Bilan des études sur les guides de pratique en santé : qu'en retirer pour la santé et la sécurité au travail

*Review of Studies on Clinical Practice Guidelines: What Is Relevant for
Occupational Health and Safety*

*Revisión de los estudios sobre las guías de prácticas en salud : que se puede
aprovechar para la salud y la seguridad en el trabajo*

**Monique Lortie, Cheikh Faye, Elena Laroche, Lise Desmarais, Denys
Denis, Iuliana Nastasia, Sylvie Gravel et Laurent Giraud**

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3112>

DOI : 10.4000/pistes.3112

ISSN : 1481-9384

Éditeur

Les Amis de PISTES

Référence électronique

Monique Lortie, Cheikh Faye, Elena Laroche, Lise Desmarais, Denys Denis, Iuliana Nastasia, Sylvie Gravel et Laurent Giraud, « Bilan des études sur les guides de pratique en santé : qu'en retirer pour la santé et la sécurité au travail », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 15-1 | 2013, mis en ligne le 01 mai 2012, consulté le 21 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3112> ; DOI : 10.4000/pistes.3112

Ce document a été généré automatiquement le 21 avril 2019.

Pistes est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Bilan des études sur les guides de pratique en santé : qu'en retirer pour la santé et la sécurité au travail

Review of Studies on Clinical Practice Guidelines: What Is Relevant for Occupational Health and Safety

Revisión de los estudios sobre las guías de prácticas en salud : que se puede aprovechar para la salud y la seguridad en el trabajo

Monique Lortie, Cheikh Faye, Elena Laroche, Lise Desmarais, Denys Denis, Iuliana Nastasia, Sylvie Gravel et Laurent Giraud

Introduction

- 1 Les réformes des cadres juridique et institutionnel du régime québécois de la santé et de la sécurité du travail préconisées par le Livre blanc de 1978 avaient conduit, entre autres, à l'adoption, le 21 décembre 1979, de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) et la création, en 1980, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Elles avaient, également, donné lieu à l'érection de la recherche comme moyen susceptible d'aider à la prévention des lésions professionnelles et à la réadaptation des travailleurs à travers la création, en 1980, de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). D'où la consécration de la vision, largement admise, selon laquelle la prévention des risques professionnels, pour être efficace, doit s'adosser à une diffusion ou une dissémination des résultats de la recherche à l'effet de favoriser une application, par les milieux de travail, des connaissances mises au point. Le transfert de ces connaissances des milieux de la recherche vers ceux du travail nécessite une mise en forme opérationnelle de celles-ci dont les guides sont une manifestation importante.
- 2 Le concept « guide » revêt un caractère polysémique et peut se définir de plusieurs manières selon son objet (aide à la décision, transfert des connaissances, réponse à une

question d'éthique) ou ses utilisateurs potentiels (INESSS 2011). Nous retiendrons, pour la suite de l'article, la définition qui considère un guide comme un « ouvrage destiné à aider par des informations générales ou pratiques » ou un « ouvrage contenant des informations pratiques ». Ces définitions montrent l'orientation utile, pratique, voire pragmatique prise par les guides, mais elles peuvent être reliées à des finalités différentes : expliquer l'usage d'un équipement, indiquer les conduites à tenir advenant certaines circonstances précises, présenter la démarche à suivre pour réaliser une activité déterminée, etc.

- 3 Les guides sont vus ainsi comme des outils d'organisation des connaissances ainsi que comme un moyen privilégié pour standardiser et rationaliser les pratiques (Woolf 1995). Ils visent l'amélioration des pratiques professionnelles et contribuent à diminuer la variabilité de ces dernières qui peuvent être constatées au sein et entre les organisations (Armstrong et coll. 2004). Dans le domaine de la SST, les guides poursuivent plusieurs objectifs, notamment celui d'outiller les utilisateurs pour reconnaître les risques susceptibles d'altérer leur santé ou de porter atteinte à leur sécurité, de cibler les éléments à transformer et de choisir les recommandations adéquates.
- 4 C'est dans le domaine de la santé, plus particulièrement celui de la santé clinique que l'on rencontre une publication plus abondante des guides (Beaulieu et coll. 2001 ; Turner et coll. 2008). Le secteur de la santé occupant une position dominante, ses perspectives et ses prises de position scientifiques ont une influence déterminante qui s'étend notamment au secteur de la SST. L'objectif principal du présent article est de faire le point sur les écrits publiés sur le développement, l'utilisation, l'évaluation, l'implantation et les impacts des guides de pratique clinique dans le domaine de la santé afin d'en dégager les enseignements clés et de déterminer ce qui pourrait s'appliquer à la SST. Après avoir présenté, dans une première partie (1), la méthodologie utilisée pour ce faire, nous présenterons, dans une seconde partie (2), les résultats de notre recherche. Cela permettra de dégager les lignes directrices, le mode de pensée et la place des guides développés, implantés, utilisés et évalués dans le domaine de la santé, plus particulièrement dans celui de la santé clinique. Ensuite, nous verrons ce qu'il en est dans le domaine de la SST avant d'analyser ce qui différencie les deux domaines en matière de développement, d'implantation, d'utilisation et d'évaluation des guides afin de dégager ce que pourraient être nos propres enjeux de recherche. Enfin, dans une troisième partie (3), nous traiterons les connaissances scientifiques établies à ce jour au sujet des guides, plus particulièrement dans un de leurs aspects fondamentaux, c'est-à-dire leur qualité d'instrument de transfert des connaissances.

1. Méthodologie

- 5 Nous avons procédé de façon itérative et avons organisé la recherche à partir de deux grands axes : les guides eux-mêmes et leurs utilisateurs. Dans le premier axe, nous avons cherché à connaître le processus et la façon par lesquels les guides sont développés, évalués, implantés puis évalués. Dans le second axe, nous nous sommes intéressés aux utilisateurs des guides pour vérifier l'usage qu'ils en font, ce qu'ils pensent des guides qu'ils ont utilisés ainsi que les impacts de cette utilisation.
- 6 Le premier axe nous a conduits à privilégier les articles de synthèse étant donné l'abondance de la littérature sur les guides. En effet, déjà au milieu des années 90, Mulrow (1994) situait le nombre d'articles relatifs aux guides annuellement publiés à 2 millions, et

le nombre de revues publiant des guides à 20 000. Jobson et Potter (1995) relevaient pour leur part 360 000 entrées dans Medline. Depuis, la quantité d'études publiées a littéralement explosé, pour atteindre environ trois quarts de million d'entrées à la fin des années 2000 (Turner et coll. 2008). Identifier, trier, classer, évaluer et combiner constitue donc un enjeu central pour toute recherche sur les guides dans le domaine de la santé. Cet enjeu a mené à la mise en place d'une double stratégie : d'une part, le développement d'une démarche méthodologique précise pour inventorier et synthétiser les données relatives aux guides et, d'autre part, la mise en place de procédures visant à évaluer la qualité des études générant ces données.

- 7 Nous avons, donc, mené notre recherche sur les bases de données classiques qui servent de support à la diffusion des revues scientifiques au moyen d'un certain nombre de mots clés tels que *assessment tool/instrument*, *évaluation*, *guidelines*, *guides*, etc. Cela nous a permis de faire un double constat : d'une part, la grande majorité des articles de synthèse retrouvés étaient axés sur les guides de pratique clinique dans le domaine de la santé et, d'autre part, de nombreuses institutions ont mis au point des guides sur les guides (GsG) dont le but est de favoriser le développement de guides. Sur la base de ces deux premiers résultats (majorité des guides de pratique clinique et GsG pour le développement de guides), nous avons repris notre processus itératif afin de dégager, pour les guides de pratique clinique, leurs principales caractéristiques avant de découvrir des points de repère pouvant être utiles en SST et, pour les GsG, les points qu'ils ont en commun, leurs différences ainsi que la logique ou la philosophie qui les sous-tend.
- 8 Le second axe relatif aux utilisateurs des guides nous a amenés à vérifier l'utilisation des guides, les impacts de cette utilisation et, dans le cas des GsG, à nous assurer que les guides sont développés conformément aux prescriptions de ces mêmes GsG. Notre recension des articles de synthèse sur les guides et sur les GsG a été complétée en fonction des thèmes qui présentaient un intérêt potentiel pour la SST. Par exemple : le rôle des contextes, les écrits qui interpellent sur le savoir inclus dans les guides ou quant aux sources d'information utilisées, les perspectives futures comme l'informatisation des outils de développement. Les pistes ouvertes par ces lectures ont été complétées à partir des références indiquées ou par des recherches plus pointues sur ces questions.

2. Résultats

2. 1 Les guides de pratique en santé

- 9 Les guides de pratique en santé - une tradition surtout issue des pays anglo-saxons, en particulier du Royaume-Uni - sont utilisés en médecine depuis les années 1930. Ils ont cependant connu une croissance importante à partir des années 80 (Woolf 1995). Le développement de guides de pratique a ainsi été situé d'emblée par les organismes de santé et les agences gouvernementales en tant qu'élément clé d'une vaste opération destinée à assurer le transfert des connaissances issues des recherches médicales. L'implantation des guides de pratique y a été aussi vue comme un moyen de rationaliser et de standardiser les pratiques, afin de diminuer l'écart entre ce qui est fait et ce qui est connu, et ce, dans un contexte de croissance des coûts jugée en partie occasionnée par des pratiques cliniques inadéquates (Woolf 1995). La littérature portant sur les guides de pratique a, également, connu un essor fulgurant en passant de 444 articles publiés en 1993 à près de 5 000 en 2006 (Turner et coll. 2008). Une collecte de guides de pratique

effectuée auprès des praticiens par Hibble et coll. (1998) il y a une quinzaine d'année a montré que chacun des praticiens avait déjà près de 14 guides de pratique.

