTRODUCTION.....	1
Développer un savoir scientifique pertinent pour la pratique de première ligne	
1. LE CADRE GÉNÉRAL D'ANALYSE	4
Un cadre pour comprendre ce qu'est une donnée probante	
2. LA MÉTHODE	7
Mettre en lumière une cible, à l'aide d'éclairages contrastés	
3. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	10
Des visions différentes, reflets de réalités différentes	
1. La démarche pour juger du caractère probant des connaissances : une mise en contexte des données scientifiques.....	10
a) Des critères d'ordre scientifique et empirique.....	10
b) Un processus d'évaluation qui mobilise des facteurs d'ordre clinique.....	12
c) Le patient : un souci que tous partagent, mais exprime chacun à sa façon.....	15
II. La circulation des nouvelles connaissances.....	17
a) Comment y a-t-on accès?	17
b) Qu'y trouve-t-on?	18
c) Quelle crédibilité accorde-t-on aux différentes sources?	19
4. MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS	23
Un modèle dynamique d'utilisation de la connaissance qui doit tenir compte du contexte de pratique, des valeurs et des intérêts des acteurs.	
5. LES RÉPERCUSSIONS SUR LE PLAN STRATÉGIQUE	30
Une approche pragmatique, ciblée sur l'appropriation	
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	37

Faits saillants

La question de départ, la méthode utilisée

Cette étude avait pour objectif d'explorer la signification du concept de données probantes dans la perspective des médecins de première ligne et d'explorer comment les nouvelles connaissances circulent dans ce secteur, dans le but de réduire le fossé qui semble séparer le monde de la recherche de celui des praticiens de première ligne.

Elle part de l'hypothèse qu'une des embûches du transfert des connaissances scientifiques aux pratiques cliniques tient au fait qu'il peut y avoir un malentendu sur ce que représente une connaissance probante, c'est à dire digne d'action, entre les producteurs et les utilisateurs de cette connaissance, et que ce malentendu compromet tout effort subséquent de transfert. De plus, elle propose que, bien qu'un malentendu sur la signification du mot « probant » puisse exister dans différents contextes de pratique, le contexte unique de la pratique de première ligne impose des considérations qui lui sont spécifiques.

Cette étude, au caractère exploratoire, repose sur l'analyse des propos tenus par des acteurs choisis selon leur rôle dans la chaîne de production et d'utilisation des connaissances : 22 médecins de famille, 12 médecins spécialistes et 6 chercheurs. Deux problématiques servirent d'ancrage aux entretiens : le dépistage génétique du cancer du sein et le traitement de l'hypertension artérielle.

Les observations

À PROPOS DU CARACTÈRE PROBANT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES

Les médecins de famille donnent prépondérance à la crédibilité de la source des données. Ils adhèrent aux critères de la démarche scientifique pour évaluer le caractère probant d'une nouvelle connaissance. Ils imposent cependant des exigences quant aux types de mesures d'efficacité qu'ils considèrent plus convaincantes, à la comparabilité des conditions d'expérimentation avec leurs conditions de pratique, et à la durée des périodes d'observation. *Ces exigences sont susceptibles de différer de celles des spécialistes et des chercheurs et d'avoir un impact sur les méthodes scientifiques.*

De plus, *le caractère probant d'une nouvelle connaissance ne peut être évalué hors contexte* sur la seule base des critères scientifiques : la nouvelle connaissance doit contribuer à la résolution des problématiques cliniques auxquelles ils sont confrontés. Ainsi, c'est un ensemble de facteurs qui fait qu'une connaissance est mobilisable pour la pratique.

Ce processus d'évaluation des connaissances s'enracine dans une *culture professionnelle et organisationnelle* spécifique. Les dimensions déterminantes de cette culture sont :

- a. l'approche centrée sur le patient qui amène le médecin de première ligne à évaluer les bénéfices et les risques d'une nouvelle pratique d'un point de vue global en terme d'efficacité ;

- b. la recherche d'un équilibre entre les notions de prudence et celles d'autonomie et de consentement éclairé

Pour les spécialistes et les chercheurs interrogés, les critères de rigueur méthodologique prédominent et, bien qu'ils fassent entrer en considération des facteurs reliés au contexte de pratique, *ils ne conçoivent pas que le domaine de la pratique de la première ligne impose des contraintes spécifiques à la notion de connaissance probante.*

À PROPOS DE LA CIRCULATION DES NOUVELLES CONNAISSANCES

Les médecins de première ligne sont très isolés du monde scientifique à moins qu'ils ne soient en lien avec un centre hospitalier. L'industrie pharmaceutique est une importante courroie de transmission entre les médecins de première ligne et la connaissance (spécialistes/chercheurs et écrits scientifiques). Cet état de fait nous questionne.

Les relations entre les « producteurs » de connaissance et les praticiens de première ligne sont de nature hiérarchique et asymétrique : on y observe une communication à sens unique.

Il en résulte que les médecins de famille sont assez seuls dans le processus d'évaluation des connaissances et, lorsque le statut de la connaissance est encore partiel, comme c'est le cas du dépistage génétique du cancer du sein, ils appliquent ces différentes considérations en faisant intervenir leurs valeurs professionnelles et personnelles de façon plus ou moins explicite.

Les médecins de première ligne ne perçoivent pas qu'il doive y avoir une plus grande implication de leur profession dans le processus de production des connaissances. Les spécialistes et les chercheurs ne semblent pas ressentir le besoin d'une contribution des médecins de première ligne dans le cycle de la production de connaissance.

Conclusions

Cette étude exploratoire suggère qu'il peut effectivement y avoir un malentendu entre les producteurs de connaissances et les praticiens de première ligne sur ce qui constitue une donnée probante digne d'intégration aux pratiques cliniques de première ligne.

Ces divergences potentielles ne peuvent se résumer à une question de diffusion ou d'instrumentation, en aval du processus de production des connaissances. Plusieurs des questions que posent les médecins de famille concernent la construction de la connaissance et se situent en amont de la production scientifique.

Nous proposons que l'on ait tout avantage à s'intéresser à prime abord à ce qui se passe à l'interface de la production et de la diffusion des connaissances, dans un processus qui pourrait éventuellement être plus symétrique entre les chercheurs, les décideurs et les praticiens de première ligne.

INTRODUCTION

Développer un savoir scientifique pertinent pour la pratique de première ligne

La pratique fondée sur des données probantes est une condition déterminante pour que le médecin de famille* puisse faire face efficacement aux nouvelles réalités des soins de première ligne.

En consacrant le concept de pratique fondée sur les données probantes (*Evidence-Based Medicine ou EBM*) comme un des principaux objectifs à atteindre pour le système de santé canadien, le Forum national sur la santé mettait les données scientifiques au cœur du processus de décision dans le domaine de la santé (Forum national sur la santé 1997). Un des défis importants auxquels le monde de la recherche aura à faire face dans l'avenir sera de développer des stratégies efficaces et durables d'application des connaissances dans un secteur plutôt éloigné de la recherche : le secteur des soins de première ligne où 80% des problèmes de santé sont généralement pris en charge.

Le rôle que le médecin de famille est en mesure d'exercer au sein du système de soins dépend en effet pour une bonne part de la rigueur et de la validité des connaissances sur lesquelles il appuie ses décisions. En revanche, cette rigueur et cette validité — en un mot, ce caractère *probant* des connaissances — ne se posent pas dans l'abstrait. Elles doivent tenir compte du rôle du médecin de famille et, surtout, des conditions très concrètes dans lesquelles il est appelé à l'exercer. Certaines caractéristiques du secteur des soins de première ligne rendent unique les besoins de connaissances dans ce secteur : le caractère varié des problèmes auxquels les généralistes font face dès le premier contact de soins; le caractère horizontal du suivi couvrant différents épisodes de soins; le caractère interdisciplinaire de la pratique : l'intégration de plusieurs types d'expertises et d'approches d'intervention; le caractère immédiat de la demande de soins (Starfield B. 1998). C'est ce lien entre les connaissances probantes et les conditions concrètes de la pratique médicale de première ligne que cette recherche entendait explorer.

* Dans ce texte, nous utilisons les termes «médecin de famille» et «généraliste» comme des synonymes.

Probant, mais probant pour qui ?

Au début des années 1990, le concept de données probantes fait son arrivée. Il s'inscrit avec force dans le champ de l'application des connaissances dans le domaine de la santé (Evidence-Based Medicine Working Group 1992) (Sackett, Rosenberg W., et al. 1996). Le caractère probant des données est alors proposé comme la pierre d'assise du processus de transfert des connaissances.

Certains remettent alors en question la pertinence, pour le secteur de la première ligne, des connaissances scientifiques produites par les milieux de recherche : les questions posées ne répondent pas aux problèmes rencontrés en première ligne, les clientèles étudiées sont sélectionnées, les conditions dans lesquelles les données sont produites ne sont pas comparables. Bref, des connaissances peuvent être probantes aux yeux des chercheurs et des spécialistes, et n'être pas probantes pour la première ligne aux yeux de ses praticiens. L'importance de développer un savoir et un « savoir faire » spécifique au contexte de la première ligne est reconnue par plusieurs¹.

«Un nouveau paradigme émerge. La pratique fondée sur les données probantes diminue l'emphase donnée à l'intuition, à l'expérience clinique non systématique et à l'argumentation physiopathologique comme bases suffisantes à la prise de décision clinique et insiste sur l'examen des données issues de la recherche clinique.»

(The Evidence Based Medicine Working Group, 1992)

«Le forum national sur la santé estime que l'un des principaux objectifs du secteur de la santé au XXIe siècle devrait être la création d'une culture où les décisions sont fondées sur des données probantes. Les décideurs à tous les niveaux — soignants, administrateurs, gouvernement, patients et membres de la population — s'appuieront sur des données probantes de qualité pour faire des choix éclairés en matière de santé et de soins de santé.»

(Forum national sur la santé, 1997)

Les questions que pose cette recherche

Cette recherche exploratoire part de l'hypothèse qu'une des embûches au transfert des connaissances scientifiques aux pratiques cliniques tient au fait qu'il peut y avoir un malentendu sur ce qui représente une connaissance probante, c'est à dire digne d'action, entre les producteurs et les utilisateurs de cette connaissance, et que ce malentendu compromet tout effort subséquent de transfert. De plus, elle propose que, bien qu'un malentendu sur la signification du mot « probant » puisse exister dans différents contextes de pratique, le contexte unique de la pratique de première ligne impose des considérations qui lui sont spécifiques.

La recherche se positionne ainsi en amont des questions de diffusion et d'appropriation des connaissances et questionne le processus même de production des connaissances en demandant :

¹ Starfield B. 1998; Agency for Health Care Policy and Research 1994; Medical Research Council 1997; Kernick D., Stead J., et al. 1999; Stange, Miller W.L., et al. 2001; Beaulieu, Hudon, et al. 1999

1. Qu'est-ce qui fait qu'une connaissance est reconnue comme probante pour la première ligne par les praticiens ?

(Comment les caractéristiques et le contexte de la pratique médicale de première ligne modèlent la conception que se font les médecins de famille de ce qu'est une connaissance probante et comment ces caractéristiques et ce contexte influent sur leur décision d'en tenir compte dans leur pratique clinique)

2. Comment mettre en lien les univers des chercheurs et des praticiens de première ligne pour faire en sorte de réduire le fossé qui les sépare?

(Quelles sont les principales sources de connaissances des médecins de famille ? Quels types de mécanismes ou de rapports (y inclus les rapports de communication) entre chercheurs, spécialistes et médecins de famille seraient les plus susceptibles de favoriser la diffusion efficace des connaissances scientifiques probantes et leur utilisation par les médecins de famille ? Etc.)

- Le chapitre 1 présente le cadre général ayant servi de point de départ à l'analyse.
- Le chapitre 2 expose brièvement la méthode d'analyse utilisée, l'étude de cas, qui a été appliquée à deux cas : le dépistage génétique du cancer du sein et le traitement de l'hypertension artérielle.
- Le chapitre 3 présente et analyse les résultats. On y voit que les généralistes, à l'instar des spécialistes et des chercheurs, donnent prépondérance à la démarche scientifique - bien qu'ils pondèrent différemment certains critères méthodologiques - mais qu'ils font également entrer dans l'équation des facteurs cliniques et organisationnels car pour eux, le caractère probant d'une connaissance ne peut être évalué hors contexte.
- Le chapitre 4 propose un modèle dynamique d'utilisation des connaissances mieux adapté à la réalité spécifique de la première ligne. On y explore, notamment, les dimensions communicationnelle et éthique de la diffusion et de l'adoption des pratiques probantes en première ligne.
- Le chapitre 5 identifie un ensemble de conditions que devra rencontrer une stratégie efficace qui vise à diffuser les connaissances probantes auprès des médecins de famille et à favoriser leur adoption par ces derniers.
- La conclusion dégage les grands constats de cette recherche exploratoire, elle en indique les limites et propose quelques avenues à explorer pour en poursuivre et en approfondir la réflexion.

