



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT


Préconisations de la CIR concernant l'amélioration de l'impact des recommandations de la HAS

27 octobre 2022

Mis à jour en oct. 2023

Descriptif de la publication

Titre	Préconisations de la CIR concernant l'amélioration de l'impact des recommandations de la HAS
Méthode de travail	
Objectif(s)	
Cibles concernées	
Demandeur	
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	
Recherche documentaire	
Auteurs	Membres de la CIR et de la Direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers (DCIEU), voir ANNEXE 12
Conflits d'intérêts	Les membres de la commission ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres de la commission ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Version du 27 octobre 2022
Actualisation	oct. 2023
Autres formats	

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication et information

5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00

© Haute Autorité de santé – octobre 2022 – ISBN :

Sommaire

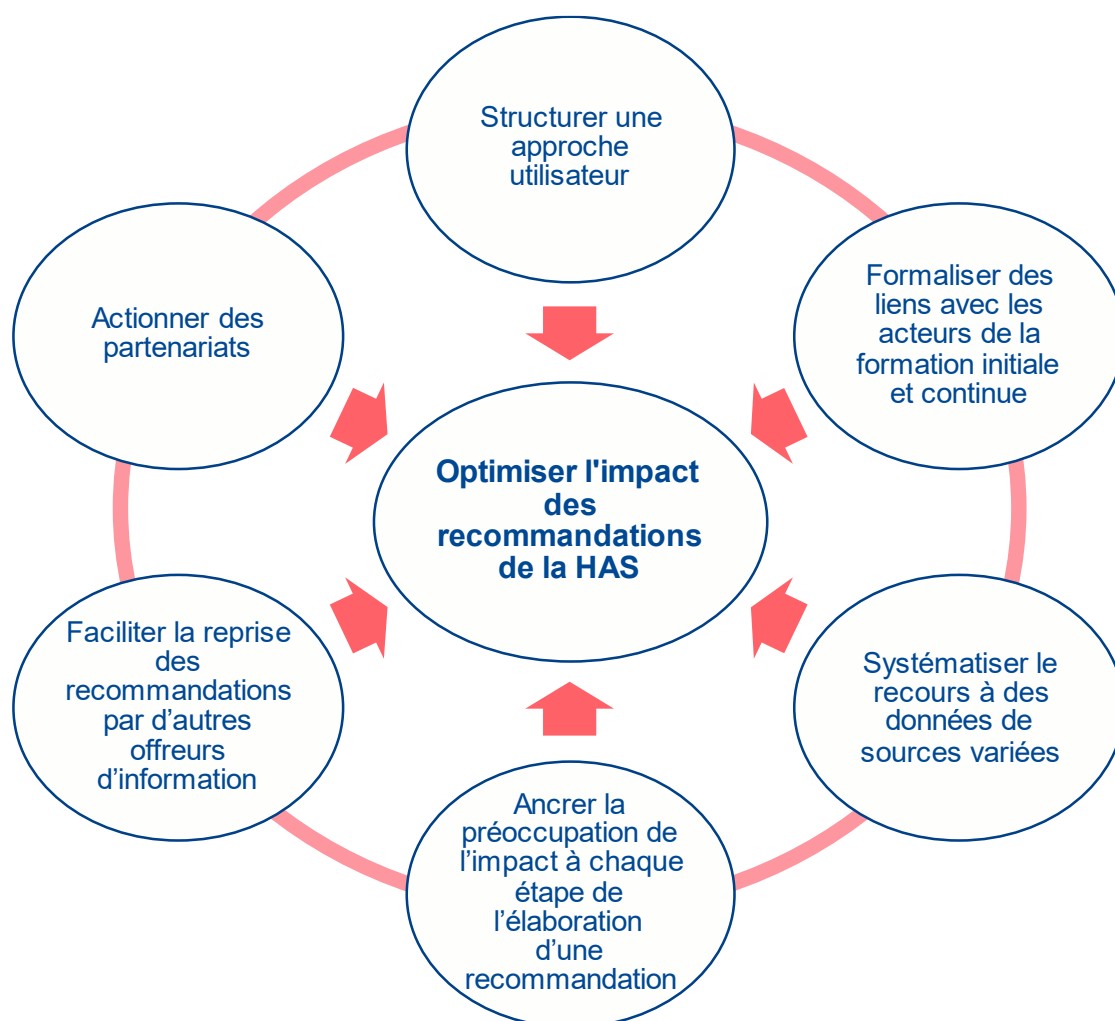
En synthèse	4
1. Le rôle de la CIR	5
1.1. Missions et fonctionnement	5
1.2. Travaux	6
2. Enseignements généraux issus des travaux	7
3. Améliorer l'impact des recommandations de la HAS	9
3.1. Préconisations de la CIR	9
3.1.1. Structurer une approche utilisateur	9
3.1.2. Actionner des partenariats	9
3.1.3. Formaliser des liens avec les acteurs de la formation initiale et continue	10
3.1.4. Systématiser le recours à des données de sources variées	10
3.1.5. Faciliter la reprise des recommandations par d'autres offreurs d'information	11
3.1.6. Ancrer la préoccupation de l'impact à chaque étape de l'élaboration d'une recommandation	12
3.2. Mise en œuvre des préconisations [2023]	19
4. Mesurer l'impact des recommandations de la HAS [2023]	20
4.1. Ce que la HAS peut souhaiter évaluer	20
4.2. Pour une évaluation pragmatique et opérationnelle	21
4.2.1. Introduire une phase d'objectivation de la situation initiale	21
4.2.2. Adapter la méthode d'évaluation et les indicateurs de suivi à chaque situation	21
4.2.3. Prioriser les besoins d'évaluations	22
4.2.4. S'inscrire dans un écosystème d'évaluation	22
4.3. Vers une amélioration progressive des recommandations	23
Table des annexes	24
Références bibliographiques	44

En synthèse

La Haute Autorité de santé (HAS) est soucieuse d'améliorer l'impact de ses productions, comme le prévoit son projet stratégique 2019-2024. Créée en septembre 2019, la commission Impact des recommandations (CIR) a ainsi été chargée de proposer au collège de la HAS des modalités de mise en œuvre et d'évaluation d'impact des travaux de la HAS, ainsi que des principes généraux d'optimisation de l'impact des recommandations élaborées par la HAS.

Les travaux de la CIR ont porté sur des sujets précis, sélectionnés dans des champs volontairement différents. L'objectif était d'en tirer des enseignements concernant l'impact des recommandations dans toute leur diversité (en termes de format, de thématiques, de cibles, etc.).

A l'issue de son premier mandat, la CIR formule six préconisations visant à l'amélioration de l'impact des recommandations de la HAS.



Ce document présente le processus réflexif qui a conduit la commission à désigner ces axes d'amélioration, détaille chacune des préconisations et pointe les propositions de la commission concernant la mesure et le suivi de l'impact des recommandations de la HAS.

1. Le rôle de la CIR

Remarque préalable : le lexique et les concepts utilisés par la CIR sont détaillés en ANNEXE 1.

1.1. Missions et fonctionnement

Les recommandations émises par la HAS, entendues au sens large comme toutes les productions incluant des préconisations destinées aux professionnels des champs sanitaire, social, et médico-social (ANNEXE A), ont pour objectif l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins et des accompagnements. Elles ont deux fonctions principales : permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques compte tenu de l'évolution des données acquises de la science notamment ; et favoriser l'homogénéité des pratiques quels que soient les lieux de prise en charge et d'accompagnement. La simple publication de ces recommandations ne garantit pas leur application par les professionnels¹, il est donc apparu nécessaire de réfléchir à la manière d'optimiser leurs effets sur les pratiques des professionnels.

La CIR a pour mission principale de proposer au Collège de la HAS des modalités d'amélioration et de mesure d'impact de recommandations de la HAS. Ces réflexions ne remettent en aucun cas en question le contenu des travaux produits par la HAS.

La commission s'est organisée autour de deux partis pris :

- elle est composée d'experts de plusieurs disciplines : des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social et des usagers comme il est d'usage à la HAS, mais aussi des experts en communication ou encore des chercheurs en sciences humaines et sociales ou en sciences comportementales. Cette décision découle du postulat qu'il est nécessaire de dépasser le modèle de l'agent rationnel pour faire évoluer les pratiques.
- elle a fait le choix d'une démarche inductive : à partir d'une sélection de cas d'usage, elle a construit une approche systémique pour formuler à l'attention du Collège de la HAS des préconisations générales ayant pour objectif l'amélioration de l'impact des recommandations. Les cas d'usage examinés ont été identifiés en respectant la diversité des recommandations publiées par la HAS, en termes de secteur (sanitaire/social et médico-social) ; de lieu d'exercice (ville/hôpital) ; de nature de sujet (technique/sociétal) ; de service producteur (SPB, SEVOQSS, SR, SEM) et de type de publication (RBP, fiche mémo, fiche points clé, guide, outil d'amélioration des pratiques, fiche BUM, etc.)

La commission s'est réunie tous les deux mois. Une part importante de ses travaux a été réalisée entre les séances par des groupes de travail composés de rapporteurs de la CIR et de membres des services de la HAS.

Les réflexions de la commission sur l'enjeu d'appropriation des recommandations par les professionnels ont été enrichies par de multiples échanges avec les services de la HAS, en particulier la mission Data, la mission Numérique en santé, les équipes de la DAQSS, de la DiQASM, de la DEAI et de la DCIEU.

¹ Si tant est que les professionnels soient disposés à appliquer les recommandations professionnelles, ils demeurent confrontés à une surcharge d'informations provenant de sources variées et ne peuvent assimiler ce flux. À elle seule, la HAS publie par exemple une soixantaine de recommandations par an (hors Covid).

1.2. Travaux

La CIR a mené une réflexion sur huit sujets, qui ne nécessitaient pas le même type d'accompagnement :

- 2 recommandations de bonne pratique : « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple » et « Avulsion des 3èmes molaires : indications, techniques et modalités » ;
- 1 fiche mémo : « Stratégie thérapeutique du diabète du type 2 (DT2) »² ;
- 1 outil d'amélioration des pratiques professionnelles : la check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » ;
- 1 fiche de bon usage du médicament : « Inhibiteurs de la pompe à protons » ;
- 2 guides : « SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins », et « Services d'aide et de soins à domicile : accompagnement des personnes atteintes de maladie neurodégénérative » ;
- 1 fiche point clé : « Comment repérer et accompagner les consommations d'alcool ? ».

Les actions d'accompagnement proposées ont été plus ou moins lourdes : la CIR a parfois joué le rôle de simple ressource pour la mise en œuvre des recommandations, elle a également proposé des plans d'action complexes nécessitant l'identification et l'implication active de partenaires (ANNEXE 7).

² La CIR s'est initialement penchée sur la recommandation « Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive (APS) pour la santé ». Cependant, la réflexion a ensuite été réorientée en cohérence avec les travaux de la HAS plus récents sur la prescription d'activité physique, notamment cette fiche mémo sur la prise en charge du DT2.

2. Enseignements généraux issus des travaux

Les travaux sur ces huit recommandations ont progressivement permis d'identifier des enseignements généraux pour l'amélioration de l'impact de toutes les recommandations de la HAS (ANNEXE 2). La commission a notamment :

- relevé les principaux obstacles à l'appropriation d'une recommandation par les professionnels sur les sujets examinés (ANNEXE 2) et conçu en conséquence une grille d'analyse générale précisant les quatre conditions nécessaires à l'appropriation d'une recommandation par les professionnels (notoriété, intelligibilité, acceptabilité et applicabilité) (ANNEXE 3) ;
- posé que l'appropriation d'une recommandation suppose l'adoption d'un certain comportement par les professionnels, ce qui l'a conduite à intégrer des principes issus des sciences comportementales (ANNEXE 5) :
 - s'intéresser aux facteurs déterminant les comportements (c'est-à-dire les pratiques professionnelles), ainsi qu'aux freins et leviers à l'évolution de ces comportements ;
 - intégrer cette compréhension des freins et des leviers à l'élaboration de la recommandation, avant de construire un plan d'action adapté pour accompagner certains sujets le cas échéant ;
 - mesurer l'impact de la recommandation et tirer les leçons sur ce qui a bien fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné pour améliorer les prochaines recommandations.
- souligné que ce qui détermine un comportement, et donc une pratique, est multifactoriel (ANNEXE 5). La rigueur scientifique d'une recommandation élaborée par la HAS n'est pas une caractéristique suffisante pour faire évoluer les pratiques des professionnels. Leur perception (de l'institution, du sujet, etc.) ou encore leur environnement physique et social influencent leur comportement.
- rappelé que le changement de comportement est un processus long et non-linéaire : d'une part, tout le monde n'est pas prêt à changer de comportement au même moment ; d'autre part un individu peut « rechuter » (revenir à un comportement antérieur) lors de sa progression vers l'adoption d'un nouveau comportement (ANNEXE 8).
- insisté sur l'importance d'impliquer les utilisateurs finaux dans la conception des recommandations et d'anticiper leurs conditions d'acceptation, d'appropriation et de mise en œuvre.
- mis en évidence l'importance d'approfondir la connaissance de terrain, dans un souci d'amélioration de l'opérationnalité des recommandations, ce qui implique un changement de posture de la HAS et le développement d'une optique servicielle. Dans cette logique, la connaissance des cibles auxquelles sont destinées les recommandations (besoins, attentes, préférences, etc.) et des travaux scientifiques sur les facteurs humains, sociaux et matériels qui interviennent dans l'application des recommandations par les professionnels est primordiale. Des collaborations ou partenariats (institutions, associations, sociétés savantes, etc.) permettraient en outre de garantir la plus-value, l'utilité et la portée des messages de la HAS.
- rappelé le rôle de levier que peuvent jouer les patients et personnes accompagnées en vue d'assurer une meilleure adoption des recommandations. L'information en direction des usagers permet en effet de les mobiliser en tant que relais des bonnes pratiques auprès des

professionnels, puisqu'ainsi éclairés ils deviennent plus actifs dans leurs échanges avec les professionnels et modifient leurs demandes et comportements. Cette information peut en outre permettre à certains professionnels d'aborder plus sereinement certains sujets avec leurs patients ou les personnes qu'ils accompagnent.