2.1.1 Développement des guides de pratique en santé

- 10 D'après l'enquête menée au Canada par Kryoruchko et coll. (2009), 80 % des 1 360 guides étudiés avaient été développés à l'intérieur d'une organisation. Ils étaient produits par 96 développeurs, dont 41 étaient responsables de 94 % de la production, à raison de plus de trente guides chacun. On peut donc parler d'une forte professionnalisation de la production de guides de pratique en santé. Les études sur les sources de données utilisées pour élaborer les guides montrent aussi que les auteurs privilégient, d'une part, les références nationales et, d'autre part, celles issues de publications américaines (Burgers et coll. 2002). L'hypothèse avancée est que les développeurs accordent plus d'importance et de crédibilité aux sources « nationales », car leurs chercheurs prendraient mieux en compte les éléments contextuels ou les pratiques développées. Les résultats seraient en quelque sorte plus proches de la réalité. L'approche préconisée demeure cependant d'adapter les guides aux besoins locaux (Browman 2000 ; Carlsen et coll. 2010), bien que certains, comme Fretheim et coll. (2006) recommandent d'appuyer au contraire les développements locaux. Aussi, la majorité des sources ne sont citées qu'une ou deux fois¹ (Burgers et coll. 2002 ; Christiaens et coll. 2004), un fait qui est également observé dans l'analyse des références utilisées par les intervenants à la Commission des lésions professionnelles au Québec sur le syndrome du canal carpien (Tcaciuc et coll. 2011).
- 11 La durée de vie de 50 % des guides de pratique serait de moins de six ans (Shekelle et coll. 2001)². Dans l'étude de Burgers et coll. (2003) la longueur moyenne des guides de pratique était de 15 pages et plus, mais la moitié des 855 guides collectés par Hibble et coll. (1998) auprès des praticiens étaient longs d'une page ou deux ; seulement 19 % avaient plus de 10 pages. Par ailleurs, les études montrent que si les guides plus longs respectent mieux les standards préconisés, ils sont cependant moins utilisés (Cook et Giacomini 1999). De la même façon, on estime que les organismes gouvernementaux produisent des guides de qualité supérieure et que les guides nationaux sont de meilleure qualité que les guides locaux. Cependant, ils sont moins utilisés (Burgers et coll. 2003 ; Grilli et coll. 2000 ; Cluzeau et coll. 1999).
- 12 Face à la profusion des guides, les organisations internationales et nationales se sont alors beaucoup investies afin de définir des standards de développement – des guides sur les guides – et des outils d'évaluation. C'est ainsi que plusieurs grands groupes – en particulier dans les pays anglophones – ont été mis en place pour développer des guides sur les guides³. Tous ont, pour ainsi dire, articulé leur travail sur celui effectué pour l'IOM par Field et Lohr (1990, 1992) qui ont proposé des attributs à satisfaire lors du développement de guides de pratique. Ceux-ci posent les différents jalons à franchir : (1) sélection du sujet, (2) délimitation du but et du public cible anticipé (scope), (3) adaptation du guide, (4) formation du groupe de développement, (5) participation des patients, (6) élaboration des questions, (7) revue systématique, (8) critères d'inclusion et d'exclusion des études et des données, (9) évaluation des données probantes ou des preuves, (10) développement des recommandations, (11) élaboration d'une stratégie d'implantation, (12) consultation pour évaluer la version préliminaire du guide de pratique, (13) rédaction de la version abrégée, (14) planification de l'évaluation, révision et mise à jour. Pour chacun de ces attributs, les groupes proposent des procédures, des

éléments à prendre en compte ou des étapes ou des considérations qui les distinguent les uns des autres, mais jamais de façon radicale.

- 13 Cette évolution dans le développement des guides s'est accompagnée d'une transformation du processus d'élaboration. Ce dernier, qui jusqu'alors était basé sur un consensus d'experts, a été recentré sur l'analyse rigoureuse des données produites par la littérature scientifique et sur une évaluation de la qualité des preuves. Selon certaines approches, la connaissance, pour être valide, se doit d'être explicite, systémique et reproductible (Lomas et coll. 2005). La validité des données, et par extension celle des outils développés, découle ainsi directement de la méthode utilisée pour les obtenir ou les produire. Les approches quantitatives dominent ainsi fortement, et les méthodes sont évaluées essentiellement à travers l'expertise épidémiologique. Les savoirs d'expérience et l'expertise n'interviennent alors que pour combler les insuffisances. En fait, tout le cycle de vie d'un guide de pratique en santé - de sa conception à son évaluation - sera conditionné par la notion de preuves ou de données probantes. De la qualité du contenu axé sur l'identification des données probantes découle tout le reste : c'est cette notion qui structure la démarche, qui imprègne sa logique et sa cohérence.

2.1.2 Implantation des guides de pratique en santé

- 14 Dans la littérature, on a relevé un premier grand groupe d'études axé sur l'implantation des guides. Des chercheurs se sont ainsi penchés sur les résultats de l'implantation des guides pour évaluer les modifications des pratiques professionnelles nées de l'introduction des guides ainsi que les obstacles liés à leur implantation. Globalement, les praticiens suivent les recommandations à des degrés divers, dépendant des régions, des pays et des domaines de pratique (Carlsen et Kjellberg 2010). Par exemple, un tiers des praticiens hollandais prescrivent les médicaments tel que recommandé par les guides nationaux (Lugtenberg et coll. 2009) et 55 % des patients américains sont traités tel qu'il est recommandé (Divac et coll. 2009). Les premières grandes questions formulées pour expliquer ces résultats décevants ont été de distinguer si c'était parce qu'on ne les connaît pas, n'y adhère pas ou ne les adopte pas, et ce, pour un ensemble de raisons.
- 15 Les résultats obtenus pour chacune de ces questions varient beaucoup selon le domaine et le type de guide. Par exemple, seulement le tiers des 96 recommandations évaluées par Burgers et coll. (2003) ont obtenu un taux d'adhésion supérieur à 60 %, alors que Llentjens 2008 a observé un taux moyen variant de 60 à 70 % chez les praticiens hollandais. L'adhésion peut être quasi parfaite comme le rejet, généralisé (ex. : taux d'adhésion de 99 % pour un test du cancer du sein vs 9 % pour un médicament antiviral en pédiatrie ; Cabana et coll. 1999). Les raisons de s'opposer à une recommandation sont multiples et renvoient aux critiques précédentes auxquelles s'ajoute le fait de ne pas croire à son efficacité (Carlsen et coll. 2007)⁴. Cependant, globalement, les études montrent que la raison principale de ne pas adopter une recommandation n'est ni la méconnaissance ni la non-adhésion. Par exemple, dans l'étude de Dahan et coll. (2008) sur l'utilisation du guide de pratique sur les problèmes lombaires, 90 % des 132 répondants le connaissaient, mais seulement 24 % en faisaient usage. Dans celle de Rosser et Palmer (1993), 78 % des praticiens ontariens connaissaient la recommandation sur l'abaissement des lipides, 5 % l'appliquaient. Une des études fort intéressante sur ce point - et pertinente à la SST - est celle de Divac et coll. (2009) qui se sont demandés pourquoi les pratiques médicales contemporaines en tant qu'alternatives à la prescription de médicaments avaient autant de difficulté à s'implanter auprès des praticiens serbes. Ils ont constaté que la majorité

(65 %) trouvaient important de suivre les guides, mais qu'ils ne les connaissaient pas bien (50 % ne pouvaient en nommer aucun) ; toutefois, les praticiens souscrivaient aux mêmes principes, mais sans vraiment les intégrer dans la pratique. L'hypothèse des auteurs est que le praticien intègre des expériences personnelles dans son processus de décision qui ne sont pas couvertes dans les recommandations.

- 16 Des études menées en Australie et au Danemark montrent aussi que la source première d'information est les collègues et les ouvrages de référence (Ulvines et coll. 2009). C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles un des éléments au cœur des stratégies d'implantation est de trouver des personnes clés crédibles⁵.
- 17 Les chercheurs se sont donc de plus en plus intéressés à mieux cerner les obstacles ou ce qui facilite l'adoption. Les facteurs sont multiples et sont les mêmes que l'on retrouve dans les études sur le transfert de connaissances (Faye et coll. 2007). Les obstacles étudiés (Carlson et coll. 2007), outre l'adhésion et le contenu, ont été en particulier : le format, l'expérience individuelle des guides de pratique, la relation patient-praticien, la responsabilité professionnelle. Quant à ce qui facilite l'adoption (Grilli et Lomas 1994), on s'est penché sur la qualité des guides, les caractéristiques des professionnels ciblés, les caractéristiques de l'environnement, les incitatifs, les facteurs liés aux patients et la réglementation (et les normes d'accréditation). Nous retenons ici aussi la classification proposée par Cabana et coll. (1999)⁶ qui s'articule sur quatre dimensions : le cognitif (être au courant, être familier ou avoir des connaissances adéquates), les attitudes (en désaccord, coût jugé trop élevé, ratio temps-énergie/bénéfice insatisfaisant), le comportement (recommandations malcommodes, confondantes, patient) et l'environnement (ressources, organisation, etc.).
- 18 Les sept facteurs qui ressortent comme importants pour l'adoption du guide sont : 1) la simplicité et la convivialité (Hayward et coll. 1997, Carlsen et Kjellberg 2010, Grilli et Lomas 1994) ; 2) la familiarité (en fait l'effort exigé pour modifier une pratique) ; 3) la clarté et la spécificité (Shekelle et coll. 2000) ; 4) l'observabilité des effets, mais aussi le fait de voir les recommandations utilisées par d'autres (Grilli et Lomas 1994) ; 5) l'environnement, le facteur le plus souvent sondé, en particulier l'organisation, mais aussi les ressources et leur accessibilité ou la présence d'un environnement adverse (Carlsen et Kjellberg 2010) ; 6) l'endossement ou l'utilisation par un collègue ou par une organisation respectés (Hayward et coll. 1997)⁷. Tout comme mentionné à propos de l'utilisation privilégiée des sources de référence locales, les études montrent que les guides locaux sont mieux acceptés et ont plus d'impact sur la pratique professionnelle. Dans l'étude précédemment citée sur les intervenants à la Commission des lésions professionnelles, les guides locaux étaient la source la plus référencée (Tcaciuc et coll. 2011; 7) le facteur culturel. Par exemple, au Canada, les praticiens francophones valorisent davantage les textbooks et ont plus confiance dans les guides que leurs collègues anglophones (Kryworuchko et coll. 2009). Les praticiens norvégiens se situent davantage comme des alliés de leur patient face aux instances gouvernementales qui useraient des guides pour camoufler des enjeux de rationalisation, primant sur les décisions d'ordre clinique, alors qu'au contraire leurs collègues danois apprécient les efforts de rationalisation et d'implantation du gouvernement (Carlsen et Kjellberg 2010).