1. LE CADRE GÉNÉRAL D'ANALYSE

Un cadre pour comprendre ce qu'est une donnée probante

Pour explorer le concept de « données probantes » il a fallu aller au-delà des théories sur l'adoption des innovations et s'inspirer de modèles issus des champs de la sociologie des sciences, de l'éthique et des communications

De façon générale, on peut dire que les stratégies de transfert des connaissances capitalisent sur des interventions visant à faire connaître mais, surtout à faire accepter l'innovation². Aucune ne propose une conceptualisation solide du concept de « données probantes ». Elles laissent sans réponse des questions de nature éthique et s'appuient peu sur les récentes théories du savoir et de la communication.

Les modèles d'utilisation du savoir

La typologie des modèles d'utilisation des connaissances découlant des travaux de Weiss (Weiss 1979) et son application proposée au monde de la santé (Denis JL et al 2004) nous est apparue utile pour cadrer la réflexion sur ce qui définit le caractère probant d'une connaissance. L'intérêt de ces modèles est qu'ils font le lien entre la vision qui définit les connaissances, les relations entre les univers des producteurs et des utilisateurs et les stratégies d'adoption à favoriser selon le modèle. Cinq modèles sont ainsi proposés : le Modèle Scientifique (*Knowledge-driven model*), le Modèle Résolution de problèmes (*Problem-solving model*), le Modèle des Lumières (*Enlightenment model*), le Modèle Stratégique (*Strategic model*) et le Modèle Délibératif (*Deliberative model*).

Dans certains modèles, Modèle Scientifique et Modèle des lumières, les connaissances sont reconnues comme ayant une valeur en elles-mêmes sur la seule base de critères scientifiques, les relations entre les scientifiques et les praticiens sont considérées comme peu fréquentes et les efforts de diffusion se résument alors à une emphase sur la communication persuasive.

Dans les autres modèles, la valeur de la connaissance dépendra de son utilité relative en fonction d'une problématique qui relie les acteurs : science au service des praticiens dans le modèle Résolution de problèmes; rapport de force stratégique dans le Modèle stratégique savoir comme un atout social augmentant la capacité de résoudre des problèmes, dans le Modèle Délibératif.

² Il est impossible de faire une revue exhaustive des théories d'adoption des innovations dans le cadre de ce rapport. Nous référons le lecteur au modèle classique de Roger (Rogers 1983); aux auteurs qui se sont intéressés au rôle des dynamiques sociales (Coleman, Katz et al., 1957; Greer, 1988; Thompson, Oxman et al 1997); et aux modèles inspirés de la pédagogie (Davis, Thompson et al., 1997; Wensing, Van der Weijden et al., 1998).

Les relations entre la science et la pratique dans les modèles résolution de problème et Stratégique restent asymétriques : les besoins des praticiens définissent l'agenda de recherche dans l'un ou les enjeux stratégiques dans l'autre. Les stratégies de diffusion privilégiées capitalisent sur le développement des compétences, les incitatifs de tous ordres.

Dans le Modèle Délibératif, par contre, la connaissance est vue comme le résultat d'une co-production entre chercheurs et praticiens. On favorise des interactions et une coopération entre producteurs et utilisateurs pendant l'étape de production du savoir. Cette coopération est déterminante de l'adoption, dans la mesure où les connaissances sont appliquées lorsqu'elles ont été ouvertement débattues.

Les théories de la communication : au-delà du modèle classique de vulgarisation scientifique

Implicite dans les modèles d'innovation-diffusion est la question des voies de communications qui se créent entre les producteurs et les utilisateurs. Cette recherche veut étudier plus spécifiquement les relations qui existent et les flux de communication entre les acteurs par des apports de théories de la communication et des relations publiques. Nous nous appuyons sur les travaux de James E. Grunig (Grunig 1992) qui, après avoir analysé quantitativement les pratiques de relations publiques de plus d'une centaine d'organisations, a mis en évidence les rôles de deux variables : la direction des flux d'information et leur symétrie.

Comprendre la direction et l'intensité relative des transferts d'information entre les acteurs nous permettrait de caractériser cette dynamique. Grunig fait l'hypothèse que c'est le modèle bidirectionnel symétrique qui est le plus efficace à long terme.

Grunig (1992) propose quatre modèles de relations publiques.

Dans les deux premiers modèles – les modèles « Agence de presse » et « Information publique » - l'information circule à sens unique, de l'organisation vers ses publics. Nous nous trouvons donc ici face soit à la propagande soit à une relation purement informative qui correspond au modèle de vulgarisation, mais il s'agit dans les deux cas d'un monologue de l'organisation.

Dans les deux autres modèles – les modèles bidirectionnels dont un est asymétrique et l'autre symétrique - l'information circule dans les deux sens, de l'organisation vers ses publics et réciproquement, il y a dialogue. Dans le modèle asymétrique, l'organisation ne change pas mais elle espère que ses publics changent. Alors que dans le modèle symétrique, les échanges communicationnels sont équilibrés, la relation entre organisation et publics s'ajuste, les deux sont amenés à changer.

Une réflexion éthique sur le transfert des connaissances

Il n'existe pas de réflexion systématique sur l'éthique du transfert des connaissances biomédicales vers la première ligne. Des commentateurs s'intéressent aux enjeux éthiques de l'*Evidence-based Medicine*, notamment de l'élaboration des outils de diffusion (Redman, 1994, 1996) et de leur application clinique³. D'autres ont cherché du côté d'une éthique de l'évidence (Miké, 1999, 2000, 2003; Pellegrino, 1999; Goodman, 2003), définie comme la connaissance résultant des processus de production répondant aux plus hautes normes scientifiques et éthiques. Ainsi selon les auteurs, deux obligations morales fondamentales sont liées au transfert de connaissance. La première concerne l'encadrement de l'action basée sur la connaissance experte qui est toujours provisoire et grevée d'incertitude. La seconde est liée à l'encadrement du pouvoir de persuasion lié à la connaissance experte (Pellegrino 1999). Il faut noter que les deux problématiques morales sont évidemment reliées entre elles par le fait qu'elles portent sur le statut moral de la connaissance experte.

Mais comme on peut s'y attendre avec une définition aussi large de la donnée probante, ces propositions reproduisent avec certaines nuances, un modèle traditionnel de diffusion. Tout de même, ces propositions serviront de point de départ et elles seront confrontées aux résultats de la recherche afin d'en cerner les limites. Nous suggérerons alors des pistes pour penser l'éthique de la diffusion des connaissances probantes vers la pratique de première ligne qui tentent de réduire l'écart entre chercheurs et cliniciens de première ligne quant à la définition de la donnée probante et de combler le déficit démocratique des processus d'élaboration des données probantes.

Dans ce projet nous avons abordé les questions éthiques suscitées selon deux dimensions :

- a) l'éthique du processus multidirectionnel de la diffusion et de l'adoption des connaissances (encadrement de la connaissance provisoire et incertaine et encadrement de la connaissance persuasive) et
- b) l'éthique de la rencontre clinique tenant compte de la «maturité» perçue de la connaissance.

³ Culpepper & Gilbert, 1999; Goodman, 2003; Hope, 1995; Hughes, 1996; Kerridge, Lowe, & Henry, 1998; Leeder & Rychetnik, 2001; Liberati, Pistotti, & Telaro, 1999; van Weel & Knottnerus, 1999.

⁴ (Miké, 1999; 2000)

LES MODÈLES DANS LA LITTÉRATURE

Encadrer la connaissance provisoire et incertaine

L'encadrement passe par une meilleure éducation des publics utilisateurs de la donnée probante, notamment par une meilleure connaissance des méthodes de recherche.⁴ L'honnêteté face aux connaissances produites est impérative. Doivent être obligatoirement énoncés le statut provisoire de toute connaissance scientifique digne de ce nom et les limites des résultats d'une étude très précise.

Encadrer la connaissance persuasive

Une éthique de la responsabilité est inhérente à la diffusion des connaissances probantes puisque celles-ci ont un pouvoir de persuasion qui est directement proportionnel à la perception qu'on a de la scientificité de leurs modes de production. Il est impératif de les diffuser selon les principes suivants : dire la vérité, de ne jamais tromper, révéler le statut provisoire de toute connaissance scientifique, préciser les limites de validité de la connaissance communiquée.

2. LA MÉTHODE

Mettre en lumière une cible, à l'aide d'éclairages contrastés

Une méthode qualitative, qui repose sur l'analyse des propos tenus par des acteurs choisis selon leur rôle dans la chaîne de production et d'utilisation des connaissances.

Pour analyser le processus d'évaluation du caractère probant des connaissances en première ligne, nous avons adopté l'étude de cas. Cette méthode est jugée particulièrement utile pour analyser, dans leur contexte, des phénomènes complexes aux résultats complexes. Nous avons choisi de comparer deux cas très contrastés, afin de répliquer l'analyse et mettre en contraste une plus grande variété de situations (Yin, 1994). Nous trouvons important que ces deux cas comportent un élément d'innovation auprès des médecins de famille dans deux contextes différents :

1) Le contexte d'une problématique nouvelle dont l'efficacité des connaissances scientifiques auprès de la population n'est pas encore bien démontrée.

➤ **Le dépistage génétique du cancer du sein chez les femmes à risque élevé** est une problématique reliée à la génétique chez des patients adultes, un domaine en émergence, susceptible d'avoir un impact important pour les médecins de famille et leurs patientes (de Bock, Vlieland et al. 1999). L'accès à des services de dépistage génétique est maintenant possible et certaines interventions thérapeutiques sont déjà proposées. Même si l'incidence du cancer familial du sein est faible (5 % des cancers du sein), la fréquence du cancer du sein en général interpelle les médecins de famille dans leur travail préventif auprès de leurs patientes asymptomatiques et de celles qui sont atteintes de la maladie.

2) Le contexte d'une maladie chronique dont la prise en charge est déjà bien balisée.

➤ **Le traitement de l'hypertension artérielle** permet de suivre l'adoption de nouvelles recommandations canadiennes et internationales relatives au diagnostic et au traitement d'un problème de santé dont la prise en charge est déjà bien balisée par des guides de pratique et non sujette à de grandes controverses (McAlister FA et al – 2000). L'hypertension artérielle offre l'intérêt d'être une pathologie longuement asymptomatique, où il y a une notion de risque pour le patient et où se posent des questions de co-morbidité et d'«agressivité» thérapeutique.

Les deux cas furent élaborés autour d'un corpus de départ recueilli progressivement auprès de 22 médecins de famille, la cible principale de l'étude.

Pour assurer la qualité des interprétations, une procédure de triangulation des données fut retenue. Cette méthode, privilégiée dans la construction d'un cas, doit permettre, en mettant en lumière différentes perceptions d'un phénomène, de clarifier le sens des observations recueillies auprès d'un groupe cible (ici, les médecins de famille ou généralistes). (Stake, 1994).

Il s'agissait, dans un premier temps, de dégager la perspective de ces généralistes, puis de la mettre en contraste avec trois autres bases d'observations :

- La perspective de deux groupes d'informateurs clés :
 - 12 médecins spécialistes se consacrant soit exclusivement à la pratique clinique (6), soit à la pratique clinique et à la recherche (6), que nous désignerons comme le groupe des «*spécialistes*»;
 - 6 chercheurs non cliniciens, engagés dans la recherche fondamentale, que nous désignerons comme le groupe des «*chercheurs*».
- L'examen de l'information écrite consultée par les médecins de familles (revues professionnelles et quotidiens d'information générale).
- La perspective de 12 journalistes.

La cohorte des *médecins de famille* était formée de 12 hommes et de 10 femmes. Elle ne fut pas composée au hasard, mais en fonction des caractéristiques précises que nous désirions étudier :

- La diversité des âges et des années d'expérience. Les médecins de famille se répartissaient à peu près également entre ces trois groupes : moins de 11 ans de pratique (8), entre 12 et 19 ans (6) et 20 ans et plus (8).
- La diversité des milieux de pratique. Six (6) travaillaient en CLSC, 6 au sein d'Unités de médecine familiale, 10 en cliniques médicales privées. Plusieurs occupaient aussi des fonctions complémentaires en urgence ou en CHSLD.
- La diversité de l'environnement social. Ils travaillaient tous à Montréal, mais 13 pratiquaient dans des milieux populaires et défavorisés, 3 dans un milieu favorisé et 6 dans des milieux fortement multi-ethniques (favorisés et défavorisés).