3. Améliorer l'impact des recommandations de la HAS

3.1. Préconisations de la CIR

À l'issue de ces travaux et sur la base de ces enseignements généraux, la CIR formule six préconisations visant à améliorer l'impact des recommandations.

3.1.1. Structurer une approche utilisateur

La commission préconise de s'intéresser davantage aux destinataires des recommandations, en prenant en compte leurs besoins, attentes, connaissances, attitudes... Cette démarche utilisateur, inspirée des secteurs de l'informatique, du marketing et des sciences comportementales, implique d'approfondir la connaissance qu'a la HAS de chacune de ses cibles. En cernant les spécificités d'un public cible (besoins exprimés, attentes, habitudes, préférences, etc.) et en comprenant ce qui détermine un comportement ou une pratique professionnelle (voir modèle « COM-B », ANNEXE 5), il est possible d'optimiser une recommandation pour l'adapter à son destinataire, maximisant ainsi son appropriabilité (ANNEXE 1). Cette connaissance du destinataire final de la recommandation doit alimenter toutes les étapes du processus d'élaboration d'une recommandation. Par exemple, la compréhension du comportement de l'utilisateur peut orienter la formulation des messages, ou le design d'une recommandation.

En outre, la commission souligne que la HAS a tout intérêt à adopter une posture d'écoute (en développant des contacts directs avec les professionnels de terrain, en complément des relations entretenues avec les organisations qui les représentent) et à développer sa logique servicielle, pour rompre avec l'image d'institution éloignée de la réalité des professionnels de terrain. Autrement dit, il s'agit pour la HAS d'émettre une expertise scientifique tout en se plaçant du point de vue de l'utilisateur des productions. Cela soulignera que la HAS entend être un soutien utile à la pratique des professionnels.

Cette préconisation est centrale, elle irrigue toutes les autres propositions de la commission.

3.1.2. Actionner des partenariats

La commission préconise de multiplier les partenariats et collaborations avec tous les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, pour assurer la cohérence et la portée des messages.

Les professionnels de santé évoluent dans un environnement informationnel concurrentiel. Les sources d'information susceptibles de les accompagner dans leur pratique médicale sont extrêmement nombreuses. S'ils identifient pour la plupart la HAS comme une source d'information et un organisme de référence, leurs connaissances proviennent également d'échanges informels avec leurs confrères ou collègues (voire avec leur hiérarchie), de la presse spécialisée, des recommandations de sociétés savantes, de revues scientifiques, des formations professionnelles, d'autres institutions (CNAM, ministères, etc.), des laboratoires, etc. (ANNEXE 9)

La HAS seule n'a pas les moyens de faire entendre ses messages et de modifier durablement les comportements des professionnels sur tous les sujets. Pour autant, en tant qu'autorité scientifique référente, son rôle peut être de s'assurer que ses recommandations sont bien portées par d'autres acteurs. Cet axe d'amélioration de l'impact des recommandations est déjà intégré à de nombreux

travaux de la HAS, mais il est possible de le renforcer en l'intégrant de manière plus systématique, en particulier pour optimiser la diffusion de ses recommandations.

Les interlocuteurs potentiels sont variés : institutions ou organisations publiques ou privées, au niveau local, national et international (CNAM, ARS, ministères, associations, organismes professionnels, FORAP, ANCREAI, homologues internationaux de la HAS, etc.). Les partenariats ou collaborations peuvent être ponctuels ou réguliers, avoir de multiples objectifs : apporter de la légitimité au message, en assurer la visibilité, permettre un partage d'informations ou des retours d'expérience, répartir la charge d'un projet, etc. En termes de communication, les partenaires jouent par exemple un rôle d'amplificateur et de relais. En utilisant leurs différents leviers (site internet, mailing, communautés sur les réseaux sociaux, participation à des congrès, etc.), l'information se diffuse plus largement auprès de cibles concernées par les recommandations.

3.1.3. Formaliser des liens avec les acteurs de la formation initiale et continue

Parmi les partenariats à nouer, la commission préconise de porter une attention particulière aux acteurs de la formation initiale et continue. Au vu de l'importance de ce levier pour faire évoluer les pratiques professionnelles, il semble en effet dommageable que des échanges réguliers ne soient pas mieux structurés. Il s'agit pour la HAS de s'assurer que ses recommandations irriguent les organismes et les modules de formation. L'institution doit se rapprocher des organismes de formation existants pour réfléchir à la manière d'instaurer un dialogue régulier et d'établir un canal de communication permanent.

Dans le champ des spécialités médicales par exemple, un dialogue entre la HAS, l'agence nationale du DPC et la FSM doit être engagé, pour faire en sorte que les messages portés par la HAS soient mieux pris en compte dans les programmes de formation continue. Il serait également pertinent de se rapprocher du CNGE dans l'optique de mettre en place une vraie dynamique de co-construction de programmes de formation.

En outre, la HAS devrait renforcer ses relations avec la Conférence des doyens de santé et les collègues universitaires de spécialités pour agir au niveau de la formation initiale. De même, elle pourrait entrer en contact avec l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF). Elle devrait par ailleurs porter l'idée que le Conseil national des universités reconnaisse la valeur d'un travail avec la HAS comme contribution scientifique à la discipline. Elle gagnerait également à se rapprocher de l'Université numérique en santé et sport (UNESS).

Dans le secteur social et médico-social, la HAS pourrait renforcer ses liens avec l'Union nationale de représentation des instituts de formation en travail social (Unaforis), l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), l'OPCO Santé (UNIFAF), la fédération nationale des CREAI (ANCREAI) et les acteurs de la formation initiale.

3.1.4. Systématiser le recours à des données de sources variées

La commission préconise à la HAS de développer ses usages des données existantes (données issues de sources externes exploitables pré-identifiées et données produites par la HAS directement) afin de permettre une meilleure compréhension d'un problème, un cadrage affiné des travaux, et un suivi simplifié de l'impact d'une recommandation. Cette préconisation fait écho à certains des axes de la stratégie Data de la HAS.

Remarque : la commission ne questionne ni le contenu, ni les méthodes d'élaboration du contenu scientifique de la recommandation. Les enjeux liés à l'existence et à l'analyse des données scientifiques probantes nécessaires à l'élaboration du contenu scientifique des recommandations ne relèvent pas des missions de la CIR (le manque de données scientifiques pourrait être un frein à l'acceptabilité d'une recommandation, mais des analyses de faisabilité sont réalisées avant le démarrage des travaux de la HAS).

Les données qui seront exploitées (pour réaliser un état des lieux ou mesurer une évolution par exemple) différeront selon les recommandations. Elles pourront être quantitatives ou qualitatives.

Les sources sont plus ou moins adaptées à une situation (pour certains sujets, il est possible qu'aucune donnée ne soit directement exploitable). Il n'y aura pas d'indicateur ou de mesure à mettre en place de manière systématique. Toutefois, une catégorisation des sources de données existantes permettrait d'identifier les données utilisables pour effectuer des vérifications rapides sur des questions récurrentes (ANNEXE 6). Ce travail est en cours et sera utilement complété par une mutualisation des réflexions avec la mission Data de la HAS (la cartographie des données et l'application OpenSNDS, d'ores et déjà développés en interne, pourront être mobilisés).

3.1.5. Faciliter la reprise des recommandations par d'autres offreurs d'information

La commission préconise de s'appuyer sur le numérique et le traitement de données pour développer la diffusion des recommandations. Le mythe du diffuseur unique qui ferait office de référence et serait en mesure d'accompagner tous les professionnels de santé a vécu. Désormais, l'approche la plus probante consiste à être présent partout où cela est possible.

L'idée est d'apporter l'information aux professionnels en situation, au plus proche de leur pratique, tout en réduisant la variabilité d'interprétation des recommandations. L'accès rapide aux ressources correspondant à des situations spécifiques facilite en effet l'appropriation. Il conviendrait pour cela de s'appuyer sur d'autres acteurs (agrégateur de contenus, éditeurs d'applications, de logiciels, etc.) qui offrent de l'information aux professionnels de santé ou du secteur social et médico-social, sous différentes formes.

- Cette préconisation implique la mise en œuvre d'approches complémentaires avec des temporalités différentes :
- Aujourd'hui, les recommandations HAS sont produites sous forme de documents au format PDF, avec des paragraphes non structurés, et sont de ce fait difficilement exploitables directement par des acteurs extérieurs à la HAS. À court terme, la commission soutient donc les efforts déployés par la HAS pour faciliter la reprise des données textuelles contenues dans les PDF des recommandations par d'autres offreurs d'information (le [défi iDoc santé](#)³ impulsé par la mission Data par exemple, ou le projet avec 360 medics⁴ mené par la mission Data et le SCI).
- La HAS pourrait par ailleurs s'engager dans un processus de structuration standardisée des recommandations. Ce changement de méthodologie implique toutefois une transformation du processus d'élaboration des recommandations. Il s'agirait alors d'élaborer les recommandations sous une forme facilement exploitable numériquement, avec des paragraphes standardisés et

³ L'objectif général de ce défi, lancé par la HAS et ses partenaires l'INCa et l'ANS, est de stimuler le développement de nouveaux usages autour des documents de connaissance sur les médicaments et produits de santé, et de faire remonter les besoins et les éventuels verrous techniques susceptibles de faire l'objet de développements ultérieurs.

⁴ Ce moteur de recherche agit comme un agrégateur de contenus multi-sources, c'est-à-dire qu'il importe et met à disposition des professionnels, dans un même endroit, les données publiées par plusieurs sources (dont la HAS)

des arbres de décision (dès que cela est possible et pertinent) dans un premier temps en langage naturel⁵. Cela faciliterait déjà leur reprise par d'autres offreurs d'informations. La recommandation devra être conçue d'emblée sous cette forme, pour ne pas avoir à être restructurée a posteriori.

- À plus long terme, il pourrait s'agir de développer des méthodes pour construire des artefacts de connaissance structurés, c'est-à-dire des « règles » issues des recommandations, interprétables par une machine. Cette préconisation fait directement écho aux travaux exploratoires de la mission Numérique en santé qui travaille en lien avec l'Agence numérique en santé (ANS) sur un prototype de structuration de la connaissance dans le domaine de l'aide à la décision clinique. D'autres approches pourraient sûrement être explorées à cette même fin de structuration des recommandations.

3.1.6. Ancrer la préoccupation de l'impact à chaque étape de l'élaboration d'une recommandation

La préoccupation de l'impact ne doit pas débiter une fois le travail scientifique achevé. Les enseignements issus des travaux sur les huit recommandations examinées par la CIR ont progressivement mis en évidence la nécessité de considérer la totalité du processus d'élaboration des recommandations pour identifier des pistes d'amélioration d'impact. Les étapes de ce processus ont été identifiées comme suit : sélection du sujet pour inscription au programme de travail de la HAS ; cadrage de la recommandation ; élaboration du contenu scientifique de la recommandation ; diffusion et mise en œuvre de la recommandation ; évaluation de l'impact de la recommandation.

La commission préconise d'agir à chacune de ces étapes pour optimiser l'impact de la recommandation qui sera produite et adressée aux professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Remarque : la CIR ne s'intéresse pas aux méthodes d'élaboration du contenu scientifique d'une recommandation et elle veille au contraire à ne pas alourdir un processus déjà long et complexe.