2.1.3 Utilisation des guides de pratique en santé

- 19 Un second grand groupe d'études est mentionné dans la littérature et a trait à l'attitude ou au comportement de l'utilisateur des guides. Les auteurs qui ont travaillé sur ce sujet ont cherché à vérifier si les publics ciblés connaissaient les guides qui leur étaient destinés, s'ils y adhéraient et les adoptaient.
- 20 Sackett (1996), cité par Culleton (2009), a souligné que les cliniciens ne disposeraient que d'une heure par semaine pour lire la documentation scientifique. D'où la question relative aux sources d'information utilisées, entre autres, pour situer la place des guides et le crédit qu'on leur accorde. L'étude sans doute la plus importante – menée auprès de 1 875 praticiens – sur la fréquence (rare, mensuel, quotidien/hebdomadaire) avec laquelle diverses sources d'information sont consultées et l'impact sur la pratique montre que les quatre sources les plus utilisées sont les collègues, les articles de synthèse, les textbooks et les articles. En fait, 35 % disent ne consulter que rarement les guides de pratique, sans toutefois mettre en cause leur crédibilité (Hayward et coll. 1997). Les textbooks sont deux fois et demie plus souvent utilisés que les guides de pratique. Cook et coll. (1997) les décrivent ainsi : revues narratives qui offrent une perspective globale sur un ensemble de sujets plutôt que de couvrir en profondeur un sujet pointu et qui ne fournissent pas de réponse quantitative sur une question clinique spécifique.
- 21 Les enquêtes menées auprès des utilisateurs montrent que ceux-ci veulent des guides simples, rapides et pratiques à consulter (Carlsen et Kjellberg 2010) ; ils adhèrent aux efforts de standardisation et de rationalisation mais se défendent de maintenir une approche holistique ; ils veulent que le guide corresponde à ce mode de fonctionnement et aide à simplifier le processus décisionnel (Baunilauri Ferreira et coll. 2010). Cependant, les guides trop simples sont perçus comme mal adaptés aux situations complexes. Les praticiens apprécient les procédures standardisées, mais ils insistent sur l'individualité des patients.
- 22 En fait, ces souhaits sont le miroir des grandes critiques adressées aux guides de pratique qui sont de deux grands ordres : l'adéquation avec 1- le mode de fonctionnement et 2- les contextes. Dowie (1996) distingue à cet égard deux grandes phases interreliées : la décision et le passage à l'action.
- 23 1) Fonctionnement : les guides ne prennent pas suffisamment en compte l'ensemble des facteurs que le praticien doit considérer dans sa pratique (ex. point de vue du patient, coûts, comorbidité ; Lugtenberg et coll. 2009, Carlsen et Kjellberg 2010) et ne sont pas suffisamment proches du processus décisionnel (qui peut être individuel comme collectif ou institutionnel (Woolf et coll. 1999) et des conditions d'application (Dowie et coll. 1998)⁸. Ils ne tiennent pas suffisamment compte du patient en tant qu'individu unique évoluant dans une réalité spécifique, ce qui rend difficile le passage du risque relatif (sur lequel sont élaborés les guides) à la décision basée sur le risque absolu et individuel (Armstrong et coll. 2004). Ce qui est mieux pour un ensemble peut être en effet inapproprié pour un patient spécifique (Woolf et coll. 1999 ; Dowie 1996). En somme, les guides de pratique, qui se fondent sur les données probantes référant à des processus de résolution de problèmes et non de décision⁹, ne seraient pas bien adaptés aux activités des praticiens, les deux relevant de paradigmes différents. Il serait ainsi nécessaire de mieux comprendre le processus de décision (Browman 2000) pour pouvoir élaborer des guides de pratique efficaces. Ces travaux sur les processus de décision se manifestent présentement surtout

en matière de développement d'algorithmes¹⁰ et de graphiques de cheminement. Les GsG récents suggèrent d'ailleurs d'inclure un algorithme dans le guide de pratique.

- 24 2) Contextes d'application : les guides de pratique présentent un défaut de conformité. On reproche par ailleurs aux chercheurs de trop s'intéresser à la question d'applicabilité sous l'angle des obstacles (ex. équipements ou ressources non disponibles, manque de temps, compétences nécessaires ; Carlsen et Kjellberg 2010) et pas assez à celle de la conformité aux conditions d'application telles que rencontrées dans la réalité (Audet et coll. 1990). À cet effet, Burgers et coll. (1997) estiment d'ailleurs que les recommandations ne devraient s'appliquer qu'à seulement 60 à 90 % des situations.
- 25 Pour ce qui est de l'utilisation des guides sur les guides, les études menées auprès des développeurs de guides montrent grosso modo que les recommandations ne sont pas très suivies (Schünemann et coll. 2006), le manque de ressources et les coûts impliqués étant souvent invoqués. Ainsi, les développeurs continuent à faire un large usage d'approches non systématiques et de s'appuyer sur le consensus d'experts (Calder et coll. 1997 ; Harpole et coll. 2003 ; Grol et coll. 1998 ; Pencharz et coll. 2002 ; Burgers et coll. 2003 ; Kryworuchko et coll. 2009). Enfin, l'ensemble des études montre que les guides ne rencontrent que partiellement les recommandations formulées par les guides sur les guides (Grilli et coll. 2000 ; Burgers et coll. 2004 ; Harpole et coll. 2003 ; Brouwers et Charette 2001 ; Watine et coll. 2006). Par exemple, sur les 279 guides de pratique revus par Shaneyfelt et coll. (1999), en moyenne un critère sur deux a été jugé satisfaisant¹¹ et aucun ne rencontrait tous les critères. Par ailleurs, aucune étude ne démontre de façon claire que suivre les procédures recommandées permet de concevoir des guides de qualité supérieure (Audet et coll. 1990 ; Burgers et coll. 2003).

2.1.4 Évaluation des guides de pratique en santé

- 26 L'étude de la littérature sur les guides en santé fait ressortir plusieurs instruments pour l'évaluation des guides. Essentiellement, les items évaluatifs s'articulent autour de deux grands volets. Ils vérifient si (1) le processus proposé est suivi ou si on le décrit adéquatement et si (2) les éléments de contenu suggérés y sont (ex. description des patients ciblés, description des obstacles, évaluation des coûts). Peu d'items s'adressent en tant que tel au format et à l'organisation du contenu.
- 27 Les quelques items qui traitent de ces aspects sont décrits de façon large, sans critère précis d'évaluation. Par exemple : l'item « les recommandations sont-elles clairement présentées » est évalué à travers les propositions suivantes : le format est convivial ; les termes utilisés sont non ambigus, les définitions sont précises ; le résumé est structuré ; énonce clairement les actions recommandées, spécifie les circonstances.
- 28 L'item sur la dissémination et l'implantation, évalué à travers des énoncés tels les barrières potentielles organisationnelles sont-elles discutées ? les barrières potentielles sont-elles décrites ? fournit-on des documents auxiliaires pour aider à l'implantation ? fournit-on un graphique (ou algorithme) des étapes et du processus décisionnel ? ne permet pas non plus d'évaluer si un guide est approprié compte tenu des obstacles mentionnés.
- 29 Certains ont exploré la question à partir d'un système de qualification – un instrument d'évaluation en fait – qui consiste, comme on l'a vu à la section 2, à établir une liste d'attributs, mais centrée cette fois-ci sur le potentiel d'adhésion ou d'adoption des recommandations (Grilli et Lomas 1994 ; Grol et coll. 1998 ; Burgers et coll. 2003¹²). Ces

propositions intègrent donc en grande partie les facteurs que nous venons de voir. Dans l'étude de Grol et coll. (1998)¹³, les attributs qui ont eu le plus d'impact ont été le fait d'être controversé, l'incompatibilité avec les valeurs, la clarté, la complexité, les impacts sur la pratique quotidienne (ex. demande de changer de routine, provoque des réactions négatives des patients). Dans celle de Burgers et coll. (2003), l'attribut dominant a été le fait qu'une recommandation soit fondée sur des preuves scientifiques. Cependant, alors que pour les guides de diagnostic c'est le fait de pouvoir rapidement voir les effets qui était le plus déterminant, pour le guide de traitement cela a été la discussion sur les bénéfices et le fait d'évoquer les réactions potentiellement négatives des patients. La barrière la plus importante était liée à la nécessité de développer de nouvelles habiletés et à la complexité.