Les *spécialistes* (cliniciens et cliniciens-chercheurs) furent recrutés à part égale selon les deux domaines d'expertise, à Montréal, à Québec et en périphérie de Montréal. Certains étaient rattachés à un centre universitaire, d'autres travaillant en CH communautaire.

Les *chercheurs* furent recrutés selon une procédure «boule de neige» : des chercheurs influents furent contactés et ont référé des collègues.

Note : Au chapitre suivant (présentation et l'analyse des résultats), les spécialistes et les chercheurs sont parfois traités comme des groupes distincts, mais, le plus souvent, comme leurs perceptions sont similaires, ils sont regroupés au sein d'un même ensemble.

La qualité et les limites de l'étude

De manière à assurer la qualité de l'étude, un ensemble de stratégies ont été utilisées tout au long de sa réalisation. Les analyses des entrevues individuelles ont d'abord consisté à découper le matériel des entrevues, à l'organiser et à le regrouper, puis à l'indexer à l'aide du logiciel QSR NUDIST. Les chercheurs ont d'abord procédé de façon indépendante. Il y a eu un travail de validation conceptuelle entre chercheurs des catégories analytiques développées de même qu'un travail étroit et des rétroactions constantes entre chercheurs à toutes les étapes de l'étude (e.g. double codage intra et inter-codeur, vérification de l'indexation).

En interrogeant 22 médecins de famille nous prétendons avoir obtenu un sens complet, une diversité maximale en ce qui a trait à l'objet d'étude, sans compter qu'à un certain moment l'ajout de données nouvelles n'occasionnait plus une meilleure compréhension du phénomène étudié. Compte tenu que nous obtenons une certaine saturation des données, les propositions émergentes nous paraissent donc transférables aux médecins généralistes oeuvrant en première ligne de la région de Montréal. Cependant nous ne prétendons pas avoir obtenu une saturation des données en ce qui a trait aux entrevues conduites auprès des informateurs clés, le nombre d'individus interrogés dans chaque sous-groupe étant beaucoup trop restreint. Par contre, ces entrevues ont été utiles pour mettre en relief les points de vue des différents acteurs et de dégager la perspective du généraliste. Enfin, l'analyse documentaire nous paraît complète dans la mesure où nous avons fait une recherche systématique des articles parus dans les revues dont faisaient part les médecins interrogés pour les années 1999-2001. Par contre, le manque de temps et de ressources ont fait en sorte que les documents tirés de la revue de presse et des deux revues de vulgarisation (*Actualité Médicale, Médical Post*) ne couvrent respectivement que l'année 2002 pour les premiers et 2003 pour les seconds.

3. PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Des visions différentes, reflets de réalités différentes

Au delà des critères méthodologiques, la conception de la connaissance probante est façonnée par un ensemble d'autres facteurs, «non scientifiques», mais tout aussi déterminants.

Les entrevues menées permettent de constater qu'un ensemble de facteurs, de nature très variée, entrent en ligne de compte dans la conception de ce qu'est une donnée probante et dans la décision de l'adopter et de l'intégrer à la pratique clinique. Comme nous l'avions anticipé, les deux cas retenus pour l'étude ont fait émerger des points de vue complémentaires et ont permis de mesurer l'impact du statut de la connaissance sur le poids relatif accordé aux différents facteurs. Cependant, par souci d'intégration, les résultats sont présentés en fonction des deux questions posées par cette recherche plutôt qu'en fonction des cas, à savoir : 1) La démarche qu'utilisent les médecins de famille pour décider du caractère probant d'une connaissance et de son applicabilité à la pratique.; 2) La circulation des nouvelles connaissances.

La démarche pour juger du caractère probant des connaissances : une mise en contexte des données scientifiques

On s'intéressera aux critères méthodologiques qu'ils utilisent, et les facteurs contextuels qui déterminent leur jugement final sur le caractère probant d'une connaissance scientifique. On verra l'importance attribuée aux considérations concernant les patients et le contexte clinique.

● ***Des critères d'ordre scientifique et empirique***

Comment les médecins de famille mobilisent-ils leurs connaissances et leur formation scientifiques pour juger de la crédibilité scientifique de la connaissance, du médicament ou du traitement qui leur sont proposés comme «probants» ?

- Selon les entretiens réalisés, ils recherchent d'abord certains CRITÈRES MÉTHODOLOGIQUES, dont les principaux sont les suivants :
 - la connaissance est issue de l'étude d'un grand nombre de personnes;
 - les observations ont été répliquées par plus d'une équipe de chercheurs;
 - les études ont été réalisées dans des milieux comparables aux leurs (cette question de représentativité étant parfois perçue de façon très spécifique, allant jusqu'à l'échelle du quartier dans une même ville);
 - les données démontrent l'existence d'un effet positif global sur l'espérance de vie et la qualité de vie du patient;
 - l'étude a donné lieu à des essais randomisés, perçus comme le devis « étalon » pour la mise au point de nouveaux traitements.

Une crédibilité scientifique estimée à partir de critères méthodologiques ou d'une analyse de la plausibilité biologique, corroborée par l'expérience professionnelle et personnelle.

On notera d'emblée que ces critères méthodologiques évoqués par les généralistes coïncident, pour l'essentiel, avec ceux qui sont mis de l'avant par les spécialistes et les chercheurs. Par contre, comparativement à ces derniers, les généralistes insistent plus sur la prépondérance des données portant sur des mesures globales de résultats en terme de santé que sur des mesures qui pourraient être considérées comme intermédiaires.

- Les médecins de famille font également appel à L'ANALYSE DE LA PLAUSIBILITÉ BIOLOGIQUE de la connaissance, c'est-à-dire, en l'absence de données sur des mesures cliniques d'efficacité, à ce qui est vraisemblable sur le plan biologique et peut donc être admis comme une donnée probable, sinon probante. De façon générale, cependant, les généralistes recourent moins fréquemment à cette analyse que les spécialistes et les chercheurs.

- Cette analyse de la plausibilité repose évidemment sur les connaissances scientifiques générales du médecin de famille (sur la génétique, par exemple), mais elle s'appuie aussi sur LA CORROBORATION PAR L'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE (particulièrement importante dans les cas qu'ils connaissent bien, comme le traitement de l'hypertension artérielle). Conjuguée souvent à L'EXPÉRIENCE PERSONNELLE, l'expérience professionnelle est même parfois perçue comme une «validation» de la recherche :

«Si j'essaie un remède pendant deux ans sur 20 patients et que je n'ai pas d'effets secondaires, ça devient intéressant du point de vue statistique, même si je ne dispose pas d'une cohorte de 1000 ou 2000 patients comme ceux qui ont testé le médicament. »

Ces mécanismes (plausibilité et expérience) sont particulièrement mis à contribution pour évaluer le caractère scientifique probant d'une nouvelle connaissance lorsque le médecin généraliste perçoit des contradictions entre les experts.

● **Un processus d'évaluation qui mobilise des facteurs d'ordre clinique**

Les échanges avec les acteurs laissent voir que leur conception d'une donnée probante et leur décision de l'adopter dans leur pratique sont influencées par quatre facteurs reliés directement à la pratique clinique :

- 1) le contexte de pratique,
- 2) leur perception de l'état des connaissances dans le domaine,
- 3) leurs valeurs professionnelles et personnelles,
- 4) les enjeux éthiques qu'ils perçoivent.

C'est à ce moment que la mise en relief des deux cas retenus a fait émerger des différences dans la façon de mobiliser ces différents facteurs.

LE DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE DU CANCER DU SEIN

CONTEXTE DE PRATIQUE / PERCEPTION DE L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

LES MÉDECINS DE FAMILLE, malgré la forte proportion de femmes parmi leur clientèle, ont peu d'expérience d'un cas de prédisposition génétique du cancer du sein. C'est pour eux une problématique rare, même si l'exploration des antécédents familiaux des différentes pathologies fait partie de leur pratique habituelle.

Pour qu'une femme présente des risques génétiques, il faut selon eux que deux de ses parents de premier degré aient eu un cancer du sein avant la ménopause.

Ils considèrent que les connaissances sur le dépistage génétique du cancer du sein sont très imprécises, pas assez solides, pas encore «mûres» pour être appliquées en première ligne.

La plupart n'ont pas accès à une clinique de dépistage génétique pour référence.

Or, ils n'agiront pas s'ils estiment que le réseau ne peut fournir une réponse adéquate (par exemple, suffisamment rapide) ou si l'intervention disponible n'est qu'«expérimentale», c'est-à-dire que son efficacité n'est pas démontrée.

LES SPÉCIALISTES reconnaissent que le dépistage génétique du cancer du sein est une problématique complexe, où les connaissances évoluent très rapidement et ne sont pas encore complètes.

Même si le manque de données de qualité empêche d'en arriver à un consensus sur le traitement le plus efficace, ils estiment qu'il y a suffisamment de connaissances stables pour évaluer certains risques, agir et proposer à la patiente une avenue d'intervention

Ils ont plus facilement accès à une clinique de dépistage génétique, mais plusieurs déplorent les délais parfois encourus.

VALEURS PROFESSIONNELLES ET PERSONNELLES / ENJEUX ÉTHIQUES PERÇUS

LES MÉDECINS DE FAMILLE, estimant que les connaissances disponibles sur le dépistage génétique du cancer du sein ne sont pas probantes, mettent l'accent sur *la prudence* et sur le *souci de prendre en compte le bien-être général* de la patiente dans leur intervention.

Ces soucis leur créent un dilemme éthique, car ils s'opposent en quelque sorte à deux valeurs chères aux médecins de famille : le droit du patient d'être informé et le droit de participer de manière autonome aux décisions relatives au traitement.

Même si leur expertise se limite à l'évaluation des facteurs de risque et à la décision de référer pour conseil génétique, les médecins de famille voient leur rôle dans ce domaine comme un rôle global d'accompagnement : ils ont donc besoin de connaître et de comprendre l'intervention du spécialiste pour savoir ce qui arrivera à leur patiente.

Certains MÉDECINS DE FAMILLE et certains SPÉCIALISTES entretiennent un questionnement éthique fondamental sur la valeur même de la médecine prédictive : sera-t-elle aussi efficace qu'on le prétend, compte tenu que la génétique n'est qu'un déterminant, parmi d'autres, de la santé. De façon encore plus fondamentale, certains se demandent : « A-t-on le droit de modifier le cours de la vie ? ».

Les SPÉCIALISTES et les CHERCHEURS, qui mesurent bien l'état des connaissances, énoncent clairement au nom de TOUS plusieurs de ces enjeux, pour les patientes comme pour eux-mêmes :

- Impact sur la qualité de vie à long terme : être informé d'un risque auquel on devra faire face toute sa vie.
- Risques liés à la confidentialité (accès aux assurances, etc.),
- Dilemme : le médecin possède une information significative pour tous les membres de la famille alors qu'il est en relation thérapeutique avec la seule patiente et que celle-ci, parfois, refuse d'informer sa famille.
- Dilemme créé par l'absence de ressource :
« *C'est peu éthique de faire ce genre de dépistage sans donner l'encadrement qui devrait aller avec. C'est comme dire à quelqu'un : « Vous avez une maladie, mais je ne peux pas vous dire laquelle, je ne peux pas vous dire si vous allez en mourir, je ne peux pas vous dire quoi faire. »* ».

LES SPÉCIALISTES et LES CHERCHEURS valorisent d'abord le *droit du patient à être informé* et son *droit à avoir accès aux traitements disponibles*. Malgré les incertitudes qui marquent encore l'état des connaissances dans ce domaine, ils se sentent la responsabilité d'informer le patient le plus objectivement possible puis, à la lumière de ces informations, de le laisser décider. En ce sens, ils se perçoivent avant tout comme des « courroies de transmission ».

Les spécialistes se reconnaissent le rôle d'informer les médecins de famille, mais ils ne semblent pas toujours conscients des informations dont ils ont besoin pour remplir les tâches multiples de l'accompagnement.

LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

CONTEXTE DE PRATIQUE / PERCEPTION DE L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

LES MÉDECINS DE FAMILLE affirment que le traitement de l'hypertension artérielle est une problématique très fréquente, rencontrée chez leurs patients de tout âge.