Cette préconisation s'accompagne des propositions opérationnelles suivantes :

⁵ Langue courante, parlée de manière ordinaire (à l'inverse du langage informatique par exemple)

Préconisations	Précisions	Proposition d'action
Étape 1 : sélection du sujet pour inscription au programme de travail de la HAS		
<p>a) Être exigeant sur la précision des saisines et s'assurer de la plus-value de la HAS avant de les inscrire au programme de travail</p>	<p>Pour s'assurer de l'impact d'une recommandation finalisée, il faut avoir identifié avant de démarrer les travaux ce à quoi elle devra servir.</p> <p>L'étape de conception du programme de travail de la HAS doit permettre de prioriser les sujets en s'assurant de l'utilité et de la plus-value d'une production HAS sur un sujet donné. Il s'agit de s'assurer qu'il sera possible de répondre à une demande et que le produit final sera utile au demandeur.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Les critères actuels d'inscription au programme de travail vont dans ce sens, mais la commission estime qu'ils peuvent être précisés de la manière suivante : <ul style="list-style-type: none"> ➔ Le problème ou le besoin est-il précisément identifié ? Quelle est sa fréquence / coût / gravité ? ➔ L'attendu (ou la nature des livrables) est-il clairement défini par le demandeur ? ➔ Quel usage fera le demandeur de la recommandation ? ➔ Y a-t-il un véritable enjeu de changement de pratiques / d'actualisation de connaissances ? ➔ Existe-t-il déjà une recommandation (de la HAS ou d'une autre institution) récente et de qualité sur le sujet ? ➔ Est-il possible d'améliorer la prise en charge actuelle grâce à une recommandation de la HAS ? ➔ La HAS est-elle l'institution la plus adaptée pour traiter ce sujet ? Y a-t-il une opportunité d'une collaboration pour le développement de cette recommandation ? – Si une saisine n'est pas suffisamment précise, la HAS doit s'accorder le droit de la discuter ou de la refuser. Un retravail avec l'émetteur peut alors permettre d'affiner les objectifs et les attendus pour une recommandation. Les ressources de la HAS ne seront ainsi pas durablement engagées sur des sujets pour lesquels l'attendu est trop vague. – Pour faciliter leur mise en œuvre, les critères d'inscription d'un sujet au programme de travail de la HAS peuvent être rendus plus explicites auprès des demandeurs. 	<p>Préciser les critères d'inscription au programme de travail.</p> <p>S'assurer du partage de ces critères en interne et avec les demandeurs.</p>
<p>b) Développer la posture d'écoute de la HAS en identifiant les besoins exprimés par des professionnels de terrain</p>	<p>L'amélioration de l'impact des recommandations passera par la manière de concevoir les recommandations et de fournir un service aux professionnels (mieux les écouter, mieux les comprendre). Il s'agit de développer la posture d'écoute de la HAS, pour faire évoluer ses relations avec les professionnels de terrain.</p> <p>Pour cela, la HAS doit identifier des sujets émanant directement des besoins exprimés par les professionnels de terrain (en plus des sujets qui sont remontés par leurs représentants, ou des besoins d'auto-saisines identifiés par l'institution). À titre symbolique, cela illustrera que l'institution souhaite être un soutien aux professionnels.</p>	<p>Mettre en place une enquête annuelle, pour faire émerger un ou deux sujets à inscrire dans le programme de travail sur la base d'un recueil des besoins effectué directement auprès des professionnels</p>

Préconisations	Précisions	Proposition d'action
Étape 2 : cadrage de la recommandation		
<p>c) Formuler un objectif précis en s'interrogeant systématiquement sur l'existence d'un enjeu de pratique pour une cible précise</p>	<p>Qu'il s'agisse d'une recommandation dédiée à de nouveaux savoirs ou d'une recommandation qui réponde à un problème de pratique déjà identifié, l'enjeu majeur mis en évidence par la CIR est le besoin de clarifier l'objectif. Le cadrage d'une recommandation doit permettre d'identifier clairement ce que sont les pratiques et ce qu'on cherche à faire évoluer.</p> <p>C'est également l'occasion d'avoir une réflexion initiale sur les indicateurs de mesure qui permettraient de suivre une évolution et un impact (« on aura réussi si... »).</p> <p>L'amélioration de l'impact passera également par la précision de la cible (limiter le nombre de cibles, définir une cible prioritaire, identifier des besoins différenciés, etc.). Pour tenir compte des spécificités des cibles (préconisation 1) et veiller à l'appropriabilité du message, il n'est pas possible de s'adresser pas à toutes les cibles de la même manière. Si l'on parle à tout le monde, on ne parle à personne.</p> <p>Cette étape de cadrage doit permettre de garantir l'utilité de la recommandation future et de faciliter son élaboration.</p>	<p>Réviser la trame de note de cadrage pour...</p> <p>1)... intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un résumé bref de l'analyse de la demande (effectuée à l'étape précédente) comprenant les éléments suivants : Que fera le demandeur de ce travail effectué par la HAS ? Quel est l'état actuel des pratiques ? Quels changements imagine-t-on en termes de pratiques, sur la base de cette recommandation ? - Une interrogation sur la nécessité présumée d'une démarche parallèle auprès des patients - Une première réflexion sur l'existence d'indicateurs de suivi envisageables (ANNEXE 1) <p>2)... retirer la partie concernant le plan de communication. L'expérience montre qu'à ce stade l'exercice est prématuré. La réflexion doit être menée en lien avec le SCI à une étape ultérieure (en phase de relecture ou d'examen en commission pré-collège)</p> <hr/> <p>Intégrer à la CRPPI et à la CSMS des experts chargés de s'assurer que les notes de cadrage sont conformes à ces préconisations de la CIR</p>

Préconisations	Précisions	Proposition d'action
Étape 3 : élaboration du contenu scientifique de la recommandation		
<p>d) Doubler l'évaluation scientifique d'une analyse de la perception du sujet par les professionnels</p>	<p>Améliorer l'impact c'est s'assurer de concevoir une recommandation adaptée aux destinataires. Il convient donc de mener une phase d'exploration du problème : identifier quelles sont les pratiques, quels en sont les déterminants, ce qui fait obstacle à la mise en place d'un changement de pratique et ce qui permettrait de le faciliter. L'idée est de doubler l'évaluation scientifique d'une analyse de la perception du sujet par les professionnels, pour identifier d'éventuels besoins ou points de blocage à anticiper. Cela développera la connaissance de la HAS sur chacune de ses cibles, tout en permettant d'adapter le contenu, le format, les formulations des recommandations produites (et l'accompagnement de ces recommandations par la suite).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Dès le lancement de l'élaboration du contenu scientifique de la recommandation (voire entre la note de cadrage et le lancement), la commission préconise de se poser systématiquement la question de la pertinence d'une recherche documentaire complémentaire à la recherche sur le contenu scientifique de la recommandation. Cette recherche doit permettre d'approfondir la compréhension des freins et des leviers à la modification du comportement des professionnels et d'identifier dans la littérature de potentiels exemples d'implémentation. ➔ Si les ressources documentaires disponibles sur le sujet sont trop pauvres, il est alors également possible de se demander s'il convient de mener une enquête ad-hoc. A titre d'exemple, la HAS mène une étude sur la perception, les stratégies et les attentes des médecins généralistes en matière de prévention primaire du risque cardiovasculaire global. Pour répondre à cet objectif, cette étude se déroule en deux temps : une 1ère phase qualitative qui permet d'explorer de manière approfondie les points de vue individuels des médecins généralistes ainsi que leur pratique au quotidien face au risque cardiovasculaire ; une 2ème phase quantitative qui permet de quantifier, hiérarchiser les éléments issus de la phase qualitative et de la littérature. ➔ Pour certains sujets, il serait par ailleurs possible d'encourager les chefs de projet à sortir de la HAS pour réaliser des observations sur le terrain. À ce titre, un échange de pratiques entre la DiQASM et la DAQSS peut être organisé. ➔ En complément de la recherche documentaire (voire de l'étude ad-hoc ou de l'observation sur le terrain), il est également possible d'interroger le groupe de travail. Il faudra pour cela outiller les chefs de projet pour qu'ils arrivent à mener cette démarche et à animer une discussion autour de la compréhension des pratiques actuelles et de l'identification des freins au changement de pratique. 	<p>Impliquer le SDV dans une recherche documentaire complémentaire</p> <hr/> <p>Se donner les moyens de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyser la recherche documentaire - mener si besoin des études ad-hoc - réaliser des observations sur le terrain. <hr/> <p>Outiller les chefs de projet pour faciliter la discussion sur les freins et leviers à la mise en œuvre d'une pratique pendant les groupes de travail</p>

<p>e) Veiller au caractère appropriable de la recommandation pour des professionnels de terrain n'ayant pas participé aux travaux de la HAS</p>	<p>Par ailleurs, toujours dans l'idée de produire une recommandation utile et adaptée, la CIR préconise de veiller à la simplification et à la praticité des productions de la HAS. La commission identifie deux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> – améliorer le design des synthèses scientifiques d'une part (en formant les services de la HAS aux conditions d'appropriation des recommandations et à l'outil EAST pour l'incitation comportementale développé par le Behavioural Insights Team, ANNEXES C ET D) ; – et d'autre part produire, en tant que de besoin, des documents courts, clairs et attrayants, focalisés sur un nombre limité de messages et élaborés sur la base de l'analyse des freins et leviers réalisée au préalable (sur le modèle de ce qui a été réalisé dans le cadre de l'expérimentation DITP-HAS sur les médecins généralistes et les violences conjugales, ANNEXE 7). L'expérience sur les sujets examinés et sur les documents patients montre que cet exercice de mise en avant et de vulgarisation de messages mobilise des compétences spécifiques complémentaires de celles des services métiers. Les chefs de projet devront cependant impérativement être intégrés à ce processus d'hyper-synthétisation, en tant que garants de la conformité aux recommandations. <p>La commission propose que les chefs de projet intègrent à certaines recommandations une grille d'auto-évaluation à destination des professionnels ciblés, qui leur permettrait de situer rapidement leurs pratiques par rapport aux recommandations de la HAS. Il ne s'agit en aucun cas de recueillir des données de pratique, mais bien simplement de fournir des repères sur les pratiques préconisées. Ce travail requiert la synthétisation des points principaux d'une recommandation, et implique de réfléchir en termes de changement de pratiques attendu. Il est par exemple engagé sur le sujet du polyhandicap.</p> <p>Par ailleurs, dans l'idée est d'être plus proche des utilisateurs, la commission préconise d'intégrer un petit nombre de professionnels de terrain tirés au sort (n'ayant pas participé à l'élaboration de la recommandation et n'étant pas spécialistes du sujet abordé) à l'étape de relecture de la recommandation. La HAS pourrait réaliser cela grâce à des partenariats (CNAM, ordres, etc.), ou en se constituant un vivier de professionnels de terrain qui seraient volontaires pour être mobilisés très ponctuellement sur un sujet (processus internalisé⁶). Cela aurait pour intérêt d'intégrer une perception « naïve » des contenus produits, et appuierait le développement d'une approche centrée sur le destinataire (voir préconisation 1).</p> <p>La préoccupation de la perception par les utilisateurs finaux peut également être intégrée au moyen d'un pré/post test des synthèses produites à partir des recommandations. Il est alors possible de réaliser cette étude de perception via un institut d'études (mais cela est un processus relativement long -donc à anticiper- et potentiellement coûteux -donc à réserver à quelques sujets seulement-). Il est également possible de solliciter le vivier de professionnels mentionné ci-dessus.</p>	<p>Constituer des viviers de professionnels de terrain mobilisables pour participer aux études de perception, pré/post test de documents d'information</p> <hr/> <p>Intégrer aux recommandations une grille d'auto-évaluation permettant aux professionnels de situer leur pratique par rapport aux recommandations</p> <hr/> <p>Créer une cellule ou une mission spécialisée sur l'appropriation, qui pourrait appuyer les services élaborant une recommandation sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Le traitement de l'analyse documentaire ; – Le pilotage d'études (étude ad-hoc, pré-test de documents...) – La réalisation du document court, clair et attrayant
<p>f) S'appuyer sur l'information des patients et des personnes accompagnées pour faire évoluer les pratiques des professionnels</p>	<p>La commission préconise de développer l'information aux patients, aux personnes accompagnées et à leurs proches. L'amélioration des capacités des patients et des personnes accompagnées (empowerment) présente un bénéfice pour les personnes elles-mêmes et participe en outre de l'amélioration des pratiques des professionnels (voir I. B).</p>	<p>Développer la production de documents à destination des patients, des personnes accompagnées et de leurs proches, déclinés à partir des recommandations professionnelles</p>

⁶ Le SCI pourrait être chargé de la constitution et de la mobilisation de ce vivier de professionnels. Les chefs de projet scientifiques assureraient la compilation et le traitement des retours.