- 30 Il est par ailleurs intéressant de mentionner que les auteurs qui ont évalué les divers chapitres du guide de pratique de l'American College for Occupational and Environmental Medicine (Cates et coll. 2006) avec un de ces instruments (AGREE, Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) signalent que les résultats obtenus, qui sont plutôt médiocres (ex. la rigueur de développement et de l'applicabilité des divers chapitres sont cotés adéquats respectivement à 27 % et 31 %), ne correspondent pas à l'opinion des experts qui considèrent qu'il s'agit d'un guide de qualité. Les auteurs rappellent que l'instrument évalue essentiellement les informations fournies sur le développement du guide et non sa qualité intrinsèque.
- 31 D'un autre côté, les versions écourtées développées pour permettre aux praticiens d'évaluer la qualité d'un guide (Woolf 1995 ; Hayward et coll. 1995 ; Brosek et coll. 2009) sont aussi centrées sur l'évaluation du processus de développement du guide.
- 32 Enfin, une revue exhaustive de 121 outils d'évaluation (Katrak et coll. 2004) montre que : 1) la construction des outils est très variable, que ce soit en matière d'intention, de composantes ou des propriétés psychométriques ; 2) peu documentent la validité et la fiabilité de leurs items ; 3) la construction est généralement empirique¹⁴ ; 4) la grande majorité (n=104) est élaborée pour évaluer un design spécifique et peu sont génériques (n=16).

2.2 Les guides en santé et sécurité au travail (SST)

- 33 Les guides de pratique en SST prennent de multiples formes et le format énoncé ne peut convenir qu'à une fraction d'entre eux. Le guide à caractère prescriptif ou directif, proche de l'esprit du guide de pratique clinique, côtoie le guide qui collige des informations de façon plus large. Ces guides traitent de prévention, d'évaluation, de plan d'action, d'intervention, d'information, d'utilisation ou de gestion. Ils peuvent ne comporter que quelques pages, comme être longs de plus de cent pages. Certains guides misent sur le visuel plutôt que sur le texte (voir le site web du RRSSTQ, onglet communauté en transfert de connaissances, section publications/outils). Il y a donc au départ une différence structurelle importante.

2.2.1 Développement des guides en SST

- 34 En SST, l'initiative de développement des guides revient souvent aux chercheurs et à leurs partenaires et les objectifs peuvent concerner un groupe bien spécifique. Par exemple, le guide de Lavoie et coll. (2011) concerne spécifiquement les opérateurs de

triage des déchets à recycler. Les projets de guides sont régulièrement destinés aux usagers locaux. C'est le cas des guides sur les convoyeurs (Giraud et coll. 2004) ou sur l'évaluation des capacités en réadaptation (Roy et coll. 2011) ou sur l'aménagement des bibliothèques (Vincent et coll. 2004). Ces guides intègrent des données issues de la recherche action qui sont spécifiques aux milieux concernés, ainsi que le point de vue de partenaires. Cette façon de faire permet d'intégrer ces éléments dès le départ, alors que les guides sur les guides situent les partenaires seulement à l'étape de l'implantation.

- 35 Un autre point qui nous apparaît central en SST est le fait que le développement des guides implique régulièrement des partenariats complexes, à géométrie variable et qu'il puisse être étalé dans le temps. On en trouvera plusieurs exemples dans Desmarais et Lortie (2011) : développement d'un guide sous forme de vidéo pour et avec les jockeys (Brunet, p. 99), grille d'auto-évaluation des risques destinée aux centres de tri de matières recyclables (Lavoie et coll., p. 79), programme de formation à l'aiguisage de couteaux pour les abattoirs (Desmarais et coll., p. 169), développement d'un guide de sécurité sur les convoyeurs à courroie (Trépanier et coll., p. 45). Plusieurs de ces projets se sont étendus dans le temps et ont impliqué de nombreux allers-retours. Les chercheurs y ont participé, car ces guides sont le plus souvent le résultat de leur propre travail où les connaissances développées sont reliées à ces contextes particuliers. C'est d'ailleurs le cas des guides de prévention qui doivent tenir compte à la fois du secteur de production, des moyens de prévention dont dispose l'entreprise, de la capacité du travailleur à contribuer à l'implantation et à utilisation des guides, des barrières de langues, du niveau d'alphabétisation, de la représentation en place de la SST ou de son utilité, etc. Selon nous, tous ces facteurs, essentiels à une implantation réussie, doivent être pris en compte progressivement et intégrés dans le guide.
- 36 La participation des chercheurs nous apparaît aussi un bon moyen de développer des questionnements et des connaissances orientés sur les besoins des milieux. Il nous apparaît aussi difficile, à travers la seule revue de littérature, d'aborder les limites et le rôle des contextes d'application dont il faut justement tenir compte dans l'élaboration d'un guide de pratique. Un exemple sans doute flagrant est la publication de directives usuelles sur la meilleure façon de manutentionner, alors que l'on sait que ces directives ne sont souvent pas appliquées parce qu'elles ne tiennent pas compte de l'ensemble des éléments du système de travail (Denis et coll. 2011 ; Faye et coll. 2011 ; Lortie et coll. 2011). Autrement dit, l'impact du contexte doit être d'emblée considéré et intégré au développement et l'adaptation au contexte ne peut se limiter à un simple processus d'ajustement. Par ailleurs, ceci n'empêche pas le développement et l'implantation réussie de guides qui visent d'emblée une utilisation généralisable, décontextualisée. Le Quick Exposure Checklist, utilisé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), en est un bon exemple. Ce guide développé en Angleterre a été adapté au Québec pour fin d'utilisation par les inspecteurs.
- 37 Les caractéristiques des utilisateurs des guides en SST couvrent aussi un spectre beaucoup plus large qu'en santé. Cela oriente la façon d'organiser les développements, la mise en place des groupes consultés et les stratégies adoptées (ex. importance du visuel). Par exemple, les utilisateurs du guide de Lavoie et coll. (2011) sont des opérateurs peu scolarisés ; les jockeys de Brunet (2011) et les opérateurs de Desmarais et coll. (2011) sont, en tant qu'agent de formation ou maître de stages, des utilisateurs devenus relayeurs ; les utilisateurs de Tcaciuc et coll. (2011) sont des spécialistes de haut niveau mais qui agissent essentiellement comme ressources d'appoint ; ceux de Lortie et coll. (2011)

peuvent être des responsables de prévention qui ont une formation universitaire, comme des membres d'un comité de SST, à profil multiple et parfois peu scolarisés. Le profil des utilisateurs du guide de convoyeur est encore plus varié (Trépanier et coll. 2011) : opérateur, formateur, ingénieur, etc.

- 38 Dans les guides sur les guides, la définition du sujet y est spécifiquement encadrée. Cela s'explique sans doute par l'importance de la participation des organismes gouvernementaux, par les coûts impliqués¹⁵ et la volonté de développer des guides génériques.

2.2.2 Implantation des guides en SST

- 39 Bien que nous en sachions peu sur l'implantation des guides en SST, de façon plus générale, les chercheurs en SST au Canada rapportent utiliser la dissémination active comme principal mécanisme de transfert de leurs résultats de recherche (Laroche, 2009). Alors que la diffusion vient au deuxième rang, il semble que l'implantation soit le mécanisme le moins souvent rapporté par les chercheurs en SST.
- 40 Cependant, nous avons connaissance de guides qui sont largement utilisés : le Quick Exposure Checklist diffusé par la CSST, les guides sur les convoyeurs, les guides sur le retour au travail. Hormis le QEC, originellement développé en Angleterre, les guides sont généralement développés en lien avec le milieu utilisateur. Ainsi, le mode de diffusion ou d'implantation est sans doute important mais il ne peut pallier un déficit de conception. Si un guide répond bien aux besoins, les relayeurs, formels ou informels, les diffusent rapidement. Les succès d'implantation peuvent être par ailleurs en partie jaugés au nombre d'exemplaires commandés, un indicateur incomplet mais simple et peu coûteux. Concentrer ainsi nos énergies sur l'implantation, tel qu'en conviennent les acteurs en santé, ne constitue peut-être pas un angle auquel accorder priorité en SST, sans pour autant le délaisser.

2.2.3 Utilisation des guides en SST

- 41 À notre connaissance, il n'existe pas en SST de larges études portant sur l'utilisation des guides en général. Cependant, quelques études portant sur des guides spécifiques ont été menées. À titre d'exemple, le guide sur les convoyeurs a fait l'objet d'un suivi auprès des utilisateurs (Trépanier et coll. 2011). Il existe aussi un bon nombre d'études, surtout dans le domaine de la formation, qui ont questionné l'intégration de recommandations ou de guidelines spécifiques (ex. les recommandations en matière de principes de manutention).
- 42 Nous aurions certes avantage à nous pencher plus précisément sur la question de l'utilisation des guides (en tant qu'objet). À cet égard, la plupart des facteurs mentionnés dans l'utilisation des guides de pratique dans le domaine de la santé nous apparaissent pertinents à celui de la SST. Les études précitées offrent un point de départ méthodologique intéressant. Les outils centrés sur les recommandations nous semblent aussi mieux adaptés au contexte de la SST que ceux centrés sur le processus de développement du guide. Cependant, les études spécifiques à un guide donné nous apparaissent plus utiles pour comprendre concrètement ce qui fonctionne ou pas dans le cas d'un guide.

- 43 De même, les critiques et les questionnements signalés à propos des guides en santé (rôle des contextes, processus de décision, passage à l'action) sont les mêmes en SST. La distinction posée entre le volet décision et le passage à l'action correspond à un découpage en SST que nous aurions peut-être avantage à affiner afin d'articuler de façon plus précise les projets de développement de guides. Mieux saisir le processus de décision, en lien avec les guides nous apparaît une proposition pertinente à la SST. Un exemple de ce type d'approche est les travaux menés sur le cadenassage où les chercheurs se sont penchés justement sur le processus de décision (l'action d'arrêter) pour développer une stratégie qui optimise et intègre ce processus à la gestion plutôt que de centrer la question sur l'action d'arrêt comme tel (Emami-Mehrgani et coll. 2011).
- 44 Aussi, la façon de poser le problème (réflexion axée sur les obstacles plus que sur les conditions d'application) nous semble judicieuse. Un exemple en est les guides sur les méthodes de manutention, où les recommandations sont essentiellement axées sur des données probantes issues d'expérimentations. Bien que l'on admette que les conditions d'application puissent empêcher leur mise en place, peu d'études ont été centrées sur la conformité entre ces recommandations et les contextes d'utilisation. En fait, les contextes, en étant interprétés essentiellement en tant qu'obstacles, n'amènent pas de remises en question de la validité des données probantes.