La pathologie est cependant généralement inscrite dans un contexte de co-morbidité. La nécessité de traiter alors plusieurs problèmes de manière concomitante pose des problèmes sur le plan des choix thérapeutiques et des priorités d'action à établir.

Selon les médecins de famille, ce contexte n'est pas propice à l'atteinte des objectifs de traitement proposés par les guides de pratique :

- ils ne peuvent rencontrer les conditions idéales de prises de tension artérielle (qui doivent, idéalement, se faire sur un patient au repos);
- ils ne peuvent assurer un suivi aussi serré qu'il devrait l'être et ils ne peuvent compter sur la collaboration d'autres professionnels qui pourraient pallier leur manque de disponibilité.

Les MÉDECINS DE FAMILLE, les SPÉCIALISTES et les CHERCHEURS considèrent tous que le traitement de l'hypertension artérielle est un domaine où les connaissances se sont beaucoup développées et ont débouché sur des connaissances stables, notamment en ce qui a trait à la valeur prédictive des chiffres de tension artérielle et à l'efficacité des traitements. Par contre, on s'entend également pour admettre que l'on connaît encore mal les causes précises de l'hypertension artérielle et, par conséquent, les interventions de prévention qui seraient efficaces.

VALEURS PROFESSIONNELLES ET PERSONNELLES / ENJEUX ÉTHIQUES PERÇUS

Les MÉDECINS DE FAMILLE et les SPÉCIALISTES rencontrés dans le cas de l'hypertension artérielle n'ont pas abordé explicitement la question des valeurs et des enjeux éthiques. On peut cependant déduire un certain nombre de ces valeurs et de ces enjeux de leurs propos

Les uns et les autres semblent soucieux d'obtenir un *consentement éclairé* et une *décision autonome* des patients. Ils se sentent donc la responsabilité d'informer le patient, pour le laisser libre par la suite de prendre la décision. Ils voient le succès du traitement comme une responsabilité partagée qui ne dépend pas seulement du médecin. →

On peut toutefois noter que les MÉDECINS DE FAMILLES adoptent une position plus « *relativiste* » en ce qui a trait à la cible de tension artérielle à atteindre : celle-ci doit également prendre en compte la situation globale du patient (personnalité, valeurs du patient en matière de prise de médicaments, présence d'autres problèmes dont le traitement serait prioritaire, etc.). Les SPÉCIALISTES semblent ressentir une plus grande obligation d'atteindre ces cibles.

Par ailleurs, les valeurs personnelles face à la prise quotidienne de médicaments transpirent des échanges :

«Je ne suis pas sûr qu'on ait l'arsenal thérapeutique qui permette d'atteindre de tels résultats, sinon au prix d'une consommation de médicaments à laquelle je ne suis pas sûr que je consentirais moi-même comme patient.»

«Mon allergie à prendre des pilules le restant de mes jours fait que je ne saute pas sur le patient pour lui faire prendre des remèdes. C'est pour ça que je commence toujours par lui dire : tu changes tes modes de vie, tu fais de l'exercice, etc.»

● **Le patient : un souci que tous partagent, mais expriment chacun à sa façon**

LES MÉDECINS DE FAMILLE

Dans le cas du dépistage génétique du cancer du sein, on vient de voir que pour «protéger» leur patiente les médecins de famille font donc face à un réel dilemme éthique entre, d'un côté, les principes de prudence et de bienfaisance, et, de l'autre, le droit du patient à l'information et à l'autonomie.

Dans le cas de l'hypertension artérielle, les médecins de famille sont aux prises avec un phénomène de co-morbidité et la responsabilité de traiter un ensemble de problèmes de santé. Devant des patients réticents à prendre des médicaments, ils ont souvent à arbitrer les priorités d'intervention en tenant compte de l'ensemble de la situation, qui inclut souvent des problèmes de nature psychosociale. Un médecin donne l'exemple d'une clientèle issue d'un milieu très défavorisé, où se sont souvent les problèmes de logement qui sont prioritaires, avant la question des médicaments. Devant de telles situations, plusieurs médecins de famille considèrent souvent que les normes recommandées par les guides de pratique sont inaccessibles. Dans les circonstances, ils ont à décider pour quel problème de santé ils « plaideront » et pour lesquels ils seront prêts à faire des compromis.

Le discours des médecins de famille, comme celui des spécialistes, est empreint d'un profond souci pour leurs patients. Un souci inspiré toutefois de valeurs différentes et ancrées dans leurs expériences respectives.

LES SPÉCIALISTES ET LES CHERCHEURS

Par comparaison, les spécialistes et les chercheurs rencontrés dans le cas du dépistage génétique du cancer du sein ont surtout soulevé le problème de l'accès à une information de qualité pour les patientes. Ils affirment, en se fondant sur leur expérience, que ces dernières sont mal informées. Ils remarquent aussi que les patientes ont de la difficulté à comprendre l'estimé des risques. Ils sont très conscients qu'il ne faut pas « faire paniquer » les patientes, mais, malgré les incertitudes qui marquent encore l'état des connaissances dans ce domaine, ils se sentent la responsabilité d'informer la patiente le plus objectivement possible, puis, à la lumière de ces informations, de la laisser décider.

Il y a des gens qui disent : « Il n'y a rien qu'on peut faire, donc ça ne donne rien de faire quelque chose ». Moi je ne partage pas nécessairement ce point de vue. Quand on a une connaissance, on doit informer les gens qu'il y a une connaissance. Et s'il n'y a rien à faire, on informe les gens qu'il n'y a rien à faire. Mais je pense qu'on doit informer. »

C'est au moment où la patiente nous pose la question — «Pensez-vous que je devrais avoir un dépistage ? Qu'est-ce que vous en pensez docteur ? Est-ce que je devrais en parler à ma sœur ? » — que nous devons essayer d'y répondre.

LES SPÉCIALISTES engagés dans le traitement de la tension artérielle rencontrent des cas complexes et graves. Ils sont donc animés par la nécessité de prévenir les complications à tout prix. Ils sont sensibles aux problèmes d'observance, de poly pharmacopée, d'effets secondaires, et ils sont respectueux des points de vue des patients. Mais, contrairement aux médecins de famille, ils n'expriment pas de réticences à trouver les mots qui « convaincront ». Il faut cependant reconnaître qu'ils n'ont souvent à plaider que pour le traitement d'un problème de santé spécifique (pour l'HTA, ceci englobe les maladies cardiovasculaires en général et le diabète). Ils n'ont pas à arbitrer un ensemble de priorités de traitements et à faire les compromis que la situation globale du patient exige parfois du généraliste.

Le dilemme éthique des médecins de famille entre les principes de prudence et de bienfaisance, d'une part, et le droit du patient à l'information et à l'autonomie, d'autre part, ne semble pas exister avec autant d'intensité chez les spécialistes et les chercheurs pour qui le droit du patient d'avoir accès à toutes les informations disponibles prime. On peut y voir une divergence à surmonter dans une stratégie de diffusion et d'adoption des connaissances probantes.

Comment les médecins de famille tranchent-ils ces dilemmes ? Cet arbitrage inclut-il le point de vue du patient dans un contexte de prise de décision partagée ? Les réponses à ces questions sont restées vagues. Il semble toutefois qu'il ne serait pas rare que le médecin s'appuie sur sa connaissance du patient et qu'il en arrive à des compromis sans en discuter explicitement avec le patient. Il apparaît donc que le médecin de famille exerce plus volontiers que le spécialiste une fonction de « filtre » pour décider de ce qui est « bon » de façon globale pour son patient.

La circulation des nouvelles connaissances

On s'intéressera à la crédibilité accordée aux différentes sources d'information et aux relations qu'entretiennent les médecins de famille avec différents « courtiers » de connaissances. On constatera l'isolement des généralistes du monde scientifique.

● **Comment y a-t-on accès ?**

LES MÉDECINS DE FAMILLE rencontrés ne sont généralement pas abonnés aux revues scientifiques. Ils parcourent celles qu'ils reçoivent gratuitement ou par le biais de leur association professionnelle. Ils favorisent les sources « indirectes », c'est-à-dire les résumés, les articles de formation continue, etc.

Les congrès de formation continue et les conférences sur invitation, organisés par l'industrie pharmaceutique, sont une source importante d'information pour plusieurs, mais pas pour tous.

Pour la plupart, les consultations avec les spécialistes sont une source privilégiée d'information. Plusieurs déplorent cependant qu'à Montréal, les spécialistes ne prennent pas souvent la peine de répondre aux consultations.

« Il m'est arrivé une fois que je réfère un patient à un hématologue pour une prise de sang et qu'il m'écrive une note, ce qui est rare car, d'habitude, on a juste une feuille de papier avec le résultat informatique. Donc, il m'écrit, je lui téléphone et il me donne un cours au téléphone... Ça, c'est très spécial et ça m'encourage. Ça veut dire que les spécialistes pourraient nous présenter l'information de façon plus facile et plus pratique. »

Pour les généralistes sans privilèges hospitaliers, les « dîners conférences » offrent souvent la seule manière d'avoir un accès direct à un spécialiste et de pouvoir discuter avec lui. Plusieurs déplorent cette difficulté d'accès aux spécialistes hospitaliers. Ils y voient un contre-poids important à l'influence des entreprises pharmaceutiques.

Enfin, les représentants des entreprises pharmaceutiques constituent souvent la principale, voir la seule voie d'accès des médecins de famille aux articles scientifiques originaux et aux guides de pratique, *même quand ceux-ci sont produits par des organismes canadiens ou québécois*. Plusieurs ont dit regretter cette situation. C'est également par leur intermédiaire que les généralistes sont « mis au courant » de ce que tel ou tel spécialiste pense de tel ou tel médicament et de la manière dont il l'utilise dans sa pratique.

Certains des SPÉCIALISTES interrogés semblent assez critiques de la relation que les médecins de famille entretiennent avec les sources d'information. Ils ont l'impression que ces derniers veulent que « tout soit digéré » d'avance, qu'ils cherchent des « recettes toutes faites » et ne sont pas intéressés par le côté « scientifique » de la connaissance. Certains ont aussi déploré l'attitude « pour des omnis, par des omnis » qui prévaut en formation continue. Ils y voient un facteur qui réduit les occasions d'interaction avec les médecins de famille. Par ailleurs, certains SPÉCIALISTES et GÉNÉRALISTES déplorent que les chercheurs soient très

isolés des cliniciens. Ils se disent, par exemple, intéressés à entendre parler de découvertes récentes dans les activités de formation continue qu'ils privilégient.

● **Qu'y trouve-t-on ?**

Comment les deux cas étudiés — le dépistage du cancer du sein et le traitement de l'hypertension artérielle — sont-ils traités dans les revues professionnelles consultées le plus souvent par les généralistes rencontrés et dans les principaux quotidiens québécois ? Qui écrit les articles ? Sous quel angle aborde-t-on les questions ?

Une analyse de 46 articles pertinents, tirés des éditions 1999 à 2002 de revues fréquemment mentionnées par les généralistes en cours d'entrevue (La Revue canadienne du médecin de famille, Le Médecin du Québec, Le Clinicien, l'Actualité médicale et le Medical Post), et, pour l'année 2002, de quatre quotidiens (La Presse, The Gazette, le Journal de Montréal, le Soleil) fournit quelques éléments de réponse.

De 1999 à 2002, et particulièrement depuis 2001, le nombre d'articles consacrés à ces deux thèmes a nettement progressé dans les revues analysées. Dans l'ensemble (revues et quotidiens), on note une propension croissante à vouloir mieux documenter ces deux problématiques en donnant de l'information, en faisant des recensions d'écrits scientifiques, en écrivant des textes d'opinion et des comptes-rendus de recherche, voire en publiant de véritables «cours» sur ces deux thèmes.

Les articles sont signés par des professionnels de la santé (spécialistes : 22,6 %; médecins généralistes universitaires : 12,9 %; médecins généralistes faisant autorité dans leur domaine : 3,2 %) et par des journalistes : (48,4 %).

- les médecins généralistes et/ou universitaires ont tendance à fournir de l'information sur les guides de pratique;
- les médecins généralistes faisant figure d'autorité dans leur domaine ont tendance à fournir de l'information sous forme d'un cours destiné au lecteur;
- les spécialistes, universitaires ou non, ont tendance à faire des recensions d'écrits scientifiques ou encore à émettre leurs opinions sur un sujet donné.