Préconisations	Précisions	Proposition d'action
Étape 4 : diffusion et mise en œuvre de la recommandation		
g) Viser un niveau de notoriété adapté à l'importance d'une recommandation	<p>Il s'agit d'assurer un accompagnement adapté pour toutes les recommandations. Il est évident que toutes les recommandations ne bénéficieront pas du même niveau d'accompagnement. La HAS n'a pas les moyens de mettre en place des interventions complexes, comme le projet sur le dépistage des violences, sur tous les sujets.</p> <p>Néanmoins, il y a plusieurs manières d'améliorer la diffusion d'une recommandation et sa notoriété : la participation aux salons/congrès, la diffusion sur les réseaux sociaux en organique ou de façon sponsorisée, l'envoi des e-mailing, le display, l'asilage, les posters scientifiques...</p> <p>Un chantier à concevoir et à structurer concerne le développement des relations avec certains professionnels, par exemple les médecins généralistes avec la mise en place d'une stratégie webmarketing (CRM⁷, notification sous forme de push, back link des autres sites internet pour améliorer le référencement...)</p>	<p>Soutenir le développement des actions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Stratégie webmarketing – Partenariats de diffusion pérennes (cartographie) – Outils de transfert de connaissances (comme les webinaires) – Politique de présence et de prise de parole dans les salons
h) Consolider le processus de transfert de connaissances en multipliant les leviers d'appropriation	<p>Il est possible de mobiliser à cette étape différents leviers d'appropriation (selon les sujets) : information patients/personnes accompagnées, valorisation scientifique, webinaires, conférences lors des salons, partenariats de diffusion pérennes pour avoir des « automatismes » (par exemple, diffuser systématiquement une recommandation ciblant les MG au CMG, CMGE...).</p> <p>Concernant le transfert de connaissance, outre la réflexion déjà entamée avec le développement des webinaires de la HAS, il est également possible d'améliorer la politique de présence sur les salons ; pour chaque salon, on peut imaginer assurer une prise de parole en direct avec les professionnels (conférences).</p> <p>Les chefs de projet et les services ayant élaboré les recommandations devraient être plus impliqués dans cette phase de diffusion.</p>	

⁷ Le CRM (Customer Relationship Management) consiste à créer, développer et entretenir une relation privilégiée avec chacun de ses cibles.

Préconisations	Précisions	Proposition d'action
Étape 5 : évaluation de l'impact de la recommandation		
i) S'appuyer sur la variété des données disponibles pour prévoir un suivi adapté de l'impact de chaque recommandation	<p>Concernant la phase d'évaluation, la CIR a identifié 2 objectifs principaux : mesurer une tendance d'évolution en rapport avec les objectifs identifiés et identifier d'éventuels besoins d'adaptation (pour les éléments publiés ou pour les futures recommandations).</p>	Voir IV
j) S'appuyer sur cette évaluation pour ajuster les productions en fonction des retours reçus et améliorer les recommandations ultérieures ou leur accompagnement	<p>Il s'agit, tout d'abord, de suivre les objectifs et d'observer des évolutions éventuelles en s'appuyant sur la multitude des données disponibles ou en créant un recueil d'information ad hoc. Pour certains sujets, il s'agira seulement de suivre des indicateurs souples, simples, voire partiels, frustrés ou indirects, pourvu qu'ils soient capables de mettre en lumière une tendance d'évolution de ce que l'on veut mesurer. Les indicateurs d'impact ne sont en aucun cas des indicateurs de qualité, mais des indicateurs de tendance. Il ne s'agit pas non plus d'études d'impact au sens scientifique du terme mais une approche plus pragmatique et opérationnelle pour estimer une évolution. On peut par exemple suivre régulièrement des appréciations subjectives de professionnels ou d'utilisateurs, des statistiques de notoriété, etc.</p> <p>Les indicateurs d'impact seront donc certainement à adapter à chaque recommandation en fonction de son thème et de ses objectifs. Au vu de l'expérience de la CIR, et sous réserve de ses réflexions ultérieures, aucun mode d'emploi universel ne semble émerger, en dehors des grands principes rappelés ci-dessus.</p> <p>Ce suivi des évolutions permettra, ensuite, d'identifier d'éventuels besoins d'ajustement sur la forme des productions, de leur diffusion, ou des actions qui les auraient portées (pas sur tous les sujets, mais sur certains où l'on remarque que quelque chose peut être bloquant, comme les fiches pratiques sur le sujet du repérage des violences conjugales).</p> <p>De façon plus générale cette évaluation pourra jouer le rôle de retour d'expérience pour les recommandations ultérieures.</p>	

3.2. Mise en œuvre des préconisations [2023]

La commission a soumis au Collège de la HAS ces six préconisations (et les propositions d'action associées détaillées dans le tableau précédent).

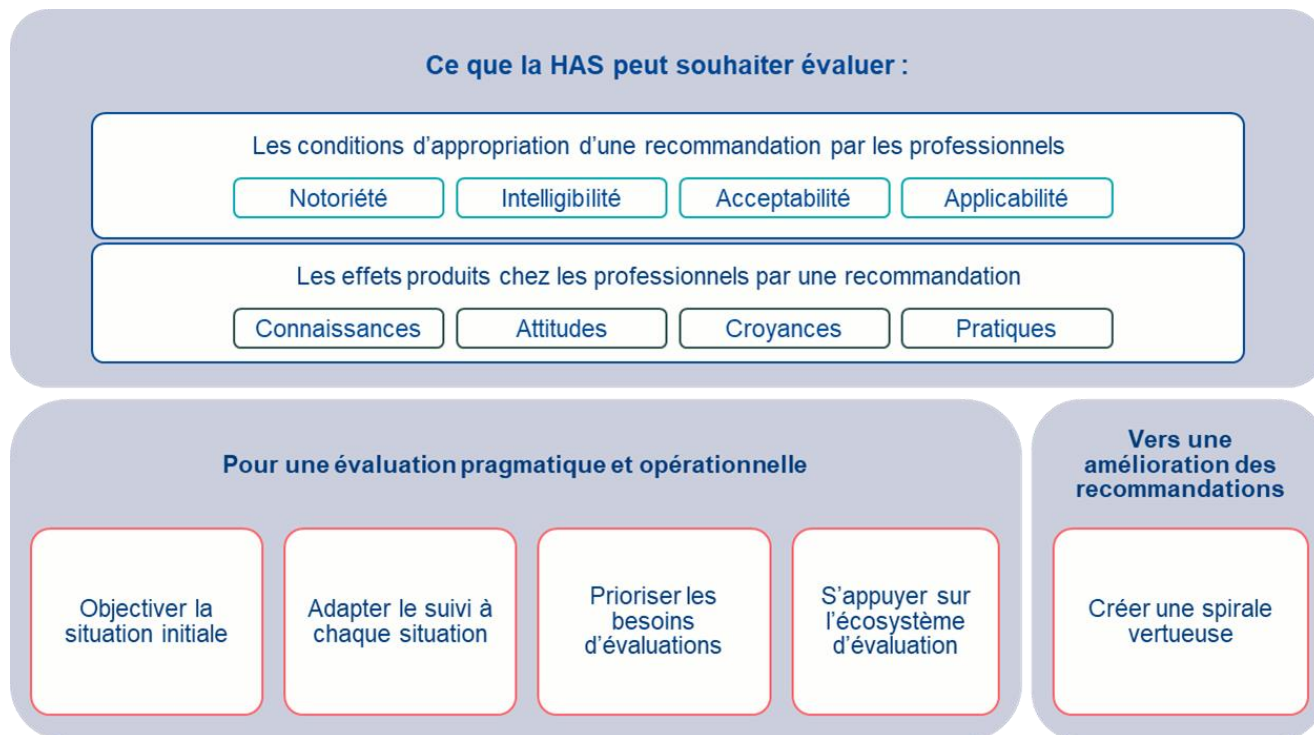
Ces préconisations ont depuis été traduites de manière opérationnelle dans un programme d'actions transversal et pluriannuel, adopté en mars 2023. Il rassemble l'ensemble des projets HAS concourant à l'amélioration de l'impact des productions et tous les services qui les portent.

Ce programme répond à un enjeu de coordination interne mais aussi à un besoin d'accompagnement au changement, car les préconisations de la commission supposent des modifications dans les façons de faire de la HAS. Ce travail d'acculturation est une étape cruciale pour garantir que la préoccupation de l'impact sera comprise et intégrée par tous.

Les actions listées dans ce programme, d'ampleur variable, ont été jugées à la fois essentielles et réalisables. Leur mise en œuvre sera progressive et évolutive.

4. Mesurer l'impact des recommandations de la HAS [2023]

Les travaux menés par la commission entre septembre 2019 et avril 2023 ont également permis à la commission de finaliser ses conclusions concernant l'enjeu d'évaluation et de suivi de l'impact des recommandations de la HAS et de formaliser les propositions détaillées ci-après :



Remarques :

- Les réflexions de la CIR n'ont en aucun cas porté sur le bien-fondé d'une recommandation. En effet, les recommandations de la HAS sont élaborées selon des méthodes particulièrement exigeantes qui garantissent leur qualité scientifique, il n'y a pas besoin de redémontrer le bien-fondé de ce qui est recommandé.
- La CIR a pris en considération le cadre contraint de ressources de la HAS pour formuler les propositions qui figurent dans cette note.
- La mesure d'impact d'une recommandation doit tenir compte des conditions réelles de pratiques et de la faisabilité du changement de pratique conseillé. La prise en compte de ce contexte ne signifie nullement une dégradation de l'exigence de qualité.

4.1. Ce que la HAS peut souhaiter évaluer

La commission préconise un suivi souple de l'impact des recommandations, et non la recherche d'une mesure d'impact exhaustive qui viserait à quantifier l'ensemble des effets générés, positifs ou négatifs, intentionnels ou non, directs ou indirects.

Elle délimite le champ de ce qu'il serait souhaitable de mesurer comme suit :

- Les conditions d'appropriation d'une recommandation par les professionnels concernés, définies par la CIR (ANNEXE 3) ;

- Les effets produits chez les professionnels par une recommandation, ou par les documents/outils/actions associés pour faciliter son appropriation. Cela regroupe les effets sur les pratiques professionnelles, mais aussi les effets sur les connaissances des professionnels, sur leurs croyances, leurs attitudes, etc.

4.2. Pour une évaluation pragmatique et opérationnelle

4.2.1. Introduire une phase d'objectivation de la situation initiale

Les travaux de la CIR ont mis en évidence la nécessité d'objectiver la situation initiale, en amont du travail d'élaboration du contenu de la recommandation. Cette objectivation permet en effet d'éclairer et d'orienter la recommandation à venir. Il faut chercher à mieux identifier ce que sont les pratiques, pour mieux identifier ce que l'on veut faire évoluer. Cela permet ensuite de concevoir une recommandation plus adaptée : plus cette objectivation sera précise, plus il sera possible de cibler un comportement spécifique et plus la recommandation -dans sa construction même- sera efficace pour faire évoluer les pratiques.

Cette phase, qui peut intervenir durant le cadrage d'une recommandation, permet également de se demander si l'on souhaitera mettre en place un suivi de l'impact pour cette recommandation. En effet, quand on décide d'évaluer, il est préférable de penser la mesure en amont⁸. Cette interrogation sur le besoin de conduire une évaluation et sur les indicateurs éventuels pourrait notamment être examinée par les commissions qui analysent le cadrage des recommandations (CRPPI, CSMS).

L'objectivation initiale ne sera pas toujours un T0 au sens strict, car tous les indicateurs de suivi ne nécessitent pas forcément de mesure avant-après. Par exemple, la mesure de la notoriété d'une recommandation ne requiert pas de mesure initiale. Le besoin d'un T0 peut être lié au fait que l'on anticipe une mesure sur les effets produits chez les professionnels à la suite de la publication (changement de pratiques, perceptions...).

4.2.2. Adapter la méthode d'évaluation et les indicateurs de suivi à chaque situation

→ L'impossible règle générale d'évaluation

Dans le prolongement de son rapport final, la CIR préconise de s'appuyer sur la variété des données disponibles (quantitatives, qualitatives) pour prévoir un suivi adapté de l'impact de chaque recommandation.

Les sources de données sont variées, plus ou moins adaptées à une situation et il n'existe pas d'indicateur ou de mesure à mettre en place de manière systématique. Tous les sujets ne nécessitent par exemple pas de mesure barométrique ou de données qualitatives. Certaines mesures très souples pourront toutefois être courantes, par exemple l'étude de statistiques web.

→ Souplesse et modestie

La commission incite la HAS à ne s'interdire aucune méthode d'évaluation et aucun indicateur de suivi. Elle doit développer une approche souple, avec des indicateurs de tendance simples, voire partiels,

⁸ Dans certains cas, un T0 qui s'appuie sur des données du SNDS peut cependant être reconstruit a posteriori.

ou indirects, pourvu qu'ils soient capables de mettre en lumière une tendance d'évolution de ce que l'on veut voir évoluer.

