



Aspects organisationnels et politiques des modifications de pratique

Ann Langley, HEC Montréal

Le 6 mai 2008

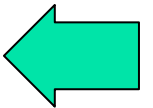
Panel: Stratégies visant à modifier la pratique

Conférence canadienne sur l'éducation médicale



Qui suis-je?

- Professeure, HEC Montréal
 - Gestion stratégique, Méthodes de recherche
- Membre du Groupe interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal
- Intérêts de recherche:
 - Processus de changement stratégique dans le secteur de la santé
 - La diffusion des innovations en santé





Étude sur l'innovation en santé: Projet de recherche

Pourquoi certaines innovations peu appuyées par les données probantes sont largement adoptées alors que d'autres pour lesquelles les données sont plus solides restent sous-utilisées?

	Données probantes en avance	Données probantes tardives
Adoption rapide	1. Succès Héparine à faible poids moléculaire pour la thrombophlébite	2. Sur-adoption Cholécystectomie laparoscopique
Adoption lente	4. Sous-adoption ACT- Suivi intensif en communauté (en psychiatrie)	3. Prudence Réutilisation de dialyseurs



Étude sur les innovations en santé: Deux perspectives

Modèle des données probantes

- Adopteur = acteur rationnel unique avec un seul critère clair de bénéfice et de risque
- La valeur de légitimation dominante = preuves des essais randomisés
- Innovations = claires, bien définies, peu d'ambiguïtés
- Adoption = décision précise (oui/ non)

Modèle socio-technique

- Adopteur = plusieurs acteurs avec intérêts divergents et des risques/bénéfices distribués
- Les intérêts des groupes peuvent être légitimés par des valeurs de nature différente
- Innovations = un cœur dur + une périphérie ambiguë
- Adoption = processus d'apprentissage avec des coûts et bénéfices propres



Étude sur les innovations en santé: Deux perspectives

Modèle des données probantes

- Adopteur = acteur rationnel unique avec un seul critère clair de bénéfice et de risque

Modèle socio-technique

- Adopteur = plusieurs acteurs avec intérêts divergents et des risques/bénéfices distribués



1. Bénéfices et risques distribués

- Exemple – Des groupes différents évaluent l'HFPM différemment selon l'impact sur eux:
 - Les *patients* peuvent retourner chez eux (+) mais les médicaments sont plus chers (-)
 - Les *urgentologues* récupèrent des lits (+)
 - Les *infirmières* travaillent plus (-) mais s'agit-il de travail plus valorisant? (+)
 - Les *hôpitaux* économisent en fermant des lits (+)
 - Les *internistes* s'inquiètent pour les patients en communauté, perdent des revenus, (-) etc. etc.

SI ON SOUHAITE MODIFIER LES PRATIQUES, IL EST IMPORTANT DE SAVOIR QUI GAGNE, QUI PERD ET POURQUOI?



Étude sur les innovations en santé: Deux perspectives

Modèle des données probantes

- Adopteur = acteur rationnel unique avec un seul critère clair de bénéfice et de risque
- **La valeur de légitimation dominante = preuves des essais randomisés**

Modèle socio-technique

- Adopteur = plusieurs acteurs avec intérêts divergents et des risques/bénéfices distribués
- **Les intérêts des groupes peuvent être légitimés par des valeurs de nature différente (incluant des conceptions différentes de ce qui est « probant »)**

Intérêts = en quoi cela m'avantage?

Valeurs = en quoi c'est la "bonne" chose à faire?

PAS LA MÊME CHOSE POUR TOUT LE MONDE



2. Le rôle des *valeurs* & intérêts

- *Exemple* : Le suivi intensif en communauté pour les patients psychiatriques a des bénéfices démontrés mais exige l'adhésion aux médicaments – des valeurs et idéologies divergentes supportent des intérêts polarisés:

Hôpital

Valeur: Science

«*Modèle médicale* »

vs.

Groupes communautaires

vs.

Valeur: Liberté de choix

vs.

« *Modèle communautaire* »



Étude sur les innovations en santé: Deux perspectives

Modèle des données probantes

- Adopteur = acteur rationnel unique avec un seul critère clair de bénéfice et de risque
- La valeur de légitimation dominante = preuves des essais randomisés
- **Innovations = claires, bien définies, peu d'ambiguïtés**

Modèle socio-technique

- Adopteur = plusieurs acteurs avec intérêts divergents et des risques/bénéfices distribués
- Les intérêts des groupes peuvent être légitimés par des valeurs de nature différente
- **Innovations = un cœur dur + une périphérie ambiguë**

Le coeur dur et la périphérie floue des innovations

	HFPM Succès	Cholecyst. Sur-adopt	SIC – sous- adoption	Filtres Prudence
Coeur dur	CLAIR: Médicament	ASSEZ CLAIR: Procédure chirurgicale	VAGUE: Liste de pratiques standardisées	CLAIR: Produit réutilisable et équipement
Périphérie floue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arrangements organisationnels ▪ Procédures de suivi en communauté ▪ Indications 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilitéés du chirurgien ▪ Indications ▪ Conversion (quand et si changer de technique) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quelles pratiques à inclure? ▪ Compétences professionnelles ▪ Variations dans le protocole ▪ Indications 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Variété dans la technologie ▪ Intervention humaine dans le processus de nettoyage ▪ Distribution des bénéfices économiques



Nature *imprécise* des innovations (cœur dur+ périphérie floue)

- Exemple: filtres de dialyse réutilisables
– la technologie permet des économies.

« Périphérie floue » = qui récupèrent les économies?

\$\$\$ peuvent être redistribués pour convaincre les cliniciens malgré des bénéfices cliniques directs minimaux – i.e., on peut investir pour desservir plus de patients



Étude sur les innovations en santé: Deux perspectives

Modèle des données probantes

- Adopteur = acteur rationnel unique avec un seul critère clair de bénéfice et de risque
- La valeur de légitimation dominante = preuves des essais randomisés
- Innovations = claires, bien définies, peu d'ambiguïtés
- **Adoption = décision précise (oui/ non)**

Modèle socio-technique

- Adopteur = plusieurs acteurs avec intérêts divergents et des risques/bénéfices distribués
- Les intérêts des groupes peuvent être légitimés par des valeurs de nature différente
- Innovations = un cœur dur + une périphérie ambiguë
- **Adoption = processus d'apprentissage avec ses coûts et bénéfices propres**

4. Adoption comme processus *d'apprentissage* avec ses propres coûts et bénéfices



- Exemple – Cholécystectomie laparoscopique
 - Technique avec des avantages évidents mais des coûts cachés d'apprentissage...
 - *"Si je voulais continuer à faire des cholécystectomies, je n'avais pas le choix. Je devais adopter la technique laparoscopique. Les patients le voulaient, les médecins référants le* S *voulait, et le milieu le voulait. Pour rester dans le marché, il fallait apprendre la technique."*

Conclusion



- L'adoption des innovations est un processus social où les gens prennent des positions en fonction des bénéfices et risques pour eux-mêmes appuyés par leurs valeurs.
- Pour améliorer la pratique, il faut comprendre ce processus social et trouver des façons d'intervenir au nom des patients.
- Cela peut engendrer un dialogue explicite sur les bénéfices et risques pour des patients, des cliniciens et des organisations.
- Il faudrait songer à négocier dans la périphérie floue des innovations valables pour favoriser l'adoption.
- En résumé: Un paradoxe

Le transfert des connaissances scientifiques doit nécessairement s'insérer dans un processus politique et social pour influencer la pratique.