Les articles traitent le plus souvent des percées scientifiques, des suggestions de pratique de même que des controverses.

Le ton des articles est généralement neutre lorsqu'on aborde des suggestions de pratique et parfois plus négatifs lorsqu'il s'agit de certaines percées scientifiques. Les titres sont généralement accrocheurs, ni positifs, ni négatifs.

En général, on note un véritable souci de fournir un contenu moins vulgarisé, fondé davantage sur des bases scientifiques, particulièrement dans les articles signés par des spécialistes.

● **Quelle crédibilité accorde-t-on aux différentes sources ?**

LES MÉDECINS DE FAMILLE accordent à la crédibilité de la source d'information un rôle important, voire prédominant, dans la reconnaissance d'une donnée probante et de son adoption. Confirmant encore une fois les études canadiennes et réalisées sur le sujet (Hayward et al., 1997), trois sources d'information principales émergent des échanges avec les médecins de famille comme étant des sources crédibles : les activités de formation continue, les guides de pratique et le point de vue des spécialistes leaders d'opinion. Toutes trois dénotent l'importance du consensus et de l'expertise comme critères déterminants de crédibilité pour les généralistes.

- LES ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE, organisées sous l'égide d'organisations reconnues et gérées par des comités de pairs généralistes (la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et la formation continue de l'Université de Montréal sont souvent données en exemple), représentent l'une des sources les plus crédibles aux yeux des médecins de famille. Elles présentent le double intérêt d'offrir des connaissances nouvelles endossées par des experts qui sont en même temps des pairs. Cet endossement par des pairs, qui sont aussi des «leaders d'opinion», est perçu comme une garantie contre les conflits d'intérêt et comme gage de la pertinence de la connaissance pour la pratique générale. C'est un aspect qui joue également un rôle important lors dans les congrès ou les journaux de formation continue.

Trois sources d'information jugées crédibles :
les activités de formation continue, les guides de pratique, le point de vue des spécialistes.
Une quatrième, reçue avec plus de scepticisme, mais omniprésente : l'information véhiculée par l'industrie pharmaceutique.

- LES GUIDES DE PRATIQUE sont également une source jugée crédible parce qu'ils reflètent le consensus d'experts qui ont pris la peine « d'éplucher » les écrits scientifiques sur la question. Lorsque ces experts sont d'origine canadienne, donc familiers avec la réalité du médecin de famille, ce consensus acquiert encore plus de poids. Il est sans doute intéressant de noter que certains médecins de famille disent ne pas recevoir les guides de pratiques québécois ou canadiens de manière systématique ou, encore, d'y avoir accès par le truchement des représentants des entreprises pharmaceutiques...

- LE POINT DE VUE DES SPÉCIALISTES travaillant dans le milieu du médecin de famille, donc faisant partie de son «bassin de référence», est aussi considéré comme une source crédible d'information.

«Il y a des individus que l'on considère comme des sommités dans leur domaine, du moins à l'échelle locale ou régionale. Quand ils transmettent des nouvelles connaissances, celles-ci vont mieux passer. Pas nécessairement parce que je les comprends mieux, mais à cause du sérieux du scientifique qui me les présente. C'est un enrobage qui leur confère plus de poids à mes yeux.»

LES INFORMATIONS VÉHICULÉES PAR L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE (par exemple, le matériel promotionnel et les arguments « scientifiques » avancés par les représentants des entreprises) sont reçues avec un certain scepticisme par les médecins de famille, qui se montrent volontiers critiques face à elles. Ils accordent de la crédibilité aux informations véhiculées par ces entreprises dans la mesure où elles sont émises ou endossées par des groupes ou des individus crédibles à leurs yeux (dans le cadre d'articles de journaux, par le consensus dont elles font l'objet, par les informations qu'ils obtiennent sur les pratiques des autres médecins et de spécialistes qu'ils respectent, etc.).

● Comment les médias influent-ils sur les pratiques ?

Les médias parlent de santé. Les médecins et les patients lisent, parcourent Internet et regardent la télévision. Publications professionnelles, de vulgarisation ou médias de masse : l'information est dans l'environnement et elle vient modifier la perception de la connaissance autant des médecins que des patients. Comment les médecins et les chercheurs perçoivent-ils le travail des journalistes en matière d'information scientifique ? Comment les journalistes voient-ils leur rôle dans ce domaine et leurs relations avec le monde de la recherche ? Voici les opinions exprimées par les répondants et par les journalistes qui ont participé au groupe de discussion.

Les médecins et les chercheurs

De façon générale, généralistes, spécialistes et chercheurs expriment des attentes élevées quand il est question du rôle des médias dans la circulation de l'information sur la santé. Ils considèrent que ces derniers ont une responsabilité d'informer et « d'éduquer » le public.

La plupart se disent déçus du travail des journalistes :

- Manque de suivi de la nouvelle : on ne se sent pas responsable de corriger le tir
- Traitement souvent « sensationnaliste » et « non critique » : on brosse le tableau des bénéfices et non des risques;
- peu de soucis de l'impact de la nouvelle sur les patients;
- nouvelle teintée par les valeurs personnelles du journaliste.

Certains expriment un jugement moins négatif : ils estiment que les journalistes ne sont pas en mesure de mettre les informations en perspective; qu'ils font du bon travail malgré tout.

Les journalistes

Les journalistes perçoivent les scientifiques comme vivant dans un autre monde, avec un autre rythme et des priorités et des objectifs de circulation de l'information différents.

La couverture de la santé ne se fait pas selon un agenda bien défini C'est toujours l'idée d'intérêt public qui doit primer. « Il y a l'intuition, l'air du temps, les demandes des rédacteurs en chef et bien sûr l'actualité ».

Cependant, le journaliste ne s'estime pas toujours bien outillé pour couvrir la nouvelle scientifique et il se méfie des sources qui ont un intérêt évident dans la couverture d'un sujet. Le journaliste se sent aussi soumis à des pressions à des choix qui ne relèvent pas de lui.

La nouvelle médicale est couverte avec les mêmes règles déontologiques que n'importe quel autre domaine.

En somme

Même si les généralistes entretiennent sur plusieurs points une conception des connaissances probantes qui converge avec celle des spécialistes et des chercheurs, les deux groupes ne sont quand même pas en complet accord. Il existe entre eux des divergences qui peuvent être fondamentales.

LES GÉNÉRALISTES, LES SPÉCIALISTES ET LES CHERCHEURS S'ENTENDENT GÉNÉRALEMENT SUR CES ÉLÉMENTS :

- Ils partagent une même vision générale des critères méthodologiques (les critères de l'épidémiologie classique) pour déterminer le meilleur niveau de preuve et ils s'entendent sur des critères clés comme la largeur de l'échantillon ou la réplication.

Les deux groupes sont sensibles à la question de la représentativité des études (sélection des sujets et type d'intervention), mais les spécialistes sont moins portés que les généralistes à rejeter d'emblée une étude parce que celle-ci a été conduite dans un contexte différent du leur. Ils auront plus volontiers tendance à chercher à quel type de clientèle cette connaissance peut s'appliquer.

- En l'absence de ces critères ou en situation de controverse, les deux groupes s'appuient sur la plausibilité biologique, sur la corroboration par l'expérience clinique et sur «l'épreuve du temps» pour pallier les lacunes des connaissances.

Les spécialistes et les chercheurs sont cependant plus disposés à recourir au mécanisme de plausibilité que les généralistes, donc à adopter plus rapidement une nouvelle connaissance, même si toutes les preuves ne sont pas encore rassemblées.

Par contre, le critère de «l'épreuve du temps» est plus valorisée par les médecins de famille et peut être vu comme une embûche potentielle à l'intégration « rapide » d'une connaissance aux pratiques.

PARMI LES PRINCIPALES DIVERGENCES QUI DOIVENT ÊTRE PRISES EN COMPTE, ON NOTERA LES SUIVANTES.

- Les spécialistes et les chercheurs ne conçoivent pas que le domaine de la pratique de la première ligne impose des contraintes spécifiques à la notion de connaissance probante.
- Les spécialistes et les chercheurs adoptent plus rapidement une connaissance nouvelle comme probante et le font sur des bases plus théoriques que les généralistes (accès plus rapide à l'information, recours plus fréquent à la plausibilité biologique).

- En revanche, les généralistes sont plus «prudents» dans leur évaluation des preuves et le font sur des critères essentiellement pragmatiques. Ils favorisent des données d'efficacité portant sur des mesures de résultats cliniques définitifs plutôt qu'intermédiaires et des mesures de résultats globaux, plutôt que seulement spécifique (qualité de vie ; mortalité globale).

Cet argumentaire rejoint le concept de POEM («Patient Oriented Evidence that Matters ») qui est souvent repris dans le discours de la médecine générale et qui est un des enjeux associés au concept de donnée probante. (Ganiats TD, 2000) Cette divergence de vue est accentuée par le fait que les spécialistes ne sont pas conscients de ce côté «pragmatique» des généralistes ou refusent de l'admettre, creusant ainsi une distance qui nuit à la diffusion des connaissances probantes.

DANS LE CAS DU DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE DU CANCER DU SEIN, les médecins de famille estiment de façon générale que les connaissances sur le dépistage génétique du cancer du sein ne sont pas assez probantes pour être utilisées en première ligne. Ils considèrent qu'il existe encore des incertitudes telles qu'il n'est même pas légitime pour eux d'en parler à leurs patientes. Ils se perçoivent une responsabilité de « protéger » leurs patientes et de ne pas les exposer à des processus susceptibles d'avoir des conséquences négatives. C'est donc essentiellement la perception de ce qu'est une donnée probante qui fait problème et justifie les généralistes de ne pas utiliser cette connaissance dans leur pratique, divergeant ainsi d'opinion avec les spécialistes et les chercheurs.

DANS LE CAS DU TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, le problème ne se pose pas sur le plan de la perception, mais sur celui de l'utilisation. Les médecins de famille se disent convaincus de la qualité scientifique des connaissances qui fondent les normes de traitement établies. Pourtant, ils présentent presque toujours ces normes comme quelque chose de négociable, dont la mise en application peut être relativisée, à cause des conditions de pratique ou pour tenir compte de la situation globale du patient.

Les médecins de première ligne sont très isolés du monde scientifique à moins qu'ils ne soient en lien avec un centre hospitalier. L'industrie pharmaceutique est une importante courroie de transmission entre les médecins de première ligne et la connaissance (spécialistes/chercheurs et écrits scientifiques).

Les spécialistes et les chercheurs ne semblent pas ressentir le besoin d'une contribution des médecins de première ligne dans le cycle de la production de connaissances. Les médecins de première ligne ne perçoivent pas non plus qu'il doit y avoir une plus grande implication de leur profession dans le processus de production des connaissances.

4. MISE EN PERSPECTIVE DES RÉSULTATS

Un modèle dynamique d'utilisation de la connaissance qui doit tenir compte du contexte de pratique, des valeurs et des intérêts des acteurs.

Il faut penser la production et l'adoption des connaissances probantes comme un rapport dynamique entre des acteurs engagés dans une réponse pratique à des besoins.

Nos observations questionnent à la fois les modèles actuels d'utilisation des connaissances, les stratégies classiques de communication scientifique et les principes éthiques traditionnellement proposés pour encadrer la production et la diffusion des connaissances médicales. Nous développerons brièvement ces trois thèmes en indiquant des pistes pouvant amener à de nouvelles façon d'aborder la production et le transfert des connaissances pour la première ligne.

Des exigences sur le savoir susceptibles de remettre en question les modèles traditionnels d'utilisation des connaissances.

Où semblent se situer les acteurs de première ligne en regard des modèles d'utilisation des connaissances présentés au chapitre 1 ?

Selon nos observations, il ne semble qu'aucun des groupes d'acteurs rencontrés ne valorise les prémisses du Modèle Résolution de problème. En effet, bien que les praticiens de première ligne attribuent à la mise en contexte une fonction déterminante, ces derniers n'ont émis aucune opinion allant dans le sens d'une remise en question de la légitimité des chercheurs à définir les questions de recherche ou à assujettir les chercheurs aux besoins des utilisateurs.

Les généralistes, les spécialistes et les chercheurs perçoivent souvent de façon similaire les enjeux de la recherche, illustrant par là un autre aspect d'une vision commune.

Les médecins généralistes semblent « opérer » dans un modèle plus près du « Modèle Délibératif » qui préconise un travail de co-production et de co-interprétation des données comme assise des stratégies de transfert.