Au cours de ses travaux, elle s'est ainsi penchée sur plusieurs manières de suivre et d'évaluer l'impact des travaux de la HAS :

- mesure barométrique (auprès des professionnels, des patients ou personnes accompagnées...) ;
- étude longitudinale avec une mesure avant-après ;
- collecte de données quantitatives ou qualitatives, via des enquêtes par mail ou via la page internet portant une recommandation,
- prétests et post-tests de documents,
- méthode expérimentale avec assignation aléatoire,
- etc.

Les indicateurs de suivi peuvent eux-aussi être variés : indicateurs de pratiques issus du SNDS, statistiques web, suivi d'indicateurs généraux (comme l'évolution de la posture professionnelle ou de l'identité professionnelle : « je me sens capable d'aborder des sujets délicats comme l'alcool, les violences avec mes patients »), taux de notoriété, etc.

Le pragmatisme doit être un mot d'ordre pour tout le processus d'évaluation :

- il est préférable d'avoir une évaluation moins solide, dont on connaît les limites, qu'un protocole d'évaluation idéal qu'il est impossible de mettre en place ;
- il faut veiller à ne pas systématiquement créer un recueil de données ad-hoc, il est préférable de s'appuyer sur les données existantes ;
- les protocoles d'évaluation doivent pouvoir être ajustés en cours de projet, si besoin.

4.2.3. Prioriser les besoins d'évaluations

La HAS ne mettra pas en place de véritables études d'impact sur chacune de ses recommandations. Ce constat souligne la nécessité de prioriser les besoins d'évaluation, pour identifier les sujets qui feront effectivement l'objet d'un suivi de l'impact.

Il faudra notamment distinguer les mesures complexes, comme celle mise en place lors du projet concernant le repérage des femmes victimes de violences conjugales, de simples mesures de tendances. Ces dernières ne permettront pas toujours d'établir un lien causal entre les effets de la recommandation et le fait que les pratiques évoluent. Certains sujets pourront toutefois nécessiter une mesure d'impact plus solide. La commission propose alors de sélectionner des sujets critiques, qui bousculent les pratiques et les identités professionnelles, ont un impact en santé important ou relèvent d'un enjeu systémique, car ce sont des sujets qui appellent un changement de comportement complexe.

4.2.4. S'inscrire dans un écosystème d'évaluation

La commission incite la HAS à s'inscrire dans un écosystème composé de partenaires potentiels qui lui permettent de mener des évaluations. L'inscription dans un tel écosystème présente deux avantages : d'une part, cela participe à la notoriété de la recommandation et à l'homogénéité des messages (cela rejoint l'une des préconisations de la CIR, dans son rapport final d'octobre 2022),

d'autre part cela permet de mener des évaluations de manière conjointe (en préservant potentiellement le caractère indépendant de l'évaluation⁹).

Cet écosystème doit comprendre plusieurs types d'acteurs : organisations professionnelles, institutions, et opérateurs publics, chercheurs, opérateurs privés (instituts de sondage par exemple), associations de patients, etc.

Le rôle de chacun de ces acteurs peut varier, en fonction de leurs caractéristiques ou des besoins de la HAS : source d'apports méthodologiques, maillon pour la captation des données, opérateur qui pourrait mettre en place une mesure, relai, etc. La nature du partenaire potentiel pour une évaluation variera en fonction de la recommandation à étudier.

Proposition

La commission suggère d'étudier les possibilités de collaboration avec le domaine de la recherche (en santé publique, mais aussi en sciences humaines et sociales, en sciences comportementales, dans le domaine de la modernisation de l'action publique...). Elle souligne toutefois que la temporalité de la recherche n'est pas toujours celle de l'action publique. Les modalités de collaborations restent donc à définir. La HAS pourrait par exemple mobiliser les chercheurs sur des problématiques structurelles, via un programme de recherche sur des questions fondamentales qui serviraient à alimenter la réflexion sur l'impact des recommandations dans son ensemble (lien entre recommandations et pratiques professionnelles, facteurs explicatifs des comportements de certains acteurs, etc.). Ce genre de programme de recherche pourrait être soutenu par plusieurs institutions publiques.

4.3. Vers une amélioration progressive des recommandations

→ Évaluer l'appropriation des recommandations par les professionnels : une spirale vertueuse

La HAS a une responsabilité par rapport aux productions qu'elle adresse aux professionnels. Elle doit non seulement accompagner ses recommandations jusqu'à l'utilisateur, mais elle doit également montrer aux professionnels qu'elle s'impose à elle-même une exigence d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques.

Pour aller au bout de cette démarche, la commission préconise donc de s'appuyer sur l'évaluation de l'impact pour ajuster les productions en fonction des retours reçus et améliorer les recommandations ultérieures ou leur accompagnement.

Le suivi de l'impact des recommandations peut permettre d'identifier d'éventuels besoins d'ajustement sur les productions de la HAS (éléments bloquants ou mal perçus par les professionnels par exemple : formulations, mise en forme, etc.). Cette préconisation suppose que la HAS s'autorise à ajuster ses documents dans certains cas, ce qui est aujourd'hui difficilement faisable après une validation par le Collège. Ce retour d'expérience peut également constituer un enseignement précieux pour des recommandations ultérieures. Il permet de construire progressivement des recommandations et des outils plus utiles pour les destinataires finaux.

⁹ L'indépendance de l'évaluateur est essentielle pour éviter des biais, mais il n'est pas souhaitable de conclure que le suivi des pratiques doit systématiquement être confié à un acteur extérieur. Cela risquerait de nuire au développement de la dynamique de mesure et de suivi de l'impact des recommandations de la HAS, en réduisant davantage la possibilité de mener des évaluations (mêmes souples). Pour renforcer la crédibilité de l'évaluation, il pourrait toutefois être intéressant de confier, dans la mesure du possible, l'évaluation à un service qui ne soit pas directement à l'origine de la recommandation.

Table des annexes

Annexe 1.	Lexique de la CIR	25
Annexe 2.	Enseignements issus des recommandations examinées par la CIR	26
Annexe 3.	Grille d'analyse de l'appropriabilité d'une recommandation par les professionnels ciblés ²⁷	
Annexe 4.	Cadre « EAST » : inciter à l'application d'une recommandation	28
Annexe 5.	Qu'apportent les sciences comportementales à la commission Impact des recommandations de la HAS ?	29
Annexe 6.	Usages potentiels des données aux différentes étapes du processus d'élaboration d'une recommandation	33
Annexe 7.	Travaux menés par la CIR (septembre 2019 – septembre 2023) [2023]	34
Annexe 8.	Modèle transthéorique de changement de comportement	36
Annexe 9.	Sources d'information des médecins généralistes et autres spécialistes	37
Annexe 10.	Bibliographie pertinente	40
Annexe 11.	Composition de la CIR	43

Annexe 1. Lexique de la CIR

Ce lexique a pour finalité de clarifier le vocabulaire employé par la CIR. Ces définitions n'ont pas vocation à être absolues, elles sont spécifiques aux travaux de la CIR.

Recommandations : travaux publiés par la HAS incluant des préconisations destinées aux professionnels des champs sanitaire, social, et médico-social, avec pour objectif d'optimiser leurs pratiques dans l'intérêt ou le bénéfice du patient et de la personne accompagnée. Elles peuvent être adressées directement aux professionnels, ou aux structures et organisations dans lesquelles ils travaillent.

Impact : effets générés par une recommandation sur les pratiques des professionnels.

Appropriation : fait, pour les professionnels, d'intégrer une recommandation à leur pratique (en y apportant des adaptations jugées nécessaires pour l'application le cas échéant).

– *Appropriabilité* : estimation du caractère appropriable d'une recommandation, à partir de la grille d'analyse élaborée par la CIR (ANNEXE 3).

Objectif : attendu préalablement fixé, qui justifie d'entreprendre une action spécifique concrète. Ils doivent être précis, compréhensibles, mesurables, réalistes, partagés par les différentes parties prenantes et clairement définis dans le temps (1). Ils peuvent être amenés à évoluer au cours de l'élaboration de la recommandation.

Enjeu : raison pour laquelle on souhaite atteindre un ensemble d'objectifs (ce qui motive à faire). L'enjeu désigne ce que l'on peut gagner en entreprenant quelque chose ou les conséquences négatives de la non-atteinte des objectifs. Si toutes les recommandations de la HAS visent à améliorer la qualité et la sécurité des soins et de l'accompagnement, les enjeux d'une recommandation peuvent être multidimensionnels : enjeu de santé (nombre important de personnes touchées, gravité d'un problème...), enjeu institutionnel, politique, économique, etc.

Cible : sous-ensemble de population auquel on destine une recommandation et/ou qui est visé par une action, une campagne, etc. (public spécifique auquel on s'adresse).

Sciences comportementales (ou sciences du comportement) : terme générique regroupant plusieurs disciplines, théories et modèles, ayant pour finalité de comprendre le fonctionnement du comportement humain (sciences cognitives, marketing social, psychologie sociale, etc.). Elles permettent notamment de mieux appréhender les mécanismes de prise de décision dans leurs contextes. Leur application est commune lorsqu'il s'agit d'induire, de faciliter, d'encourager, de maintenir un changement de comportement chez une cible spécifique¹⁰.

Données : informations qualitatives ou quantitatives, de sources variées (littérature, études, site internet, etc.), qui peuvent servir de fondement à un raisonnement, à réaliser une description élémentaire d'une réalité (observation) ou à effectuer une mesure (la CIR ne s'intéresse pas aux données probantes de la science qui servent à élaborer les recommandations).

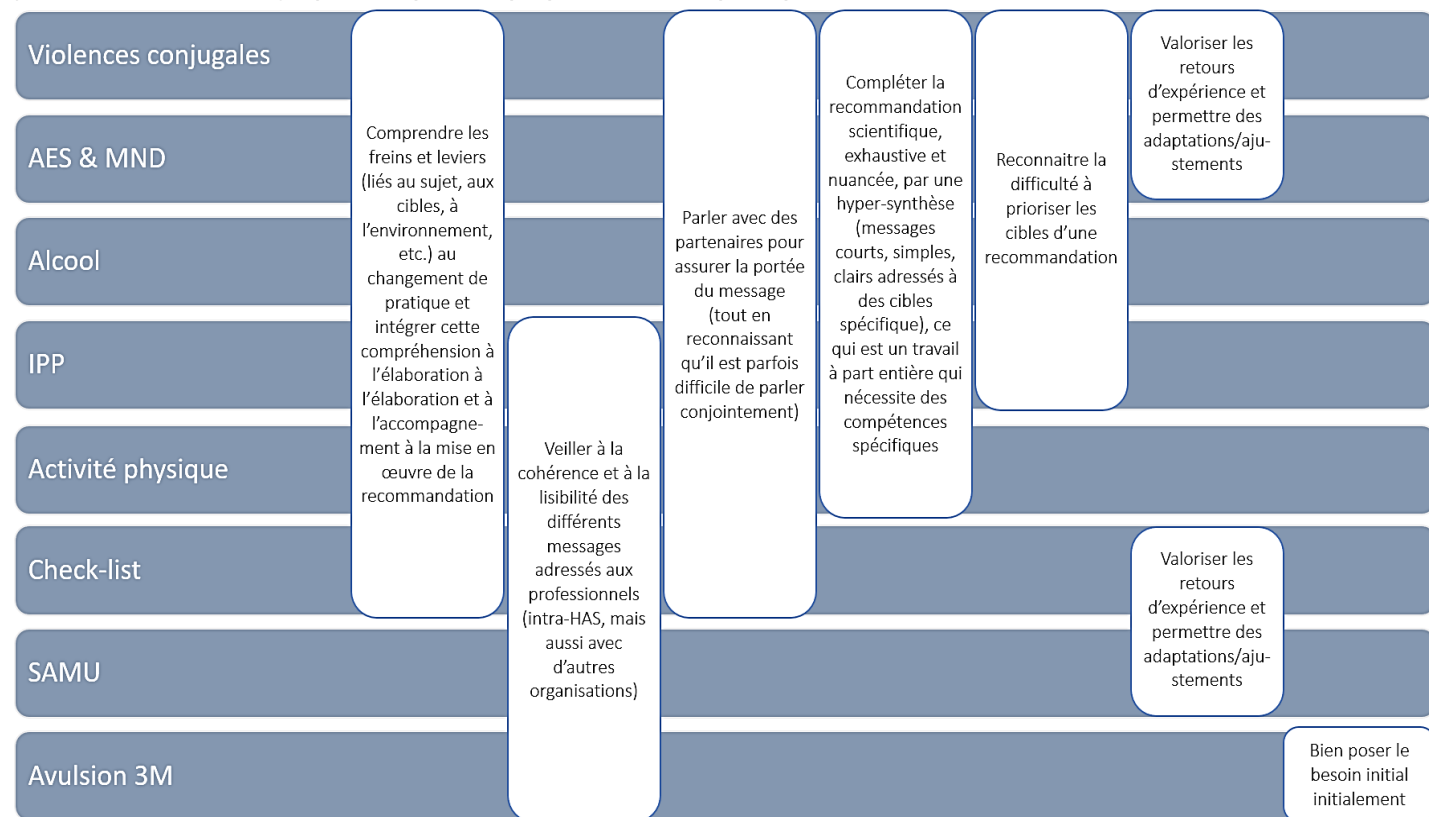
Indicateur : élément caractéristique, observable et/ou mesurable, retenu pour suivre une évolution (de pratique, de notoriété, etc.). Les indicateurs définis par la CIR pour évaluer l'impact des recommandations n'ont pas la vocation à être utilisés comme outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements de santé, à la différence des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) de la HAS. Toutes les recommandations ne nécessitent pas le même suivi, certains indicateurs peuvent être approximatifs et ne mesurer que des tendances.