2.2.4 Évaluation des guides en SST

- 45 Il est remarquable que les études soulèvent souvent des questions qui sont d'un grand intérêt en SST et pour lesquelles nous avons une bonne expertise. C'est le cas en particulier des questions relatives à l'impact de l'environnement de travail et de l'activité de travail elle-même sur l'utilisation des guides de pratique. Or, les références aux disciplines spécialisées dans le domaine du travail sont bien rares. L'absence dans le domaine de la SST y est notable. On constate aussi que le modèle d'évaluation quantitatif domine. Nous pensons que des suivis ciblés, qui explorent l'appropriation, les impacts dans un sens plus large conviennent mieux au domaine de la SST. En matière d'évaluation, les outils proposés pour évaluer le potentiel d'implantation pourraient offrir un compromis intéressant. Enfin, nous savons que les utilisateurs ne sont pas toujours ceux qui sont escomptés (Desmarais et coll. 2011 ; Berthelette et coll. 2009), que les usages peuvent différer de ce qui était prévu à l'origine. La notion d'effet - de retombées en fait - est donc d'un grand intérêt en SST.
- 46 Dans la mesure où il n'est pas clair que le respect des étapes proposées soit une garantie de qualité, leur évaluation n'apparaît pas pouvoir permettre de valider d'emblée la qualité des guides, ni leur potentiel d'intégration dans un milieu. Cependant, les instruments proposés permettent de réviser différents points. Par ailleurs, il nous semble peu opportun, dans le contexte de la SST, de développer des outils d'évaluation destinés directement aux utilisateurs. D'une part, ces derniers évaluent surtout sans doute leur applicabilité, la concordance des résultats attendus avec leurs objectifs et qui endossent ou utilisent le guide. D'autre part, il est peut-être signifiant que la majorité choisissent de développer leurs propres outils pour des motifs de spécificité. À cet égard, les approches développées en design dans le domaine de l'utilisabilité où l'utilisateur est au centre du processus nous apparaissent offrir une piste plus pertinente à nos besoins.

3. Les guides comme instruments de transfert des connaissances

- 47 Beaucoup de chercheurs se sont intéressés à établir les stratégies qui sont les plus efficaces pour la diffusion, la dissémination, l'implantation, l'utilisation et l'évaluation des guides, bref à la qualité d'instrument de transfert de connaissances que revêtent les guides.
- 48 Généralement, la diffusion, la dissémination et l'implantation sont considérées comme un moyen de transfert. Nous reprenons, ci-après, les définitions de ces trois notions données par Cabana et coll. (1999)¹⁶ :
- **diffusion** : distribution des informations et adoption sans aide des recommandations ;
 - **dissémination** : processus plus actif que la diffusion. Les informations pour améliorer les connaissances ou les habiletés sont communiquées ;
 - **implantation** : dissémination active, impliquant des stratégies pour surmonter des barrières. Grol (1997) les différencie selon qu'elles mettent en jeu un processus interne, comme l'éducation, ou externe, comme l'organisation. Il résume dans un excellent texte synthèse les différentes approches possibles, leur théorie sous-jacente, les facteurs sur lesquels porte l'intervention et la stratégie qui en découle.
- 49 La diffusion et la dissémination des guides peuvent s'opérer selon des modalités différentes : passive (ex. envoi postal), éducative ou active. Pour les guides de pratique, les moyens passifs dominent. Par exemple, dans l'enquête Kryworuchko et coll. (2009), 84 % des guides de la cohorte 2000-2005 avaient utilisé un moyen passif, 58 % un moyen lié à l'éducation, et 30 % une méthode d'implantation. D'après la synthèse de 235 études effectuée par Grimshaw et coll. (2004), les deux interventions uniques les plus fréquentes sont les rappels (13 %) et la diffusion de matériel éducatif (6 %). Les deux plus rares sont les interventions sur des éléments organisationnels. Dans le cas des multiinterventions, les moyens utilisés sont : 1) du matériel éducatif (48 %) ; 2) des rencontres éducatives (41 %) ; 3) des rappels (24 %) ; 4) des audits et des rétroactions (31 %) ; 5) des interventions auprès des patients (18 %).
- 50 En ce qui concerne l'implantation, il existe une émergence de diverses propositions pour évaluer le potentiel d'implantation intrinsèque des guides (implementability). Elles intègrent en partie les obstacles intrinsèquement reliés aux guides (ex. recommandation ambiguë, inconsistante, incomplète...) par rapport aux barrières extrinsèques. La plus élaborée reste le GuideLine Implementability Appraisal ou GLIA développé par Shiffman et coll. (2004, 2005).
- 51 La littérature révisée cible essentiellement l'utilisation ou l'adoption. Globalement, les études sur l'utilisation visent à vérifier dans quelle mesure les connaissances transférées sont effectivement appliquées par les utilisateurs. L'adoption est un terme d'utilisation pertinent au contexte des guides de pratique. Cabana et coll. (1999) la définissent comme étant l'engagement du destinataire à utiliser le guide de pratique et sa décision de modifier sa pratique. Nous reprenons ci-dessous les définitions et explications colligées par Faye et coll. (2007).
- **Utilisation** : action, manière d'utiliser. Utiliser (surtout employé à partir du XIXe siècle) fut d'abord attesté au sens de « rendre utile », « faire servir à une cause précise ». Le verbe est devenu, par la suite, courant dans le sens de « employer ». Il est plus proche du verbe anglais

to use que to utilize. En anglais, utilization est défini comme « to put to use, especially to find a profitable or practical use for. » Il a un sens plus étroit qu'avec « to use ». Utile est emprunté au latin utilis, « qui sert », « avantageux » ; c'est un dérivé du verbe uti « se servir de ». Le mot s'applique d'abord à ce qui sert à quelque chose, à ce qui peut être avantageux pour quelqu'un.

- **Mobilisation des connaissances** : la notion de mobilisation va au-delà des termes « utiliser » ou « appliquer » (Perrenoud 1999) en ce qu'elle implique un certain nombre d'actions et d'opérations mentales complexes (adaptation, différenciation, intégration, combinaison, coordination), dans un contexte déterminé, en vue de transformer les connaissances.
- **Appropriation** : elle rend compte du niveau d'acquisition, d'intégration et de sédimentation des connaissances transférées par les utilisateurs réels ou potentiels, qu'ils soient des personnes physiques ou morales.

52 Parmi les effets et résultats évalués, on distingue ce qui concerne le suivi de l'utilisateur des effets plus globaux. L'utilisateur peut être évalué à travers l'utilisation, l'adoption, l'appropriation ou la mobilisation des connaissances. En plus du suivi de l'utilisateur, l'effet ou l'impact concerne un second niveau : l'utilisation en tant que moyen plutôt que finalité pour parvenir à d'autres objectifs. Trois termes sont utilisés : résultat, impact, effet. En fait, ces trois termes réfèrent à trois dimensions : direct/consécutif, à court/long terme, prévu/non prévu. Le résultat concerne les effets directs et à court terme du transfert ; dans le cas des guides de pratique, ils sont généralement évalués à travers l'utilisation ou l'adoption des recommandations. L'impact concerne le plus long terme. Le principal indicateur d'impact évalué dans la littérature révisée est la condition du patient. Le concept d'effet est plus large en ce qu'il englobe ce qui n'était pas prévu. Dans la littérature révisée, l'évaluation des effets non prévus est rare. Les définitions et les explications ci-dessous sont extraites de Faye et coll. (2007).

- **Résultat** (du transfert) : mesure du niveau d'atteinte des objectifs, implicites ou explicites, visés au départ, ainsi que les changements, les prises de décision ou les formulations de politiques ayant résulté d'une action de transfert. L'étude consiste à vérifier si les effets attendus correspondent bien à ceux initialement visés (OCDE 2002).
- **Impact** : tout « effet à long terme, positif et négatif, primaire et secondaire, induit par une intervention, directement ou non, intentionnellement ou non » (OCDE 2002). Elle déborde celle de « résultats » et recouvre les effets indirects, qu'ils soient positifs ou négatifs. On mesure donc les effets indirects ou non attendus induits par un transfert. L'évaluation des impacts revient à vérifier si la mise en œuvre effective des connaissances transférées a permis d'obtenir des effets autres que ceux initialement prévus et désirables.
- **Effet** : un « changement escompté ou non, attribuable directement ou indirectement à une action » (OCDE 2002).

53 Depuis 20 ans, l'ensemble des études montrent que la diffusion/dissémination du matériel change peu les pratiques professionnelles (Hayward et coll. 1997 ; Bero et coll. 1998 ; Lomas et coll. 1989 ; Cabana et coll. 1999) ou donnent des résultats mitigés (Davis et Taylor-Vaisey 1997 ; Grimshaw et Russell 1993¹⁷), constat qui a amené les auteurs et les organisations à accorder plus d'attention à la question de l'implantation. On estime que l'implantation gagne en efficacité lorsqu'elle permet la participation des personnes cibles au processus et combine des moyens.

54 Les interventions jugées¹⁸ efficaces sur une base consistante sont les : 1) visites à visée éducative ; 2) rappels écrits ou informatiques (modéré) ; 3) interventions multiples qui

combinent des moyens tels audits et rétroactions, rappels... (modeste, le nombre n'améliore pas l'impact, mais certaines combinaisons pourraient être plus efficaces ; les écarts sont toutefois faibles d'une combinaison à l'autre). De façon générale, le couplage avec le rappel augmenterait l'impact ; 4) rencontres éducatives interactives.