Par contre, on peut dire que les propos des spécialistes et des chercheurs rencontrés reflètent implicitement leur adhésion aux modèles traditionnels d'utilisation des connaissances que sont le Modèle Scientifique et le Modèle des Lumières. Ceci les amène à concevoir les enjeux du transfert de connaissance en terme de vulgarisation scientifique et d'une communication de persuasion.

De leur côté, les médecins généralistes semblent « opérer » dans un modèle plus près du Modèle Délibératif, dans la mesure où la mise en contexte contribue à la définition de ce qui constitue une donnée probante. Mais il y a plus. Jusqu'à un certain point, les « pressions » qu'exercent les médecins de famille sur les connaissances sont susceptibles d'avoir des conséquences importantes sur la production de connaissance, en terme de méthodes scientifiques. En effet, les exigences sur la comparabilité des populations, sur la réplication des observations, sur la durée des périodes d'observation et sur la nature globale des indicateurs de résultats privilégiés, se traduisent directement en terme de complexité des méthodes, de tailles d'échantillon, (etc) et donc de coûts, et, conséquemment, de faisabilité. En l'occurrence, si on pousse l'argument à sa limite, on pourrait se demander s'il sera possible de créer des données probantes pour la première ligne à partir du monde de la recherche biomédicale tel qu'il existe présentement. En ce sens, chercheurs et praticiens de la première ligne auraient intérêt à interagir dès le début de la démarche scientifique, comme le veut le Modèle Délibératif. Cependant, aucun des répondants rencontrés ne sont allés aussi loin que ce que le Modèle Délibératif propose. Ils n'évoquent pas la nécessité d'un travail de co-production et de co-interprétation des données scientifiques de la part des producteurs et des utilisateurs.

Une communication à plusieurs voix et à plusieurs registres : de nouveaux liens à créer entre les utilisateurs et les producteurs.

Nos résultats vont donc dans la même direction que les travaux de Nowotny, Scott et Gibbons (2001) sur l'émergence de nouveaux modes de production du savoir et que ceux de Grunig sur les flux de la communication, et supportent l'hypothèse que des relations non hiérarchiques et symétriques entre producteurs et utilisateurs de connaissances sont plus efficaces. Cette proposition oblige cependant à cerner avec précision la direction et l'intensité relative des transferts d'information entre les acteurs concernés (dans notre cas, les chercheurs, les spécialistes et les médecins de famille, et peut-être aussi les organismes qui financent la recherche et ceux qui sont responsables d'élaborer des lignes directrices ou des guides de pratique). C'est un autre chemin pour en arriver au Modèle Délibératif.

Dans l'Art d'influencer, Mucchielli (2000) montre comment le processus de communication peut agir sur certains contextes de communication et, partant, influencer la manière dont l'information (ici la nouvelle connaissance) sera reçue. Trois de ceux-ci nous apparaissent plus importants à considérer.

- On peut agir en modifiant *la position respective des acteurs*, soit en changeant le rôle de celui qui émet le message (le locuteur), soit en attribuant un rôle à l'interlocuteur ou encore en faisant les deux simultanément. Par exemple, un processus de communication où le médecin de famille serait le demandeur d'information ou encore mieux le co-producteur de la connaissance transformerait nécessairement la manière dont le producteur de cette connaissance concevrait ou exercerait son rôle.

- Une communication ne se déroule pas dans le vide. Son processus même établi, puis modifié, une relation entre les acteurs concernés. Le *contexte relationnel social immédiat* réfère à la qualité de cette relation entre les deux parties. Dans le cas qui nous occupe, on peut croire qu'il sera nécessaire d'agir sur ce contexte relationnel immédiat, en tentant, par exemple, de créer une relation de solidarité ou de proximité entre les médecins de famille, les spécialistes experts et les chercheurs, ou encore, d'accroître le sentiment d'appartenance des médecins de famille à une communauté locale ou régionale d'intérêt, centrée sur l'échange des savoirs.
- *Les règles et les normes* — d'une organisation ou de la culture dans laquelle elle s'inscrit — influencent fortement la communication. Il existe, dans une situation de communication, «ce qui se fait» et «ce qui ne se fait pas». Une stratégie de diffusion et d'adoption des connaissances probantes devra se soucier d'influer de manière favorable sur ce contexte de normes et de règles culturelles, par exemple en faisant tomber les préjugés, ou en changeant les habitudes qui peuvent exister entre les médecins de famille, les spécialistes et les chercheurs.

Enfin, ne pas seulement s'intéresser au canal de circulation, mais au réseau dont il fait partie. On a vu que les connaissances circulaient à travers des réseaux de relations précis, propres à chacun des acteurs (chercheurs, spécialistes ou médecins de famille). Ces réseaux sont à la fois des voies de circulation des connaissances, mais aussi garants de crédibilité de cette information. Par exemple, les médecins de famille accordent beaucoup de crédibilité à leurs pairs ou aux spécialistes de leur région.

Introduire un encadrement éthique

L'existence d'un malentendu entre producteurs et utilisateurs sur ce qu'est une donnée probante nous oblige à remettre en question le cadre théorique d'encadrement éthique de la connaissance provisoire, incertaine et persuasive discuté jusqu'à maintenant. De plus, le caractère déterminant du statut de la connaissance dans la résolution au cas par cas des situations cliniques suscitent des enjeux éthiques liés à la rencontre clinique en première ligne. Nous développerons des propositions quant à ces deux problématiques.

● D'une éthique de la communication des connaissances scientifiques basée sur l'honnêteté à une éthique de la discussion

Jusqu'à maintenant, les auteurs ont proposé un encadrement de la connaissance provisoire et incertaine qui est en somme une éthique de la communication des connaissances scientifiques basée sur l'honnêteté.

Cette forme d'encadrement suppose des relations unidirectionnelles entre les milieux et production et d'utilisation. Ce modèle est fortement tributaire d'une vision traditionnelle ou classique de la diffusion et de l'utilisation des connaissances scientifiques. Les milieux de

production de la connaissance y sont indépendants par rapport aux milieux de réception/utilisation de la connaissance. Les utilisateurs ont à être formés, même si c'est minimalement, pour bien apprécier la valeur intrinsèque de la connaissance produite selon les standards méthodologiques et éthiques de la recherche. Ce modèle suppose également une responsabilité de la part des cliniciens de maintenir leurs connaissances à jour, mais toujours en s'appropriant – même si ce peut être de manière critique – la connaissance produite dans d'autres milieux (Pellegrino, 1999; Goodman, 2003). Ce modèle correspond à peu de choses près au Modèle Scientifique (Denis et al., 2003).

Il est douteux de penser que ce soit par le renforcement du processus de vulgarisation des connaissances et par une meilleure communication unidirectionnelle entre les milieux que le malentendu se résorbera. Comme le montre nos résultats, l'évaluation de la «probance» de la connaissance dans les milieux de soins primaires implique aussi un processus de délibération de la part du médecin de famille. On observe que les utilisateurs sont habituellement absents des procédures d'élaboration des guides de pratiques (Redman, 1994, 1996). C'est en invoquant l'éthique de la discussion que nous proposons une piste de solution.

Il est douteux de penser que ce soit par le renforcement de la communication persuasive que le malentendu sur la signification de ce qui est probant se résorbera. C'est en invoquant l'éthique de la discussion – développée en philosophie morale et politique depuis le début des années 1980 – que nous proposons une piste de solution

LE PRINCIPE PRIMORDIAL DE L'ÉTHIQUE DE LA DISCUSSION stipule que, dans la sphère de l'action, «une norme est valide à la condition précise que les conséquences et les effets secondaires d'une obéissance universelle à cette norme, tels qu'on peut les prévoir pour les intérêts en jeu et pour les orientations axiologiques [les orientations de valeur] de tout un chacun, pourraient être acceptées par tous les intéressés sans contrainte, et d'un commun accord» (Habermas, 1998).

APPLIQUÉ AUX QUESTIONS QUI NOUS OCCUPENT, ce principe promeut une diffusion de l'information qui tienne compte de la participation de toutes les personnes concernées, y compris celles qui utiliseront l'information dans le cadre des soins de première ligne. Cela est crucial en ce qui concerne, par exemple, la participation des cliniciens de première ligne à l'élaboration d'instruments cliniques établis à partir des connaissances transférées. Or comme le soulignent Denis et al. (2003), l'éthique de la discussion possède des «affinités électives» avec le modèle délibératif qui, selon nous, semble être opératoire, quoique de manière implicite, dans le rapport que les médecins de famille entretiennent avec la notion de donnée probante.

● **L'éthique de la rencontre clinique en première ligne : quand l'état perçu de la connaissance déterminent les modalités de discussion**

Des études menées pendant quelques années montrent que les médecins de famille adoptent généralement une approche casuistique lorsque surgissent des dilemmes moraux dans leur pratique (Christie, Freer, Hoffmaster, & Stewart, 1989; Christie & Hoffmaster, 1986, Christie, Hoffmaster, & Stewart, 1987; Hoffmaster, Stewart, & Christie, 1991). Selon l'approche casuistique, la résolution d'un dilemme résulte d'une comparaison du cas problématique avec des cas similaires résolus et qui font consensus (Jonsen, 1995; Jonsen, Winslade, & Siegler, 1992). Cette approche des dilemmes moraux rend obligatoire et nécessaire une forme de délibération. Nos résultats manifestent une certaine constance dans cette manière qu'ont les médecins de famille d'aborder les dilemmes moraux.

DEUX APPROCHES À LA RÉOLUTION DE DILEMMES CLINIQUES

L'APPROCHE CASUISTIQUE prône une résolution au cas par cas, tout en contrôlant l'arbitraire par le processus de comparaison. Une telle approche est marquée par sa souplesse d'utilisation et par son l'affinité avec la forme de raisonnement médical qui conduit les médecins de famille à la mitigation des normes suggérées par les guides de pratique ou par les données probantes.

L'APPROCHE PAR PRINCIPE communément admise dans les milieux de recherche biomédicale, procède plutôt par déduction de règles d'action à partir de principes moraux a priori.⁵

Comme le montrent les résultats, les dilemmes éthiques mentionnés par les médecins de famille concernent principalement deux questions : les questions de transmission de l'information et les questions liées à la notion de responsabilité des patients

● LES QUESTIONS DE TRANSMISSION DE L'INFORMATION : Faut-il divulguer l'information même dans les situations où l'offre thérapeutique est perçue comme limitée, voire pratiquement inexistante ?

Faut-il discuter des seuils de tension artérielle à atteindre alors que la situation du patient ne semble pas favoriser la réalisation de l'objectif ? La délibération porte alors sur un dilemme entre la bienfaisance du professionnel et le respect de l'autonomie du patient, si nous reprenons la terminologie classique de la bioéthique.

Nos observations révèlent un fait nouveau :
la consolidation perçue de la connaissance est un critère dont les médecins de famille tiennent compte dans la résolution de cas liés à la divulgation de l'information et à la notion de responsabilité des patients

DANS LE CAS DU DÉPISTAGE GÉNÉTIQUE DU CANCER DU SEIN, les médecins de famille évaluent comme non encore probantes les connaissances disponibles, contrairement aux médecins spécialistes. Ils auront donc tendance à ne pas exposer les patientes à des processus susceptibles d'avoir des conséquences négatives. La balance penche vers la bienfaisance qui, ici, prend le visage d'une protection des patientes en ne discutant pas explicitement des enjeux. Au contraire, les spécialistes joueront la carte de l'entière divulgation de l'information.

⁵ (Beauchamp, 1995; Beauchamp & Childress, 2001).

DANS LE CAS DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, c'est le rapport à la normativité des connaissances qui est en jeu. Face à la situation globale du patient, le médecin de famille aura tendance à mitiger les normes établies de traitement. Cette évaluation, il la fera lui-même, sans nécessairement en discuter de manière approfondie avec le patient.

L'éthique de la communication proposée pour l'encadrement de la diffusion de la connaissance probante semble s'appliquer ici, de manière critique, au fait qu'en certaines occasions, les médecins de famille délibèrent «en lieu et place» des patients, plutôt qu'avec eux.

- LA NOTION DE RESPONSABILITÉ des patients varie selon que la maturité perçue de la connaissance. Le discours sur la responsabilisation revient souvent dans les entrevues des cliniciens spécialistes et généralistes.

La responsabilité du patient sera comprise dans le cas de l'HTA comme la fidélisation au traitement à la suite de la communication persuasive. Dans les cas de cancer du sein, la responsabilité recouvrira la participation active de la patiente dans le processus décisionnel au cours de la communication informative et délibérative.