¹⁰ L'incitation au changement de comportement peut soulever des questions éthiques, auxquelles la CIR a bien entendu été attentive (2, 3).

Annexe 2. Enseignements issus des recommandations examinées par la CIR

→ Enseignements transversaux issus de l'examen des huit recommandations

Les recommandations examinées par la CIR ont permis d'identifier un certain nombre d'enseignements généraux (colonnes ci-dessous), qui sont pour la plupart valables pour plusieurs recommandations.



→ Principaux obstacles à l'appropriation d'une recommandation par les professionnels, identifiés lors de l'examen des huit recommandations présentées à la CIR

- Notoriété : les professionnels ne connaissent pas suffisamment la recommandation et les documents associés, voire n'identifient pas la HAS comme une source d'informations sur le sujet
- Format : la recommandation et les documents associés ne sont pas suffisamment adaptés aux spécificités de la cible (longueur, mise en forme du contenu, formulations, etc.)
- Objectif : l'objectif de la recommandation, c'est-à-dire ce qu'on cherche à faire évoluer, n'est pas suffisamment clair, spécifique, mesurable, réaliste (1)
- Cible : les cibles de la recommandation ne sont pas suffisamment précises et restreintes, adaptées à l'objectif
- Messages clés : les messages principaux ne sont pas suffisamment clairs, priorisés, mis en avant de manière lisible et homogène dans tous les supports HAS sur le sujet
- Utilité perçue : certains professionnels n'identifient pas le sujet comme problématique, ils ne se sentent pas concernés par le sujet, la recommandation n'est pas perçue comme utile
- Confiance : certains professionnels doutent de l'efficacité de ce qui est préconisé, voire ne perçoivent pas la HAS comme une source de confiance (institution qui serait déconnectée du réel, existence d'un message différent provenant d'une source concurrente, interrogation sur les motivations qui sous-tendent la recommandation, etc.)
- Outils pratiques : la mise en œuvre concrète des préconisations par les professionnels n'est pas suffisamment facilitée par les documents associés à la recommandation
- Adaptabilité : la recommandation ne mentionne pas clairement la possibilité d'adapter les préconisations aux spécificités locales, ou comment le faire

Annexe 3. Grille d'analyse de l'appropriabilité d'une recommandation par les professionnels ciblés

Quatre conditions pour l'appropriation d'une recommandation par les professionnels ont été définies par la commission à la suite d'une analyse de la littérature (4-20) et de ses réflexions sur les recommandations de la HAS :

- Notoriété : le professionnel doit connaître l'existence de la recommandation
- Intelligibilité : il doit l'avoir lue et l'avoir comprise
- Acceptabilité : il doit se sentir concerné, avoir confiance dans son contenu et croire en son efficacité
- Applicabilité : il doit avoir les moyens de s'en emparer et de la mettre en œuvre

Cette grille d'analyse permet notamment d'estimer rapidement le degré d'appropriabilité d'une recommandation, d'identifier d'éventuels besoins ou points de blocage à anticiper, ce qui permettra d'adapter le contenu ou le format de la recommandation et d'améliorer l'accompagnement de la recommandation par la suite.

Annexe 4. Cadre « EAST » : inciter à l'application d'une recommandation

L'outil « EAST » développé par le BIT (21) fournit des pistes pour inciter à l'application d'une recommandation en utilisant les sciences comportementales :



Easy - rendre le message simple : le message doit être simple, facile à comprendre et adapté à la population cible. Par exemple, les communications peuvent privilégier les schémas au texte (certaines des fiches de la HAS les plus visitées contiennent d'ailleurs un arbre décisionnel). Il faut chercher à réduire et prioriser les informations importantes et rendre celles-ci plus saillantes et actionnables. La clarté du message entraîne souvent une augmentation significative du taux de réponse aux communications. En particulier, il est utile de d'identifier comment un objectif complexe peut être décomposé en actions plus simples et plus faciles.



Attractive - rendre le message attrayant : le message doit également attirer l'attention, grâce à des visuels ou un format attrayant, des informations saillantes, mais aussi en suscitant une émotion, ou rappelant une raison motivante d'agir (que celle-ci soit individuelle ou prosociale). La personnalisation du message est également clé.



Social - relier le message au rôle du professionnel et à son identité positive : nous avons tendance à accorder plus d'importance à une cause lorsque nous nous sentons proches d'elle. Nous sommes également fortement influencés par les pensées, l'approbation et le comportement des autres. Décrire ce que la plupart des gens font dans une situation particulière encourage les autres à faire de même. On peut par exemple signaler que la plupart des pairs d'un professionnel adoptent le comportement souhaité. A l'inverse, il faut se garder de renforcer par inadvertance un comportement problématique en soulignant sa forte prévalence. Il est par ailleurs possible de s'appuyer sur les réseaux de pairs, ou d'encourager les professionnels à s'engager explicitement pour une cause (une fois l'engagement volontairement pris, il est plus difficile de remettre à plus tard).



Timely - envoyer le message à un moment opportun : l'efficacité d'un message peut également dépendre du moment où il est délivré. Il faut veiller à le proposer aux professionnels quand ils sont susceptibles d'être les plus réceptifs, car le même message peut être reçu de manière radicalement différente selon le moment. Par ailleurs, il est préférable de mettre en avant les bénéfices immédiats au changement de comportement, car nous nous focalisons davantage sur les conséquences à court terme qu'à moyen et long terme. Enfin, nous savons qu'il est plus facile d'atteindre un objectif de modification de comportement en le décomposant en actions planifiées, concrètes et spécifiques (pour aider les professionnels à passer de l'intention à l'action).

Annexe 5. Qu'apportent les sciences comportementales à la commission Impact des recommandations de la HAS ?

Marie-Laure Mourre, membre de la CIR (Décembre 2021)

1. Les sciences comportementales permettent d'identifier les freins et leviers à un objectif de modification de pratique.

Pour comprendre quelles sont les actions susceptibles d'augmenter l'impact des recommandations de bonnes pratiques, il est nécessaire de réaliser un diagnostic des pratiques actuelles d'une part et désirées d'autre part à l'aide de modèles issus de la recherche pour identifier les écarts.

Le modèle COM-B (22) est le fruit d'un travail d'analyse de 83 théories explicatives des comportements. Il présente donc l'intérêt d'être complet, cohérent et d'intégrer les facteurs qui, d'après la littérature scientifique, ont un impact sur les comportements. C'est le modèle intégrateur utilisé par les équipes de la Délégation interministérielle de la transformation publique (DITP) et de Santé Publique France notamment.

Ce modèle propose une équation comportementale du type : $B=COM$. Cela signifie que le comportement d'un individu (B) est fonction de ses capacités (C), des opportunités (O) et de sa motivation (M) :

Le modèle COM-B	
Les capacités (capacity)	Elles sont définies comme les aptitudes psychologiques et physiques nécessaires pour s'engager dans l'activité concernée. Cela inclut le fait de posséder les connaissances et les compétences, y compris physiques, nécessaires.
Les opportunités (opportunity)	Elles représentent l'ensemble des facteurs extérieurs à l'individu qui rendent le comportement possible/impossible ou l'incitent/le freinent à agir. Il s'agit donc de l'environnement physique et social.
La motivation (motivation)	Elle découle des activités cérébrales conscientes et inconscientes, automatiques et réflexives qui déclenchent l'envie d'agir.

Ce modèle permet donc de comprendre les comportements actuels et d'identifier les leviers à mobiliser pour modifier une pratique.

2. Les sciences comportementales permettent de mettre en place des solutions concrètes utilisant des leviers incitatifs basés sur l'évidence.

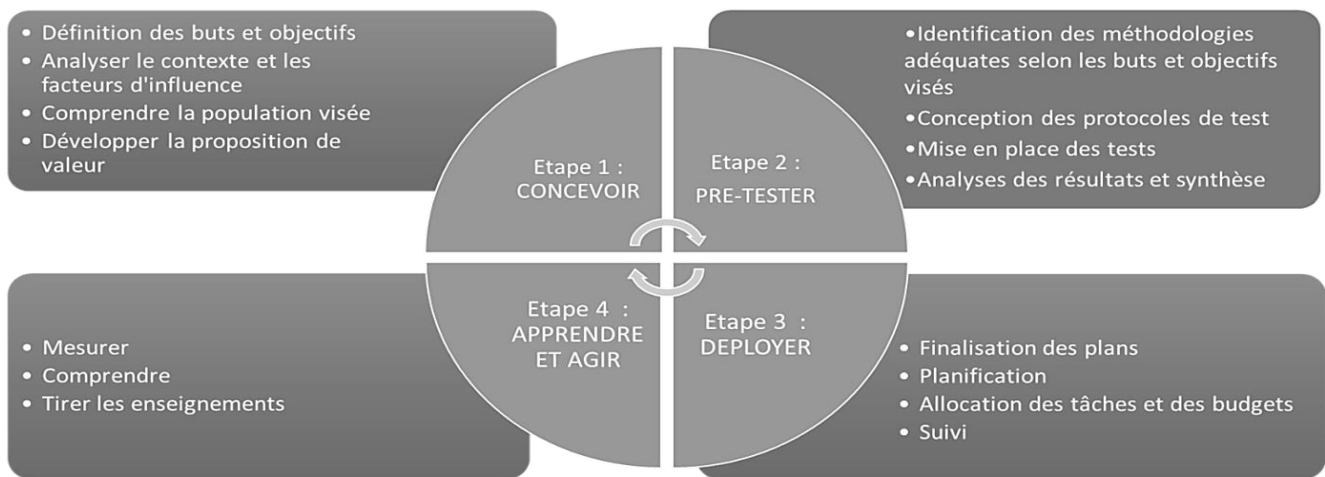
Un méta-analyse de 93 recherches en sciences comportementales a permis d'identifier différents types d'intervention ayant un impact sur les comportements (23). Ces types d'intervention conviennent aux changements de comportement au niveau individuel et peuvent aussi être appliquées à des populations plus importantes. On peut en retenir 9 qui ont un impact sur un ou plusieurs des facteurs sous-jacents du comportement (Capacités-Opportunités-Motivation) :

Type d'intervention	Principe
L'éducation	Accroître les connaissances et la compréhension en informant, en expliquant, montrant et en fournissant un retour d'information
La persuasion	Utiliser des mots et des images pour modifier les sentiments des gens à l'égard d'un comportement et le rendre plus ou moins attrayant.

Les incitations	Changer l'attrait d'un comportement en créant l'attente d'un résultat souhaité ou l'évitement d'un résultat non souhaité.
La coercition	Changer l'attrait d'un comportement en créant l'attente d'un résultat non souhaité ou en évitant un résultat non souhaité
La formation	Accroître les compétences nécessaires à un comportement par une pratique répétée et un retour d'information
Les restrictions	Contraindre l'exécution d'un comportement par l'établissement de règles
La création d'exemples	Montrer des exemples de comportements à imiter.
La reconfiguration de l'environnement	Inciter ou détourner d'un comportement par l'aménagement de l'environnement physique ou social.
La facilitation	Fournir un soutien pour améliorer la capacité à changer de diverses manières non couvertes par les autres types d'intervention.