- 55 Selon la littérature consultée (Bero et coll. 1998 ; Grimshaw et coll. 2004 ; Farmer et coll. 2009), les actions suivantes auraient aussi des succès variés : 1) audits, rétroactions (modeste) ; 2) utilisation des leaders d'opinion ou les praticiens reconnus par leurs collègues comme étant influents ; 3) processus d'élaboration d'un consensus local (les praticiens participants sont inclus dans un processus de discussion pour s'assurer qu'ils adhèrent au guide de pratique) ; 4) interventions auprès des patients (modéré).
- 56 À cet égard, pour optimiser le transfert, les connaissances en SST, contenues notamment dans les guides, devraient permettre une adaptation facile par les utilisateurs au contexte de ces derniers (Laroche, 2009). Il serait utile d'articuler un modèle d'analyse, voire un outil d'évaluation centré sur cette conformité au contexte.

4. Conclusion

- 57 Sait-on comment évaluer les guides et existe-t-il un outil qui fasse consensus ? Les outils sont relativement consensuels dans la mesure où ils sont tous élaborés sur les mêmes bases. Mais nous n'avons pas trouvé de démonstration convaincante qu'ils permettent de statuer sur la qualité d'un guide, ni qu'ils seraient bien adaptés aux besoins de la SST.
- 58 Y a-t-il des règles qui font consensus sur la conception des guides et, si oui, quelles sont-elles ? La réponse est oui, tous les groupes qui ont développé des guides adoptent une approche similaire, fondée sur le même document source. C'est le peu de diversité des perspectives plus que la question de consensus qui étonne. Tout comme pour la question précédente, nous n'avons pas trouvé de démonstration convaincante que le suivi de ces règles résulte en des guides de pratique de qualité. De plus, nous trouvons le processus trop linéaire et éloigné des pratiques et des besoins en SST.
- 59 Cependant, les grandes questions formulées à travers les divers travaux de recherche conduits sur les guides de pratique clinique – et les résultats obtenus – sont d'une grande richesse. Ces travaux permettent de poser les enjeux de façon claire et articulée et fournissent des points de départ méthodologique intéressants comme celui relatif aux utilisateurs et aux relayeurs. En effet, ces derniers devraient être l'objet d'un travail de réflexion important, en lien avec le processus de développement des guides en SST. Il serait intéressant de mieux comprendre comment un même guide peut être vu et utilisé par des ressources ayant des caractéristiques différentes (ex. âge, scolarité, connaissance du travail en question, etc.). Également, la question des contextes et de la spécificité mériterait qu'on s'y arrête plus et que les recommandations en général (pas seulement en ce qui concerne les guides) soient examinées plus précisément en regard des spécificités du contexte et de leur conformité.

Ce travail a été subventionné par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

Aasen, T.M.B., Amundsen, O., Mølnevik, M., Tangen, G. (2010). Innovation in transdisciplinary and heterogeneous collaborations: Exploring new ways of organizing environment-friendly energy research. Work in progress. The COMBI2010 conference in October 2010, in Vantaa, Finland.

Armstrong, P.W., Bogaty, P., Buller, C.E., Dorian, P., O'Neill, B.J. (2004). The 2004 ACC/AHA Guidelines: A perspective and adaptation for Canada by the Canadian Cardiovascular Society Working Group. *Can J Cardiol*, 20 (11), 1075-9.

Aram, J. D., Salipante, P. F. (2003). Bridging scholarship in management: Epistemological reflections. *British Journal of Management*; 14: 189-205. doi: 10.1111/1467-8551.00374.

Audet, A.-M., Greenfield, S., Field, M. (1990). Medical practice guidelines: Current activities and future directions. *Annals of Internal Medicine*, 113 (9), 709-714.

Avenier, M.-J., Bartunek, J. (2010). Bridging a supposedly unbridgeable gap: elaborating scientific knowledge from and for practice. *Cahier de recherche*, n° 2010-02 E4 ; Collection recherche. Centre d'Études et de Recherches Appliquées à la Gestion (CERAG)/CNRS. 32 p.

Beaulieu, M.D., Battista, R.N., Blay, R. (2001). À propos de l'evidence-based medicine. Ruptures. *Revue transdisciplinaire en santé* ; 7 (2), 120-134.

Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D., Thomson, M.A. (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*, 317, 465-468.

Berthelette, D., Bilodeau, H., Chagnon, F., Desnoyers, L., Lafond, J., Lévesque, G., Lortie, M., Messing, K., Saint-Charles, J. (2008). Rapport du groupe de travail sur les retombées de la recherche sur la santé. Institut Santé et Société, UQAM, 14 p. <http://iss.uqam.ca/upload/files/retombeesss.pdf>

Bonilauri, Ferreira, A.P., Ferreira, R.F., Rajgor, D., Shah, J., Menezes, A., Pietrobon, R. (2010). Clinical reasoning in the real world is mediated by bounded rationality: implications for diagnostic clinical practice guidelines. *PLoS One*, 5 (4), 10265.

Brouwers, M., Charrette, M. (2001). Evaluation of clinical practice guidelines in chiropractic care: a comparison of North America guideline reports. *J Can Chiropr Assoc*, 45, 141-153.

Browman, G.P. (2000). Improving clinical practice guidelines for the 21st century - Attitudinal barriers and not technology are the main challenges. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 16(4), 959-968.

Browman, G.P. (2001). Development and aftercare of clinical guidelines. The balance between rigor and pragmatism. *JAMA*; 12, 1509-1511.

Brozek, J., Jankowski, M., Pllaczkiwicz-Jankowska, E., Jaeschke, R. (2009). International diabetes federation document concerning postmeal glycemic control: assessment of quality of clinical practice guidelines using AGREE instrument. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 119 (1-2), 18-25.

- Brunet, R. (2011). *Construire un discours qui intègre la dimension SST tout en promouvant le métier de jockey*. In : Desmarais L., Lortie M. La dynamique du transfert des connaissances - Perspectives centrées sur l'usager. Collection Santé et sécurité au travail. Presses de l'Université Laval.
- Burgers, J.S., Bailey, J.V., Klazinga, N.S., Van der Bij, A.K., Grol, R., Feder, G. (2002). Inside guidelines. Comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. *Diabetes Care*, 25, 1933-9.
- Burgers, J.S., Cluzeau, F.A., Hanna, S.E., Hunt, C., Grol, R. (2003). Characteristics of high-quality guidelines: evaluation of 86 clinical guidelines developed in ten European countries and Canada. *Int J Technol Assess Health Care*, 19 (1), 148-157.
- Burgers, J.S., Fervers, B., Haugh, M., et coll. (2004). International assessment of the quality of clinical practice guidelines in oncology using the Appraisal of Guidelines and Research and Evaluation [AGREE] Instrument. *J Clin Oncol*, 22 (10), 2000-2007.
- Burgers, J.S., Grol, R., Klazinga, N.S., Mäkelä, M., Zaat, J. for the AGREE collaboration (2003). Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int J Qual Health Care*; 15 (1), 31-45.
- Burgers, J.S., Grol, R.P., Zaat, J.O., Spies, T.H., van der Bij, A.K., Mokkink, G.A. (2003). Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *British Journal of General Practice*, 53, 15-19.
- Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.A.C., Rubin, H.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*; 282 (15), 1458-1465.
- Calder, L., Herbert, P.C., Carter, A.O., Graham, I.D. (1997). Review of published recommendations and guidelines for the transfusion of allogeneic red blood cells and plasma. *Canadian Medical Association Journal*; 156 (II Suppl.), S1-8.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. (1979). The periodic health examination. *Canadian Medical Association Journal*, 121, 1193-1254.
- Carlsen, B., Glenton, C., Pope, C. (2007). Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitude clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract*, 57 (545), 971-978.
- Carlsen, B., Kjellberg, P.K. (2010). Guidelines; From foe to friend? Comparative interviews with GPs in Norway and Denmark. *BMC Health Service Research*, 10:17.
www.biomedcentral.com/1472-6963/10/17
- Cates, J.R., Young, D.N., Bowerman, D.S., Porter, R.C. (2006). An independent AGREE evaluation of the Occupational Medicine Practice Guidelines. *The Spine Journal*; 6:72-77.
- Christiaens, T., De Backe, r D., Burgers, J., Baerheim, A. (2004). Guidelines, evidence, and cultural factors: comparison of four European guidelines on uncomplicated cystitis. *Scand J Prim H Care*, 22 (3), 141-145.
- Cluzeau, F.A., Littlejohns, P., Grimshaw, J.M., Feder, G., Moran, S.E. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care*, 11 (1), 21-28.
- Cook, D., Giacomini, M. (1999). The trials and tribulations of clinical practice guidelines [editorial; comment]. *JAMA*, 281 (20), 1950-1.
- Culleton, B. (2009). Development and limitations of clinical practice guidelines. *Methods in molecular biology*, 473, 251-261.

Dahan, R., Reis, S., Borkan, J., Brown, J.-B., Hermoni, D., Mansor, N., Harris, S. (2008). Is knowledge a barrier to implementing low back pain guidelines? Assessing the knowledge of Israeli family doctors. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14 (5), 785-791.

Davis, D.A., Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc J*, 157, 408-416.

Denis, D., Lortie, M., St-Vincent, M., Gonella, M., Plamondon, A., Delisle, A., Tardif, J. (2011). *Programme de formation participative en manutention manuelle - Fondements théoriques et approche proposée*. Études et recherches, R-690, Montréal, IRSST, 172 pages. www.irsst.qc.ca/-publication-irsst-programme-formation-manutention-manuelle-fondements-theoriques-approche-proposee-r-690.html

Desmarais, L., Lortie, M. (2011). *La dynamique du transfert des connaissances - Perspectives centrées sur l'utilisateur*. Collection Santé et sécurité du travail, Presses de l'Université Laval.