D'après nos résultats, la directivité dans l'entretien clinique est directement proportionnelle à la maturité des connaissances telles que perçues par les répondants et ce, tant en première qu'en deuxième ligne.

La directivité est en somme l'expression d'une assurance, de la part du médecin, en regard de la validité scientifique et de l'applicabilité clinique de la connaissance qu'il manie. Dit d'une autre façon, l'espace de manœuvre du patient tend à se rétrécir lorsque la connaissance est jugée probante, et ce quel que soit le niveau de soin.

POUR RÉSUMER, l'état perçue de la connaissance est un facteur déterminant des modalités de discussion dans la rencontre clinique. Si l'approche des cliniciens de première ligne s'inspire largement de la casuistique, elle est néanmoins modulée par le fait que la connaissance appliquée aux cas particuliers aura, à leurs yeux, un caractère probant ou non.

Le net écart entre les modalités de discussion dans les rencontres cliniques de dépistage du cancer du sein et dans celles de suivi de l'hypertension montre que les médecins envisagent différemment, selon l'état perçu des connaissances, la part active que doivent prendre les patients dans leur prise en charge.

Pour un nouveau modèle de mise en relation des milieux de production et d'utilisation des connaissances

Le point de vue des médecins de famille sur les connaissances probantes s'inscrit dans un paradigme et un contexte de pratique propre à la réalité de la pratique médicale de première ligne. Une stratégie de diffusion et d'adoption des connaissances qui ferait fi de cette réalité spécifique se condamne à l'inefficacité.

Autant de considérations qui militent en faveur d'un modèle qui s'approche du Modèle Délibératif.

<p>Selon le cadre conceptuel traditionnel de la diffusion des connaissances et de la communication scientifique</p> <p>Le caractère scientifique de l'étape de production détermine seul l'évaluation du caractère probant d'une connaissance.</p> <p>La production de la connaissance répond à ses propres critères et les acteurs de cette étape n'ont pas à prendre en considération les autres étapes et les autres acteurs.</p> <p>Le processus de communication se soucie principalement de la rigueur scientifique et de la clarté de la connaissance véhiculée.</p> <p>Le souci éthique porte sur la déontologie propre à tout travail scientifique et sur la protection des sujets de recherche.</p>	<p>Selon une approche conceptuelle de diffusion et d'adoption des connaissances probantes adaptée à la réalité de la pratique des médecins de famille</p> <p>En plus du caractère scientifique de l'étape de production, un ensemble de facteurs influant sur son utilisation déterminent l'évaluation du caractère probant d'une connaissance.</p> <p>La production de la connaissance et sa diffusion tiennent compte des facteurs influant sur son utilisation et les acteurs de ces étapes prennent en considération le point de vue des utilisateurs.</p> <p>Le processus de communication se soucie de la rigueur scientifique et de la clarté de la connaissance véhiculée, mais il se soucie aussi de susciter l'adhésion de l'utilisateur.</p> <p>En plus de la dimension déontologique et de la protection des sujets de recherche, le souci éthique s'étend également au caractère provisoire et incertain de la connaissance, aux moyens de persuasion utilisés par la communication et au bien-être du patient.</p>
--	---

5. LES RÉPERCUSSIONS SUR LE PLAN STRATÉGIQUE

Une approche pragmatique, ciblée sur l'appropriation

La conception «utilitariste» des connaissances probantes véhiculées par les médecins de famille peut être matière à débat, mais elle doit surtout être matière à action. Cette conception reflète une réalité qu'on doit prendre en compte si on veut promouvoir une pratique fondée sur les connaissances probantes par les médecins de famille.

Si on accepte de travailler avec l'approche pragmatique et adaptée des connaissances probantes qui se dégage des échanges avec les médecins de famille et des précisions conceptuelles apportées, on peut établir un ensemble de conditions que devra rencontrer une stratégie efficace qui vise à diffuser les connaissances probantes auprès des médecins de famille et favoriser leur adoption par ces derniers.

A. Accepter comme légitime le point de vue particulier des médecins de famille et en tenir compte.

Le point de vue des médecins de famille sur les connaissances probantes s'inscrit dans un paradigme et un contexte de pratique propres à la réalité de la pratique médicale de première ligne. Une stratégie de diffusion et d'adoption des connaissances qui ferait fi de cette réalité spécifique se condamne à l'inefficacité.

Conditions d'une stratégie efficace d'appropriation des connaissances probantes par les médecins de famille

- A. Accepter comme légitime le point de vue particulier des médecins de famille et en tenir compte.
- B. Miser sur les convergences entre les acteurs.
- C. Tenir compte des divergences.
- D. Tenir compte des ressources disponibles
- E. Faciliter l'accès à la connaissance.
- F. Rendre la connaissance attrayante.
- G. Mettre en place des mécanismes qui assureront l'expression du point de vue et des attentes des médecins de famille aux diverses étapes de la production, de la diffusion et de l'utilisation des connaissances probantes.
- H. Fournir des balises éthiques à la diffusion et à l'utilisation des connaissances.

B. Miser sur les convergences entre les acteurs.

Même si les généralistes entretiennent sur plusieurs points une conception des connaissances probantes qui diverge de celle des spécialistes et des chercheurs, les deux groupes ne sont quand même pas en complète opposition. Il existe entre eux de nombreuses convergences qui peuvent servir de trame à une stratégie de diffusion et d'adoption des connaissances qui serait adaptée à la pratique de première ligne sans être pourtant en porte-à-faux avec la vision des spécialistes et des chercheurs. Ces points communs sont suffisamment fondamentaux pour qu'on puisse en arriver à une stratégie de diffusion qui tienne compte des particularités de la pratique de première ligne sans pour autant devenir une stratégie spécifique à la première ligne, distincte ou opposée à celle qui prévaudrait dans les milieux spécialisés ou les milieux de recherche.

Ainsi, les généralistes, les spécialistes et les chercheurs s'entendent généralement sur ces éléments :

- Ils partagent une même vision générale des critères méthodologiques (les critères de l'épidémiologie classique) pour déterminer le meilleur niveau de preuve et ils s'entendent sur des critères clés comme la largeur de l'échantillon ou la réplication.
- En l'absence de ces critères ou en situation de controverse, les deux groupes s'appuient sur la plausibilité biologique, sur la corroboration par l'expérience clinique et sur «l'épreuve du temps» pour pallier les lacunes des connaissances.
- Les généralistes, les spécialistes et les chercheurs perçoivent souvent de façon similaire les enjeux de la recherche, illustrant par là un autre aspect d'une vision commune.
- Les généralistes et les spécialistes partagent le même souci pour les patients et adhèrent au principe éthique fondamental du « faire plus de bien que de mal ».

C. Tenir compte des divergences.

Pour être efficace, la stratégie de diffusion ne doit cependant pas tenter de nier les divergences de points de vue, mais, au contraire, les rendre explicites. Parmi les principales divergences qui doivent être prises en compte, on notera les suivantes.

- Les spécialistes et les chercheurs ne conçoivent pas que le domaine de la pratique de la première ligne impose des contraintes spécifiques à la notion de connaissance probante.
- Les spécialistes et les chercheurs adoptent plus rapidement une connaissance nouvelle comme probante et le font sur des bases plus théoriques que les généralistes (accès plus rapide à l'information, recours plus fréquent à la plausibilité biologique). En revanche, les généralistes sont plus «prudents» dans leur évaluation des preuves et le font sur des critères essentiellement pragmatiques. Ils favorisent des données d'efficacité portant sur des mesures de résultats

cliniques définitifs plutôt qu'intermédiaires et des mesures de résultats globaux, plutôt que seulement spécifique (qualité de vie ; mortalité globale).

- Les spécialistes et les généralistes se réfèrent à des valeurs différentes face à leurs patients. Les premiers ont généralement une conception plus agressive de leur rôle thérapeutique, ils insistent davantage sur le droit du patient à recevoir toute l'information disponible et sur son droit à décider du traitement, mais ils n'hésiteront pas à tenter de l'en convaincre. Les seconds insistent davantage sur la prudence, ils sont davantage prêts à négocier les normes de pratique pour tenir compte de l'ensemble de la situation du patient, mais ils manifestent un certain «paternalisme» à son égard, jugeant plus volontiers à sa place de ce qui est bon pour lui.

D. Tenir compte des ressources disponibles.

L'accès aux ressources conditionne l'utilisation des connaissances. Et sur ce plan, il est clair que les médecins de famille n'ont pas un accès facile à certaines ressources considérées comme essentielles.

- Pour le dépistage génétique du cancer du sein, le manque de ressources est criant et vécu par tous les médecins rencontrés (généralistes et spécialistes). C'est la principale lacune, et tant qu'elle ne sera pas comblée, il est illusoire de penser que les médecins de famille pourront s'engager dans le dépistage. Par ailleurs, quand ces ressources de dépistage existent, l'accès y est souvent erratique car il dépend des connaissances en génétique du médecin traitant. Enfin, on manque de ressources de *counseling* génétique appropriées. Les médecins de famille rencontrés sont d'avis que cette forme de dépistage doit être intégrée au Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
- Pour le traitement de l'hypertension artérielle, il s'agit plutôt d'un manque d'accès à des alternatives à la prise de tension artérielle au bureau (monitoring 24 heures; prise par le patient de sa tension à la maison), celle-ci étant reconnue comme n'étant pas fiable. De l'avis des médecins généralistes et spécialistes rencontrés, il s'agit d'une des principales embûches à l'implantation des lignes directrices de pratique en première ligne.
- Dans les deux cas étudiés, les spécialistes interrogés ne semblent pas mesurer pleinement les difficultés d'accès des médecins de famille à certaines ressources et, partant, les limites objectives que cette situation impose à la capacité des médecins de famille d'introduire les nouvelles connaissances probantes dans leur pratique.

E. Faciliter l'accès à la connaissance.

Il est surprenant, voire inquiétant que certains médecins de famille doivent passer par le truchement des représentants des entreprises pharmaceutiques pour avoir accès aux guides de pratiques canadiens et québécois. Une stratégie d'appropriation des connaissances probantes ne peut se limiter à une diffusion efficace, mais celle-ci n'en reste pas moins une étape obligée du processus.

F. Rendre la connaissance attrayante.

Les médecins de famille rencontrés sont unanimes : pour attirer leur attention, une nouvelle connaissance doit être perçue comme utile à une partie, même limitée, de leur clientèle. Il est cependant évident que plus la problématique en question est rare, moins le médecin sera attiré, à moins qu'il ne perçoive qu'il s'agisse là d'une découverte majeure (comme un vaccin contre le VIH, par exemple). Au-delà de la dimension scientifique, une stratégie de diffusion et d'adoption des connaissances probantes ne doit donc pas hésiter à mettre en relief la dimension «pratico-pratique» de la nouvelle connaissance et démontrer qu'elle se traduira dans une amélioration concrète de la santé du patient.

G. Mettre en place des mécanismes qui assureront l'expression du point de vue et des attentes des médecins de famille aux diverses étapes de la production, de la diffusion et de l'utilisation des connaissances probantes.

Ces mécanismes restent à inventer, mais on pourrait commencer par explorer la possibilité de recourir aux réseaux de communication existants, notamment à l'échelle locale ou régionale. Ces réseaux pourraient éventuellement se développer, s'organiser et s'étoffer pour devenir de véritables réseaux d'échange des savoirs, autant les savoirs intellectuels que les savoirs d'expérience. Ces réseaux pourraient dans un premier temps regrouper des médecins (généralistes et spécialistes), mais rien n'interdit que des chercheurs s'y joignent et assurent ainsi une meilleure jonction entre l'utilisation éventuelle des connaissances et leur production.

H. Fournir des balises éthiques à la diffusion et à l'utilisation des connaissances.

Compte tenu des questions éthiques soulevées par l'application des données probantes, et compte tenu de notre proposition de faire appel davantage à une approche persuasive de la communication, il est impératif de réfléchir à un cadre éthique qui guiderait tous les acteurs engagés dans la diffusion et l'utilisation des connaissances nouvelles et probantes.

Conclusion

Des angles de prise différents qui pointent tous en faveur d'une plus grande interaction entre les milieux de recherche et les praticiens de première ligne

L'approche casuistique actuelle des médecins de famille suscite certains éclaircissements quant au rôle déterminant du statut probant de la connaissance dans le déroulement de la délibération clinique.