Outre les types d'intervention envisageables, les sciences comportementales proposent différentes méthodes pour la mise en œuvre des projets. Des organisations internationales parmi lesquelles l'OCDE et l'Union européenne s'en sont inspirées pour développer des guides méthodologiques pour la conduite de projets impliquant des changements de pratiques. Ces guides ont en commun de structurer la démarche, souvent en 4 étapes (qui peuvent être itératives) parmi lesquelles :

- La conception. C'est l'étape la plus longue et la plus importante ; elle consiste à :
 - définir les buts et objectifs (déterminer les comportements désirés, identifier les publics et les comportements à modifier, définir des objectifs SMART),
 - analyser le contexte et les facteurs d'influence (audit des actions réalisées, enseignements issus de la revue de littérature, analyse de situation, données factuelles, recensement des atouts),
 - comprendre le public concerné (rassembler les données et connaissances sur le groupe, segmenter les publics),
 - développer la proposition de valeur (faire en sorte que le nouveau comportement soit plus attrayant que l'ancien).
- Les pré-tests. Les tâches clés de cette étape sont axées sur l'essai des idées et des concepts d'intervention initiale pour voir comment ils fonctionnent. Cette étape peut impliquer le développement de prototypes, de tests et d'expériences. Les méthodes de collecte et d'analyse des données à des fins d'évaluation peuvent également être testées et développées au cours de cette étape.
- Le déploiement. Cette étape est axée sur la mise en œuvre et la gestion d'un plan d'intervention basé sur les résultats de l'étape 1 et 2. Au début de cette étape, un plan complet de mise en œuvre est élaboré, ainsi qu'une stratégie claire de budget et d'évaluation qui comprend des détails sur la façon dont le programme sera géré. Le plan expose les moyens de suivi du programme, comment il sera évalué et comment il en fera la synthèse aux bailleurs de fonds, aux commanditaires, aux parties prenantes et aux publics concernés.
- L'évaluation. Cette étape du processus est axée sur la collecte et la diffusion des résultats sur l'impact du programme ainsi que son efficacité. Il vise également à tirer les leçons du programme sur ce qui a bien fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. Ces informations peuvent être utilisées pour éclairer les processus décisionnels relatifs aux programmes ultérieurs.



3. Les sciences comportementales permettent d'évaluer l'impact des recommandations via une mesure rigoureuse des changements de pratiques.

L'impact est l'ensemble des « effets à long terme, positifs et négatifs, primaires et secondaires, induits par une [intervention], directement ou non, intentionnellement ou non » (24). Une évaluation d'impact se concentre sur les questions relatives aux effets (dans quelle mesure l'intervention a-t-elle réellement fait une différence ?) et vise à prouver - autant que possible - un lien entre l'intervention évaluée et les changements observés. Certaines définitions distinguent les effets obtenus sur les groupes cibles de l'intervention, qui sont directement visés (effet primaire) et les effets obtenus sur les bénéficiaires finaux de l'intervention (effet secondaire).

Il n'y a pas de technique propre à l'évaluation. Toutefois, celle-ci mobilise un ensemble de techniques issues des sciences sociales (sociologie, économie, etc.), de la statistique et des sciences de gestion (finance, théorie des organisations, science de la décision etc.). Dans ce cadre, les approches qualitatives et quantitatives apparaissent comme complémentaires.

Différents niveaux de preuve de l'impact peuvent être produits en fonction des ressources disponibles et des interventions mises en place. On peut citer notamment par ordre décroissant de robustesse (25):

La méthode expérimentale avec assignation aléatoire. Cette méthode compare, dans le cadre d'une expérimentation, 2 groupes de « jumeaux » tirés au sort, l'un bénéficiant de l'intervention, l'autre non, observés au regard d'un indicateur d'impact escompté. L'impact est la différence entre la valeur constatée pour le groupe avec intervention et le groupe sans intervention.

Les méthodes quasi-expérimentales. Comme dans la méthode expérimentale, on observe 2 groupes jumeaux au regard d'un indicateur pour estimer l'impact. L'évaluation étant ici réalisée ex post, il faut reconstituer un groupe « témoin » constitué de jumeaux des bénéficiaires, identifiés à partir de bases de données internes ou externes. Il faut des bases de données particulièrement larges et complètes pour réaliser une telle évaluation.

La discontinuité. Faute de pouvoir appairer, on compare 2 groupes très proches mais situés de part et d'autre d'un seuil fixe, et on les observe au regard d'un indicateur d'impact attendu. L'impact est estimé par l'écart de cet indicateur entre les deux groupes.

La différence de différence. Faute de pouvoir appairer, on constitue un groupe suffisamment similaire au groupe des bénéficiaires et on les observe au regard d'un indicateur donné. L'impact est estimé en défalquant de la différence entre les deux groupes après l'intervention celle observée avant l'intervention. Cette opération vise à neutraliser la différence entre les groupes. Attention, mieux vaut pouvoir vérifier l'évolution de cet indicateur avant l'intervention pour vérifier que les deux groupes sont effectivement similaires.

La simulation. Faute de pouvoir comparer deux groupes, la comparaison est simulée. Un modèle comprenant plusieurs variables et dont le résultat est le changement escompté est développé. L'impact est estimé par comparaison entre les résultats obtenus avec et sans intervention. La qualité du modèle et sa transparence sont essentielles à la crédibilité des résultats.

Les études longitudinales. Un indicateur est mesuré avant et après l'introduction d'une intervention. Si une rupture est observée dans la tendance et ne peut être attribuée à un autre facteur, elle sera attribuée à l'intervention. Cette approche permet d'identifier un impact, pas de le mesurer : à moyen terme, d'autres facteurs, contextuels notamment, peuvent expliquer les changements observés.

Ces méthodes d'évaluation d'impact peuvent être complétées par des évaluations de nature qualitative telles que l'interrogation des acteurs de l'intervention évaluée. Elles permettent une appréciation du contexte, de l'environnement institutionnel, de la perception du dispositif par les acteurs.

4. Conclusion

L'application des sciences comportementales et sociales, de l'anthropologie, des sciences cognitives et de la psychologie, entre autres, permet de mieux comprendre les comportements. Lorsqu'elles sont utilisées pour améliorer les politiques et les programmes d'intervention, les connaissances comportementales peuvent servir de base à la conception de processus et de pratiques novateurs, aider à recadrer et à améliorer les communications, déterminer la nécessité d'adopter des mesures incitatives pour surmonter les préjugés et les obstacles, ou garantir que les produits et les services sont conçus en tenant compte des besoins des utilisateurs.

Annexe 6. Usages potentiels des données aux différentes étapes du processus d'élaboration d'une recommandation

Étape du processus d'élaboration d'une recommandation	Objectif(s) identifiés en termes d'amélioration d'impact	Exemples de besoins déjà rencontrés (liste non-exhaustive)	Données utilisables ?
Sélection du sujet <ul style="list-style-type: none"> – Inscription d'un sujet au programme de travail (après saisine ou auto-saisine) – Priorisation des sujets à traiter 	Développer la posture d'écoute de la HAS : identifier des besoins/demandes directement exprimés par les professionnels de terrain (sans passer systématiquement par un échelon intermédiaire : sociétés savantes, etc.)		Ce travail pourra être utilement complété par une mutualisation des réflexions avec la mission Data de la HAS (la cartographie des données et l'application OpenSNDS, d'ores et déjà développés en interne, pourront être mobilisés).
	Affiner l'objectif exprimé dans la saisine/auto-saisine	Contextualisation rapide : fréquence d'un problème, nombre d'actes, nb de médicaments vendus, population touchée, type d'établissements, etc.	
	Évaluer la pertinence/plus-value qu'aurait la HAS à traiter un sujet	Identifier les sources « concurrentes » sur le même sujet pour maximiser l'utilité d'une production	
Cadrage	<ul style="list-style-type: none"> – Mieux apprécier un problème – Affiner la(es) cible(s) / définir d'éventuelles cibles prioritaires / identifier des besoins différenciés – Première proposition d'indicateurs de mesure 	Contextualisation plus détaillée : répartition géographique, type de prescripteurs, durée des traitements, coprescriptions éventuelles, etc.	
Élaboration du contenu scientifique Conception d'une reco utile, intelligible et adaptée pour les utilisateurs finaux	<ul style="list-style-type: none"> – Anticiper les freins et leviers à l'appropriation sur un sujet – Développer les connaissances sur chacun des destinataires potentiels 	Enquête ad-hoc : perception, besoins, attentes, préférences...	
	– Gagner en simplicité et praticité à la lecture de la reco (améliorer la visualisation des données produites)		
Diffusion et mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> – Améliorer l'accompagnement de chaque recommandation – Faciliter la reprise de la reco par des sources extérieures à la HAS 		
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> – Suivre les effets générés à la suite de la diffusion d'une recommandation – Identifier un éventuel besoin d'adaptation 	Notoriété, évolution de la perception, changement de pratiques, retours d'expériences, ...	

Remarque : ce travail d'identification des données quantitatives ou qualitatives mobilisables gagnera à être enrichi progressivement, au fil de travaux sur des sujets concrets.

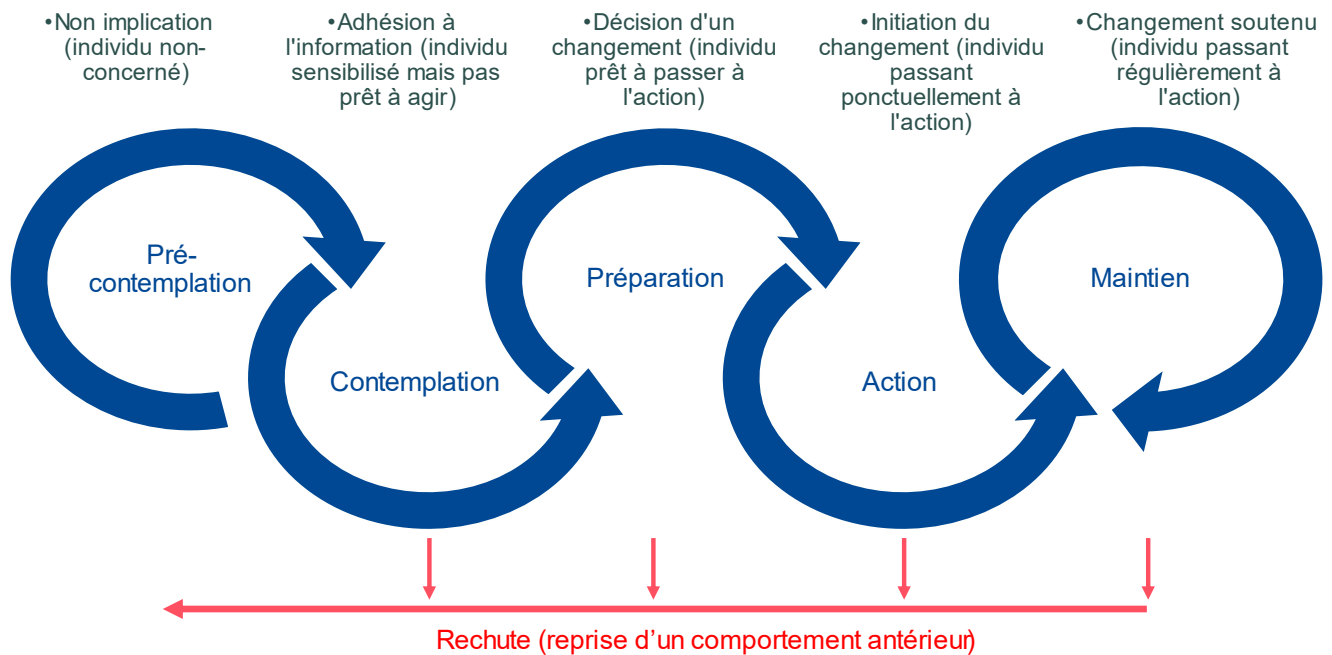
Annexe 7. Travaux menés par la CIR (septembre 2019 – septembre 2023) [2023]

Reco.	Accompagnement CIR	Documents / Travaux
Violences conjugales	Proposition et mise en œuvre d'un plan d'action validé par le Collège de la HAS	<ul style="list-style-type: none"> – Note initiale des rapporteurs de la CIR – Enquête Imago (décembre 2019) : impact et perception de la recommandation HAS en médecine générale – Note finale CIR pour le Collège de la HAS (plan d'action) – Étude qualitative Ifop-HAS (octobre 2020) : freins et leviers des médecins généralistes sur le sujet du repérage des violences conjugales – Note méthodologique de la Direction interministérielle de la transformation publique (DITP) et du Behavioral Insights Team (BIT) (mars 2021) – Rapport de solutions DITP-BIT-HAS (décembre 2021) – Expérimentation DITP-BIT / HAS – Publication de l'outil d'aide au repérage des violences conjugales pour les médecins généralistes – Baromètre « Les femmes et le questionnement systématique sur les violences conjugales en médecine générale » (novembre 2022) – A VENIR : webinaire HAS-Le Quotidien du Médecin (juin 2023)
Check-list	Proposition et mise en œuvre d'un plan d'action validé par le Collège de la HAS	<ul style="list-style-type: none"> – Note initiale des rapporteurs de la CIR – Note finale CIR pour le Collège de la HAS (plan d'action) – Réorganisation servicielle du site internet – Atelier de co-construction avec les OA concernés – Nouvelles ressources : – Nouveau mode d'emploi pour la check-list générique ; – Fiche « Élaborer une check-list personnalisée pour la sécurité du patient au bloc opératoire/interventionnel » – Argumentaire scientifique (article scientifique)
Avulsion des 3M	Collaboration avec la CNAM	<ul style="list-style-type: none"> – Exploration des données CNAM (2020) pour réaliser un état des pratiques avant d'éventuelles actions locales ciblées – Exploration des données CNAM (2021), pour suivi
IPP	Appui au service	<ul style="list-style-type: none"> – Note stratégique – Audition INESSS – Exploration des données CNAM – Partition au groupe de travail – Fiche « Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) »
Guides MND	Conception de supports ciblés complémentaires aux guides	<ul style="list-style-type: none"> – Note initiale des rapporteurs de la CIR – Sélection des messages principaux issus des guides spécifiquement destinés aux AES (en lien avec des experts désignés par la DiQASM) – Étude qualitative BVA-HAS (avril 2022) : « AES & MND » – Atelier de co-construction animé par BVA – Maquettes de 3 nouvelles ressources (en cours de finalisation)
SAMU	Appui au service	Identification de points d'attention par les rapporteurs de la CIR
APS et DT2	Appui au service	<ul style="list-style-type: none"> – Note initiale des rapporteurs de la CIR – Note amendée incluant une recherche des freins et leviers (juillet 2020)
Alcool	Appui au service	Identification de points d'attention par les rapporteurs de la CIR