Desmarais, L., Parent, R., Vézina, N., Leclerc, L. (2011). Le parcours collectif d'apprentissage organisationnel (Learning History) un outil formateur ? Le cas d'un transfert de programme de formation entre deux équipes de recherche dispersées géographiquement (Québec vers Terre-Neuve). In : Desmarais L., Lortie M. *La dynamique du transfert des connaissances - Perspectives centrées sur l'utilisateur*. Collection Santé et sécurité au travail. Presses de l'Université Laval.

Divac, N., Maric, N.P., Damjanovic, A., Jovanovic, A.A., Jsovic-Gasic, M., Prostran, M. (2009). Use or underuse of therapeutic guidelines in psychiatry? *Psychiatria Danubina*, 21 (2), 224-229.

Dowie, R., Gregory, R.P.F., Rowsell, K.V., Annis, S., Gick, A.D., Harrison, C.J. (1998). A decision analytic approach to commissioning ambulance cardiac services. *Journal of Management in Medicine*, 12 (2), 81-91.

Dowie, J. (1996). 'Evidence-based', 'cost-effective' and 'preference-driven' medicine: decision analysis based medical decision making is the pre-requisite. *J Health Serv Res policy*, 1 (2), 104-113.

Emami-Mehrgani, B., Nadeau, S., Kenné, J.P. (2011). Lockout/tagout and operational risks in the production control of manufacturing systems with passive redundancy. *International Journal of Production Economics*, 132 (2), 165-173.

Farmer, A.P., Légaré, F., Turcot, L., Grimshaw, J., McGowan, J.L., Wolf, F. (2009). Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *The Cochrane Library*, Issue 3.

Faye, C., Lortie, M., Desmarais, L. (2007). *Guide sur le transfert des connaissances - à l'intention des chercheurs en santé et sécurité du travail*. Réseau de recherche en santé et sécurité du travail (RSSTQ) - Communauté transfert des connaissances. www.rrsstq.qc.ca

Faye, C., Berthelette, D., Leduc, N. (2011). La formation pour prévenir les maux de dos au travail : problématique de transfert des résultats de la recherche ou des connaissances et effets contextuels. In : Desmarais L., Lortie M. *La dynamique du transfert des connaissances - Perspectives centrées sur l'utilisateur*. Collection Santé et sécurité au travail. Presses de l'Université Laval.

Field, M.J., Lohr, K.N. (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press.

Field, M.J., Lohr, K.N. (1992). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press.

- Fretheim, A., Schünemann, H.J., Oxman, A.D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Res Policy Syst*, 4, 27.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P., Trow, M. (1994). *The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies*. London: Sage. 179 p.
- Gibbons, M. (2011). *Innovation and the developing system of knowledge production*. Paper presented at Centre for Policy Research on Science and Technology at Simon Fraser University Summer Institute on innovation, competitiveness and sustainability in the North American region. <http://folksonomy.co/?permalink=2424>
- Giraud, L., Massé, S., Dubé, J., Schreiber, L., Turcot, A. (2004). Sécurité des convoyeurs à courroie : généralités, protection contre les phénomènes dangereux - Guide de l'utilisateur. R-385, Montréal, IRSST, 85 pages.
- Grilli, R., Lomas, J. (1994). Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. *Med Care*, 32 (4), 202-213.
- Grilli, R., Magrini, N., Penna, A., Mura, G., Liberati, A. (2000). Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *The Lancet*, 255 (9188), 103-106.
- Grimshaw, J.M., Russell, I.T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *The Lancet*, 342 (8883), 1317-1322.
- Grimshaw, J.M., Thomas, R.E., MacLennan, G., Fraser, C., Ramsay, C.R., Vale, L. et coll. (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health technology assessment*, 8 (6). www.hta.ac.uk/execsumm/summ806.htm
- Grol, R. (1997). Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ*, 315, 418-421.
- Grol, R., Dalhuijsen, J., Thomas, S., Veld, C., Rutten, G., Mokkink, H. (1998). Attributes of clinical practice guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study. *BMJ*, 317, 858-861.
- Grol, R., Eccles, M.P., Maisonneuve, H., Woolf, S.H. (1998). Developing clinical practice guidelines. The European experience. *Dis Manage Health Outcomes*, 4, 255-66.
- Harpole, L.H., Kelley, M.J., Schreiber, G., Toloza, E.M., Kolimaga, J., McCrory, D.C. (2003). Assessment of the scope and quality of clinical practice guidelines in lung cancer. *Chest*, 123 (1 Suppl), 7S-20S.
- Hayward, R.S., Guyatt, G.H., Moore, K.A., McKibbon, A., Carter, A.O. (1997). Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 156 (12), 1715-1723.
- Hayward, R.S., Wilson, M.C., Tunis, S.R., Bass, E.B., Guyatt, G.H. (1995). Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 274, 570-574.
- Hibble, A., Kanka, D., Pencheon, D., Pooles, F. (1998). Guidelines in general practice: the new Tower of Babel? *BMJ*, 317 (7162), 862-863.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2011). Processus d'élaboration d'un guide de pratique dans le secteur des services sociaux : Abrégé. Document préparé par S. Beauchamp et J.-P. Duplantie avec la collaboration de C. Mercier.

- Jobson, K.O., Potter, W.Z. (1995). International psychopharmacology algorithm project report. *Psychopharmacol Bull*, 31, 457-459.
- Katrak, P., Bialocerkowski, A.E., Massy-Westropp, N., Kumar, S., Grimmer, K.A. (2004). A systematic review of the content of critical appraisal tools. *BMC Medical Research Methodology*, 4, 22. www.biomedcentral.com/1471-2288/4/22
- Kryworuchko, J., Stacey, D., Bai, N., Graham, I.D. (2009). Twelve years of clinical practice guideline development, dissemination and evaluation in Canada (1994 to 2005). *Implementation Science*, 4 (49).
- Laroche, E. (2009). *Étude de la production de la recherche et de ses mécanismes de transfert – une application au domaine de la santé et de la sécurité du travail au Canada*. Thèse de doctorat, Département de management, Faculté des sciences de l'administration, Université Laval, Québec (Québec).
- Lavoie, J., Moquin, S., Lajoie, A., Lambert, N., Trudel, M., Guertin, S., Vincent, P. (2011). Grille d'auto-évaluation des risques à la santé et à la sécurité du travail dans les centres de tri de matières recyclables. In : Desmarais L., Lortie M. La dynamique du transfert des connaissances - Perspectives centrées sur l'utilisateur. Collection Santé et sécurité au travail. Presses de l'Université Laval.
- Lomas, J., Anderson, G.M., Domnick-Pierre, K., Vayda, E., Enkin, M.W., Hannah, W.J. (1989). Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med*, 321 (19), 1306-1311.
- Lomas, J. (1993). Diffusion, dissemination and implementation: who should do what? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 226-257.
- Lomas, J., Culyer, T., McCutcheon, C., McAuley, L., Law, S. (2005). Rapport final : Conceptualiser et regrouper les données probantes pour guider le système de santé. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Lortie, M., Nastasia, I., Gravel, S. (2011). Bilan réflexif d'études menées dans des secteurs combinant des problématiques de santé, de sécurité pour le travailleur et pour le système. In F. Jeffroy et A. Garrigou (Eds). , *L'ergonomie à la croisée des risques*. SELF, Congrès International d'ergonomie, Paris, France. p. 333-340.
- Mercier, C. (2010). Le guide de pratique : de quoi s'agit-il ? Présentation lors de la journée de réflexion AETMIS : Les guides de pratique dans le secteur des services sociaux : du pourquoi au comment. Montréal, 30 avril 2010. <http://btech2.syspark.net/interteddi/publications/presentations/mercier-2010>
- Mulrow, C.D. (1994). Systematic Reviews: Rationale for systematic reviews. *British Medical Journal*, 309, 597-599.
- Organisation de coopération et de développement économique (2002). *Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats*. L'évaluation et l'efficacité de l'aide, no 6.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). *Guidelines for WHO guidelines*. Genève, Suisse: OMS; 2003. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf
- Pencharz, J.N., Grigoriadis, E., Gwenderlyn, F.J., Bombardier, C.A. (2002). A critical appraisal of clinical practice guidelines for the treatment of lower-limb osteoarthritis. *Arthritis Res*, 4 (1), 36-44.

Perrenoud, P. (1999). Transférer ou mobiliser ses connaissances ? D'une métaphore à l'autre : implications sociologiques et pédagogiques. Texte remanié et complété d'une communication au colloque « Raisons éducatives sur les compétences ». Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Genève ; mars 1999. 24 p. www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1999/1999_28.rtf

Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of Innovations*. Fourth edition. New-York: Free Press.

Rosser, W.W., Palmer W.H. (1993). Dissemination of Guidelines on cholesterol. *Canadian Family Physician*, 39, 280-284.

Roy, S., Durand, M.-J., Corriveau, H. (2011). *L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle présentant une déficience physique - Guide de pratique à l'intention des ergothérapeutes*. Études et recherches, Guide technique, RG-703, IRSST, 76 p.

Sankaran, G. 2006. Knowledge diffusion from DBA research. *Online Journal of Knowledge Management*, 3 (1), 25-33. [www.actkm.org/userfiles/File/actKMjnl/2006/Knowledge %20diffusion %20from %20DBA %20research.pdf](http://www.actkm.org/userfiles/File/actKMjnl/2006/Knowledge%20diffusion%20from%20DBA%20research.pdf)

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (1995). *Clinical guidelines: criteria for appraisal for national use*. Edinburgh: SIGN; 1995.

Shaneyfelt, T.M., Mayo-Smith, M.F., Rothwangl, J. (1999). Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA*, 281 (20), 1900-1905. <http://jama.ama-assn.org/content/281/20/1900.short>

Shekelle, P.G., Ortiz, E., Rhodes, S., Morton, S.C., Eccles, M.P., Grimshaw, J.M., Woolf, S.H. (2001). Validity of the agency for healthcare research and quality clinical practice guidelines. How quickly do guidelines become outdated. *JAMA*, 286 (12), 1461-1467.