NOS RÉSULTATS VONT DANS LE SENS DE L'HYPOTHÈSE DE DÉPART qu'une des embûches du transfert des connaissances scientifiques aux pratiques cliniques tient au fait qu'il peut y avoir un malentendu sur ce que représente une connaissance probante entre les producteurs et les utilisateurs de cette connaissance, et que ce malentendu compromet tout effort subséquent de transfert. De plus, elle propose que, bien qu'un malentendu sur la signification du mot « probant » puisse exister dans différents contextes de pratique, le contexte unique de la pratique de première ligne impose des considérations qui lui sont spécifiques.

Comme nous l'avions pressenti, les cas choisis ont réussi à faire émerger des similitudes et des différences : en particulier, comment les considérations sur la stabilité de la connaissance influent sur l'ensemble du processus. Nous croyons que les observations faites à partir du cas du traitement de l'hypertension artérielle sont applicables au traitement de la plus part des maladies chroniques comme le diabète, les maladies pulmonaires chroniques et les maladies cardiovasculaires.

Notre démarche de recherche a consisté à explorer les données empiriques à partir de cadres conceptuels issus de disciplines différentes : sociologie des sciences, communication et éthique. Force nous est de constater que chaque angle de prise indique une même direction à suivre : celle d'une interaction plus symétrique et plus précoce entre les milieux qui produisent les connaissances et ceux des praticiens de première ligne. Ce rapprochement nous apparaît important pour poursuivre la réflexion sur ce qui nous apparaît être les deux questions de fond que soulève cette recherche :

- Un questionnement sur la façon de prendre en compte les spécificités de la première ligne au niveau des méthodes de recherche, de façon à produire des connaissances qui soient d'emblée plus prêtes à être intégrées en première ligne.
- Un questionnement sur la façon de tenir compte des données probantes de façon plus explicite dans la prise de décision clinique au cas par cas, en intégrant les considérations reliées aux contextes cliniques et à la stabilité des connaissances.

Des pistes à suivre.

- **CRÉER DE NOUVEAUX LIENS ENTRE LES ORGANISMES DE RECHERCHE, LES DÉCIDEURS ET LES PRATICIENS DE PREMIÈRE LIGNE**

Dans l'optique de faciliter la diffusion des connaissances probantes vers les utilisateurs et de favoriser leur adoption, nous croyons qu'il convient de créer de nouveaux liens entre les « producteurs » de connaissances (les chercheurs) et les utilisateurs potentiels. En d'autres mots, dans quelle mesure appartient-il aux chercheurs d'aller au-delà de la production de nouvelles connaissances et de proposer des processus qui favoriseraient l'appropriation de ces nouvelles connaissances aux cliniciens de première ligne ? Comment impliquer les utilisateurs dans les étapes de formulation des questions de recherche et d'interprétation des résultats qui appartiennent classiquement aux chercheurs ? Un peu comme on tente de créer une culture qui amène les « décideurs » à côtoyer les chercheurs et, du côté des usagers, à intégrer des représentants des usagers sur des comités des organismes de subvention : on pourrait penser à intégrer des praticiens de première ligne.

- **EXPLORER LE CONCEPT DE DONNÉES PROBANTES AUPRÈS DE CLINIENS D'AUTRES DISCIPLINES MÉDICALES**

Si le « mécanisme » mis en branle par le généraliste s'enracine dans une culture professionnelle qui semble propre à la première ligne, le caractère dynamique du processus d'appropriation des connaissances et son enracinement dans le contexte de pratique n'est probablement pas limité aux médecins généralistes, comme le suggère les opinions énoncées par les spécialistes rencontrés. Il serait intéressant d'explorer comment des cliniciens issus de différentes disciplines s'approprient les données scientifiques et les intègrent à leurs processus décisionnels.

- **POURSUIVRE LA RÉFLEXION SUR LES ENJEUX ÉTHIQUES**

Enfin, les enjeux éthiques soulevés par le transfert des connaissances vers les milieux de soins primaires n'ont pas reçu l'attention requise dans la littérature théorique ou dans les recherches empiriques. En ce qui concerne le modèle proposé dans la littérature actuelle, il n'est pas adapté aux conditions d'exercice du jugement clinique des médecins de famille rencontrés pour cette recherche. La proposition que nous faisons – résoudre le malentendu sur la définition de la probance et combler le déficit démocratique des processus de diffusion de la connaissance probante en invoquant l'éthique de la discussion – nécessitera un plus large développement pour en déterminer de manière plus précise les contours. Pour ce qui est de l'éthique de la rencontre de première ligne, il semble bien que le modèle de l'éthique de la discussion soit aussi pertinent, ne serait-ce que pour montrer en quoi l'approche casuistique actuelle des médecins de famille suscite certains éclaircissements quant au rôle déterminant du statut probant de la connaissance dans le déroulement de la délibération clinique.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont accepté de nous accorder une entrevue.

Nous remercions aussi Monsieur Denis Goulet pour sa contribution à la préparation de ce rapport.

Bibliographie

Agency for Health Care Policy and Research. Putting research into practice. Report of the Task Force on building capacity for research in primary care. AHCPR94-0062, Washington, 1994

Beauchamp, T.L. (1995). Principlism and Its Alleged Competitors, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5(3), 181-198.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* New York: Oxford University Press

Beaulieu MD, Hudon E, Roberge D., Pineault R , Forté DLJ. Practice guidelines on clinical prevention : do patients, physicians and experts share common ground ? *Can Med Assoc J* 1999; 161:519-523.

Christie, R., & Hoffmaster, C. (1986). *Ethical Issues in Family Medicine* New York:Oxford University Press

Christie, R., Freer, C., Hoffmaster, C., & Stewart, M. (1989). Ethical Decision Making by British General Practitioners, *Journal of the Royal College of General Practice*, 39(328), 448-451.

Christie, R., Hoffmaster, C., & Stewart, M. (1987). Ethical Decision Making by Canadian Family Physicians, *CMAJ*, 137(10), 891-897.

Coleman J, Katz E, Menzel H. The diffusion of an innovation among physicians. *Sociometry* 1957; 20:253-270.

Culpepper, L., & Gilbert, T.T. (1999). Evidence and Ethics. *Lancet*, 353(9155), 829-831.

Davis D.A, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice. *Can Med Assoc J* 1997; 157:408-416.

Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995; 274:700-705.

de Bock GH, Vlieland V., Hageman GC, Oosterwijk JC, Springer MP, Kievit J. The assessment of genetic risk of breast cancer: a set of GP guidelines. *Fam Pract* 1999; 16:71-77.

Denis JL, Lehoux P Champagne. F. Knowledge Utilization in Health Care : From Fine-tuning of Dissemination to "Contextualization" of Knowledge : In : Multiple Perspectives on Evidence-based Decision-making in Health Care, Lemieux-Charles L, Champagne F, Langley A (Eds), Toronto, University of Toronto Press, 2004, p11-41.

Eccles, M., Higgins, B., & Adams, P. (1999). Developing Evidence-based Guidelines: Experiences from the North of England Evidence-based Guideline Development Project. In A.

Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268:2420-2425.

Forum national sur la santé. La santé au Canada: un héritage à faire fructifier. Volume Rapports de synthèse et documents de référence. Ottawa: Gouvernement du Canada, 1997.

Ganiats T.D. What to do Until the POEMs Arrive. Fam Pract 2000; 49:362-368.

Goodman, K.W. (2003). *Ethics and Evidence-based Medicine. Fallibility and Responsibility in Clinical Science* Cambridge: Cambridge University Press.

Greer AL. The state of the art versus the state of the science. The diffusion of new medical technologies into practice. International Journal of Technology Assessment In Health Care 1988; 4:5-26.

Grunig, J.E et L. Grunig, (1992) «Chapitre 11, Models of Public Relations and Communication» dans Grunig, J. E. et D.M. Dozier, (1992). Excellence in Public Relations and Communication management, Hillsdale, Erlbaum, p 285-325

Habermas, J. (1998). *L'intégration républicaine. Essais de théorie politique* Paris : Fayard

Hayward RSA, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon KA, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. Can Med Assoc J 1997; 156:1715-1723.

Hoffmaster, C., Stewart, M., & Christie, R., (1991). Ethical Decision Making by Family Doctors in Canada, Britain, and the United States. *Social Science and Medicine*, 33(6), 647-653.

Hope, T. (1995). Evidence-based Medicine and Ethics *J Med Ethics*, 21(5), 259-260

Hughes, J.C. (1996). Evidence-based Medicine and Ethics *J Med Ethics*, 22(1), 55-56

Hutchinson, & r. Baker (Eds.), *Making Use of Guidelines in Clinical Practice* (pp. 29-46), Abingdon: Radcliffe Medical Press.

Jonsen, A.R. (1995). Casuistry: An Alternative or Complement to Principles ? *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5(3), 237-251.

Jonsen, A.R., Winslade, W.J., & Siegler, M. (1992). *Clinical Ethics* New York: McGraw-Hill

Kernick D., Stead J., Dixon M. Moving the research agenda to where it matters. *BMJ* 1999; 319:206-207.

Kerridge, I., Lowe, M., & Henry, D. (1998). Ethics and Evidence based Medicine *British Medical Journal*, 316, 1151-1153.

Kourilsky, P., & Viney, G. (1999). *Le principe de précaution. Rapport au Premier ministre*. Paris :169 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/brp/notices/004000402.shtml>

Lavigne, A. (2002) «La communication institutionnelle vue par l'entremise de six grands systèmes relationnels: proposition d'une typologie» soumis à Communication et Organisation, ISIC, Bordeaux

Leeder, S.R., & Rychetnik, L. (2001). Ethics and Evidence based Medicine *Med J Aust*, 175(3), 161-164

Liberati, A., Pistotti, V., & Telaro, E. (1999). Evidence-based Medicine and Practice : What's New for the Physician ? *Forum (Genova)*, 9(4), 361-371

Medical Research Council. Topic review on primary health. London, Engl : Medical Research Council; 1997

Miké, V. (1999). Outcomes Research and the Quality of Health Care: The Beacon of an Ethics of Evidence *Evaluation & the Health Care Professions*, 22(1), 3-32.

Miké, V. (2003). Evidence and the Future of Medicine *Evaluation & the Health Care Professions*, 26(2), 127-152

Mucchielli, A. (2000), *L'art d'influencer*, Paris, Armand Colin, Collection U, Sciences de la communication

Nowotny H, Scott P, Gibbons M. Re-thinking science : Knowledge and the public in an age of uncertainty. Cambridge, Polity Press, 2001

Pellegrino, E. (1999), The Ethical Use of Evidence in Biomedicine *Evaluation & the Health Care Professions*, 22(1), 33-43

Redman, B.K. (1994). Clinical Practice Guidelines as Tools of Public Policy: Conflicts of Purpose, Issues of Autonomy and Justice. *The Journal of Clinical Ethics*, 5(4), 303-309.

Redman, B.K. (1996). Ethical Issues in the Development and Use of Guidelines for Clinical Ethics. *The Journal of Clinical Ethics*, 7(3), 251-256.

Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press, 1983.

Sackett D, Rosenberg W., Gray Muir J.A., Haynes RB, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-72.

Stange KC, Miller W.L., McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med* 2001; 33:286-297.

Starfield B, Primary care research needs. In : Starfield B (ed), Primary care. Balancing health needs, services and technology. Chapter 17, p377-396. Oxford University Press. London, 1998.

The National Forum on Health. Health in Canada : a legacy to foster. Government of Canada. Ottawa. 1997

Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis D.A, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders to improve health professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Library* 1-12. 1997. Ref Type: Electronic Citation

Upshur, R.E. (2001). The Ethics of Alpha: Reflections on Statistics, Evidence and Values in Medicine, *Theoretical Medicine*, 22, 565-576.

van Weel, C., & Knotterus, J.A. (1999). Evidence-based Interventions and Comprehensive Treatment. *Lancet*, 353, 916-918

Weiss CH, The many meanings of research utilization, *Public Administration Review*, vol 39, 1979 : 426-431.

Wensing M, Van Der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovation in general practice : which interventions are effective ? *Brit J Gen Pract* 1998; 48:991-997.

Windhal, S. , B.H. Signitzer et J.T. Olson (1993). Utilisation des théories de la communication, une introduction à la planification de la communication, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec

Yin R.K. Case Study Research - Design and Methods. Sage Production Editor : Diane S.Foster ed. 1994.

Zyzanski SJ, Stange KC, Kelly R, Flocke S, Shank JC, Chao J et al. Family physicians' disagreements with the US Preventive Services Task Force recommendations. Fam Pract 1994; 39:140-147.