Shekelle, P.G., Kravitz, R.L., Beart, J., Marger, M., Wang, M., Lee, M. (2000) Are nonspecific practice guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making. *Health Serv Res*, 34 (7), 1429-1448.

Shiffman, R.N., Michel, G., Essaihi, A., Thornquist, E. (2004). Bridging the guideline implementation gap: A Systematic, document-centered approach to guideline implementation. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11 (5), 418-426.

Shiffman, R.N., Dixon, J., Brandt, C., Essaihi, A., Hsiao, A., Michel, G., O'Connell, R. (2005). The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 5, 23.

Shünemann, H.J., Fretheim, A., Oxman, A.D. (2006). Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Research Policy and Systems*, 4, 13. www.health-policy-systems.com/content/4/1/13.

Spitzer, W. O. (1986). *Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs*. Études et recherches, Rapport E-017, Montréal, IRSST, 1986, 320 pages.

Spitzer, W. O. (1987). Approche scientifique de l'évaluation du traitement des affections vertébrales chez les travailleurs. *Clinical and Investigative Medicine*, 10, 5, 57 p.

Tcaciuc, R., Lortie, M., Patry, L. (2011) Interventions à la Commission des lésions professionnelles : utilisation des connaissances sur les troubles musculo-squelettiques et questions soulevées par les intervenants. In : Desmarais L., Lortie M. La dynamique du transfert des connaissances - Perspectives centrées sur l'utilisateur. Collection Santé et sécurité au travail. Presses de l'Université Laval.

Trépanier, J., Desmarais, L., Giraud, L., Bélanger, J. (2011). Évaluation des impacts du guide de sécurité sur les convoyeurs à courroies : un portrait de son utilisation par les gens du milieu. In : Desmarais L., Lortie M. La dynamique du transfert des connaissances - Perspectives centrées sur l'utilisateur. Collection Santé et sécurité au travail. Presses de l'Université Laval.

Turner, T., Misso, M., Harris, C., Green, S. (2008). Development of evidence-based clinical practice guidelines (SPGs): comparing approaches. *Implementation Science*, 3, 45.
www.implementationscience.com/content/3/1/45

Ulvenes, L.V., Aasland, O., Nylenna, M., Kristiansen, I.S. (2009). Norwegian physicians' knowledge of and opinions about evidence-based medicine: cross-sectional study. *PlosONE*, 4 (11), e7828.
www.plosone.org

Vincent, P., Marier, M., Ledoux, É., Bellemare, M., Trudel, L., Montreuil, S. (2004). *La bibliothèque publique, un lieu de travail - L'ergonomie appliquée à un projet d'aménagement de comptoir de service*. R-447, Montréal, APSAM - Montréal, CSST - Montréal, IRSST, 93 pages. www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-447.pdf

Watine, J., Friedberg, B., Nagy, E., Onody, R., Oosterhuis, W. et coll. (2006). Conflict between guideline methodologic quality and recommendation validity: A potential problem for practitioners. *Clinical Chemistry*, 52 (1), 65-72.

Woolf, S.H. (1995). Practice guidelines: What the Family Physician Should Know. *American Family Physician*, 51 (6), 1455-1463.

Woolf, S.H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M.P., Grimshaw, J.M. (1999). Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ*, 318 (7182), 527-530.

WHO World Health Organization (2003). Guidelines for the WHO guidelines. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/EIP_GPE_EQC_2003_1.pdf

NOTES

1. Les auteurs ont analysé 15 guides de 13 pays. Sur les 1 033 citations, 18 étaient partagées par au moins un autre guide. Seulement 1 % était mentionné dans six guides et plus. Sur les 205 références colligées par Christiaens et coll. pour quatre guides, sept références étaient partagées par trois guides et une seule par les quatre guides.
2. Étude menée par questionnaire postal (n =121 répondants, taux de réponse : 71 %). Taux de survie calculé : 90 % valides après 3,6 ans, 80 % après 4,4 ans et 50 % après 5,8 ans.
3. Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en Angleterre, le New Zealand Guidelines Group (NZGG), le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), le Medical Research Council (NHMRC) en Australie.
4. Méta-analyse de 12 études qualitatives publiées entre 1998 et 2006.
5. Ceci renvoie en anglais à la notion de 'face validity' (Browman 2001).
6. Les auteurs ont effectué la plus vaste synthèse, soit une méta-analyse de 76 études.
7. Dans l'enquête menée auprès de praticiens canadiens, 78 % considéraient que l'endossement par un collègue estimé avait un impact très important, plus que l'endossement par une organisation (62 %) (Hayward et coll. 1997).
8. Les auteurs en font une démonstration fort intéressante à partir de l'analyse de 193 articles portant sur la gestion des victimes d'arrêt cardiaque et de 51 autres traitant des cas de douleur aiguë à la poitrine afin de vérifier si les résultats s'appliquaient au cas de la gestion ambulancière : oui, pour respectivement 23 % et 2 % des études publiées.

9. Dowie (1996) définit ainsi la pratique: « *Taking into account and bearing in mind* ». Il cite les questions de coûts et de valeurs comme exemple d'éléments qui s'intègrent mal dans un processus de résolution de problème, mais naturellement dans un processus de décision. Kellett et Clarke (1995) ont ainsi introduit la notion de *Decision Analysis Based Medical Decision Making*.
 10. Principale critique : les processus de décision y sont souvent réduits à des séquences de choix binaires qui traduisent mal la complexité des décisions à prendre et les processus mis en jeu, souvent itératifs et parallèles (Woolf et coll. 1999).
 11. Ces critères visent à évaluer si les recommandations définies par les guides sur les guides sont suivies (cf. la section suivante).
 12. Combine les attributs de Grilli et Lomas (1994) et de Rogers (1995). Des 16 attributs initiaux, 12 ont été conservés : six facilitateurs et six obstacles.
 13. Les auteurs ont analysé l'impact de 12 attributs sur l'utilisation de 47 recommandations issues de 10 guides de pratique chez 61 praticiens qui ont eu à prendre 12 880 décisions. Les recommandations étaient suivies 61 % des fois.
 14. 12 % des 121 outils (n=14) ont été élaborés sur une base empirique (ex. : revue des outils existants, enquête Delphi, questionnaires, consensus... recherche de l'intrant de partenaires). 78 % (n=94) ont procédé d'un design d'étude primaire plutôt que secondaire (ex. méta-analyse). Un total de 1 475 items, regroupés en 173 types, ont été identifiés : les deux plus fréquents étaient l'évaluation de la validité externe (n=35) et la méthode d'analyse (n=28).
 15. Woolf 1995 estime que le coût de développement par guide varie entre 100 000 \$ et 800 000 ; 50 % des guides de pratique ont une ou deux pages (Hibble et coll. 1998).
 16. Basées sur le travail de Davis et Taylor-Vaisey (1997). Lomas (1993) fait aussi une intéressante revue de la question. Parmi les auteurs aussi souvent cités pour la conception des études d'implantation, on retrouve l'ouvrage de Mäkelä et Thorsen (1999). Une synthèse des définitions est aussi présentée par Faye et coll. (2007).
 17. Les auteurs ont révisé 59 études publiées.
 18. On retrouve aussi en fait en parallèle des propositions d'implantation qui s'apparentent plus aux approches en amélioration continue (ex. Gates 1995) et qui ne font pas partie des grandes études évaluatives.
-

RÉSUMÉS

Le développement et l'évaluation des guides de pratique clinique ont fait l'objet d'un grand nombre d'études et de réflexions. Ces derniers sont vus comme un outil important dans le domaine du transfert des connaissances en vue de rationaliser et d'améliorer les pratiques. L'objectif de l'article est de faire le point sur les écrits publiés sur le développement, l'utilisation, l'évaluation, l'implantation et les impacts des guides de pratique clinique dans le domaine de la santé afin d'en dégager les enseignements clés et de déterminer ce qui pourrait s'appliquer à la SST ou au contraire serait peu approprié. Les assises à partir desquelles s'articulent les développements sont présentées, ainsi que les points de vue des chercheurs, des développeurs de guides et des utilisateurs.

The development and assessment of clinical practice guidelines has been the subject of numerous studies and analyses. Such guidelines are seen as an optimal way to ensure knowledge transfer and thereby disseminate and rationalize best practices. The aim of this paper is to examine what

is known about clinical practice guidelines, from their development to their implementation and use, so as to identify key findings and determine what may or may not be relevant for occupational health and safety. The rationale underlying the development of “guidelines for guidelines” is presented, along with the viewpoints of researchers, developers, and users.

Tanto el desarrollo como la evaluación de guías de práctica clínica han sido el objeto de diversos estudios y reflexiones. Estas guías son vistas como una herramienta importante en la transferencia de conocimientos permitiendo racionalizar y mejorar este proceso. El objetivo del presente artículo es revisar la literatura publicada sobre el desarrollo, uso, evaluación, implementación e impacto de las guías de práctica clínica en el campo de la salud con el fin de identificar lecciones claves y determinar los aspectos que pudieran aplicarse a la SST, o por el contrario serían poco apropiados. Los fundamentos sobre los cuales se articula su realización son presentados, así como los puntos de vista de los investigadores, realizadores de las guías y usuarios de las mismas.

INDEX

Mots-clés : guide de pratique clinique, guide sur les guides, évaluation, implantation, utilisation

Keywords : clinical practice guidelines, guidelines for guidelines, assessment, implementation, use

Palabras claves : guías de práctica clínica, guías sobre las guías, evaluación, utilización

AUTEURS

MONIQUE LORTIE

Université du Québec à Montréal (UQAM)

CHEIKH FAYE

Université du Québec à Montréal

ELENA LAROCHE

TELUQ

LISE DESMARAIS

Université de Sherbrooke

DENYS DENIS

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

IULIANA NASTASIA

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

SYLVIE GRAVEL

Université du Québec à Montréal (UQAM)

LAURENT GIRAUD

Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)