Autres travaux	Documents
Point d'étape au Collège (juillet 2020)	Note et présentation associée
Impact des recommandations et formation continue des médecins (juillet 2020)	Note (C. Chevallier)
Séminaire "Introduction aux approches comportementales" (26 novembre 2020)	<ul style="list-style-type: none"> – CR détaillé des échanges de la journée – Présentations des intervenants
Segmentation de la population des MG en France à partir des données brutes d'une étude IPSOS-HAS de 2017 (janvier 2021)	Présentation (ML Mourre)
Réunion de travail du Collège (11 mars 2021)	<ul style="list-style-type: none"> – Plan d'action et propositions relatifs au sujet "Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple" (note et présentation associée) – Plan d'action et propositions relatifs au sujet "Check-list Sécurité du patient au BO" (note et présentation associée) – Premières pistes d'enseignements transversaux (présentation)
Groupes de travail CIR (2021-2022)	<ul style="list-style-type: none"> – Restitutions des réflexions des 4 GT internes de la CIR : – Enseignements généraux issus des recommandations examinées – Données – Apports des sciences du comportement – Approche tournée vers le destinataire
Qu'apportent les sciences comportementales à la commission impact des recommandations de la HAS ? (Décembre 2021)	Note (ML Mourre)
Les nudges et leur impact sur le suivi des recommandations (janvier 2022)	Présentation (N. Fieulaine)
²Réflexion sur les indicateurs de diffusion	Analyse des statistiques web (SCI)
Réunion de travail du Collège (10 mars 2022)	Premières préconisations de la CIR au Collège de la HAS (PPT)
Préconisations de la CIR concernant l'amélioration de l'impact des recommandations de la HAS (octobre 2022)	Rapport final de la CIR
Programme pour l'amélioration de l'impact des recommandations HAS (mars 2023)	Programme d'actions 2023-2028
Mesurer l'impact des recommandations de la HAS (septembre 2023)	Addendum au rapport final de la CIR

Les [ordres du jour et comptes-rendus des 21 séances de la commission impact des recommandations](#) sont disponibles sur le site de la HAS.

Annexe 8. Modèle transthéorique de changement de comportement



Adapté de J. O. Prochaska, C. C. DiClemente, et J. C. Norcross, « In search of how people change. Applications to addictive behaviors », Am. Psychol., vol. 47, no 9, p. 1102-1114, sept. 1992 (26)

Annexe 9. Sources d'information des médecins généralistes et autres spécialistes

Figures 1 à 3 : Extraits de l'étude Ipsos-HAS « Enquête d'évaluation des recommandations de la HAS auprès des médecins généralistes » (2017)

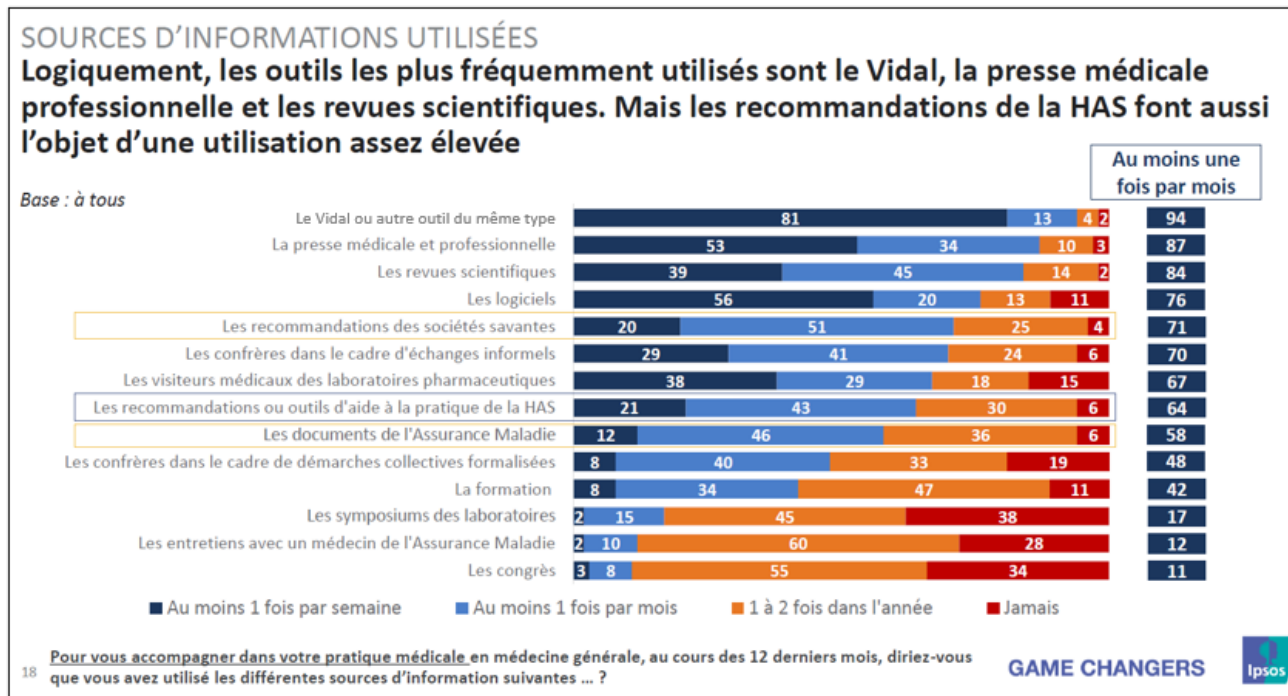


Figure 1

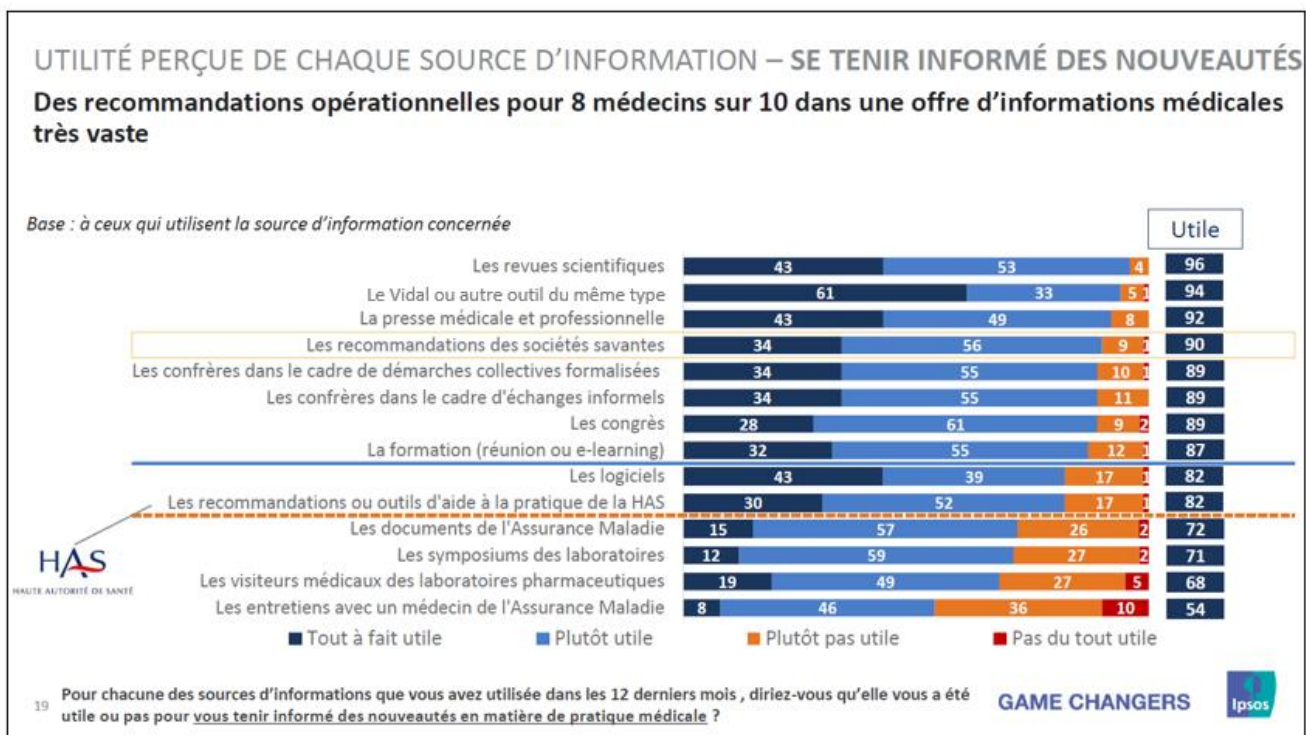


Figure 2

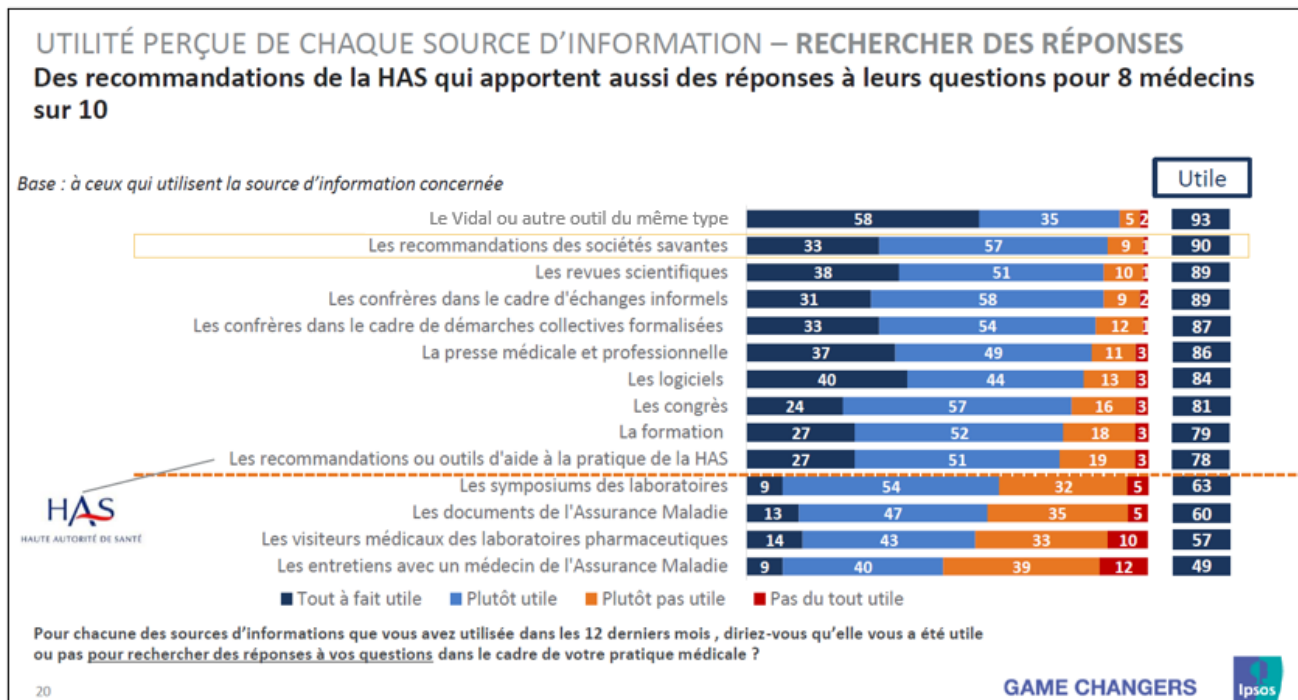


Figure 3

Figure 4 : Extraits de l'étude BVA-HAS « Évaluation des publications « réponses rapides COVID 19 » de la HAS – Focus Médecins généralistes » (2021)

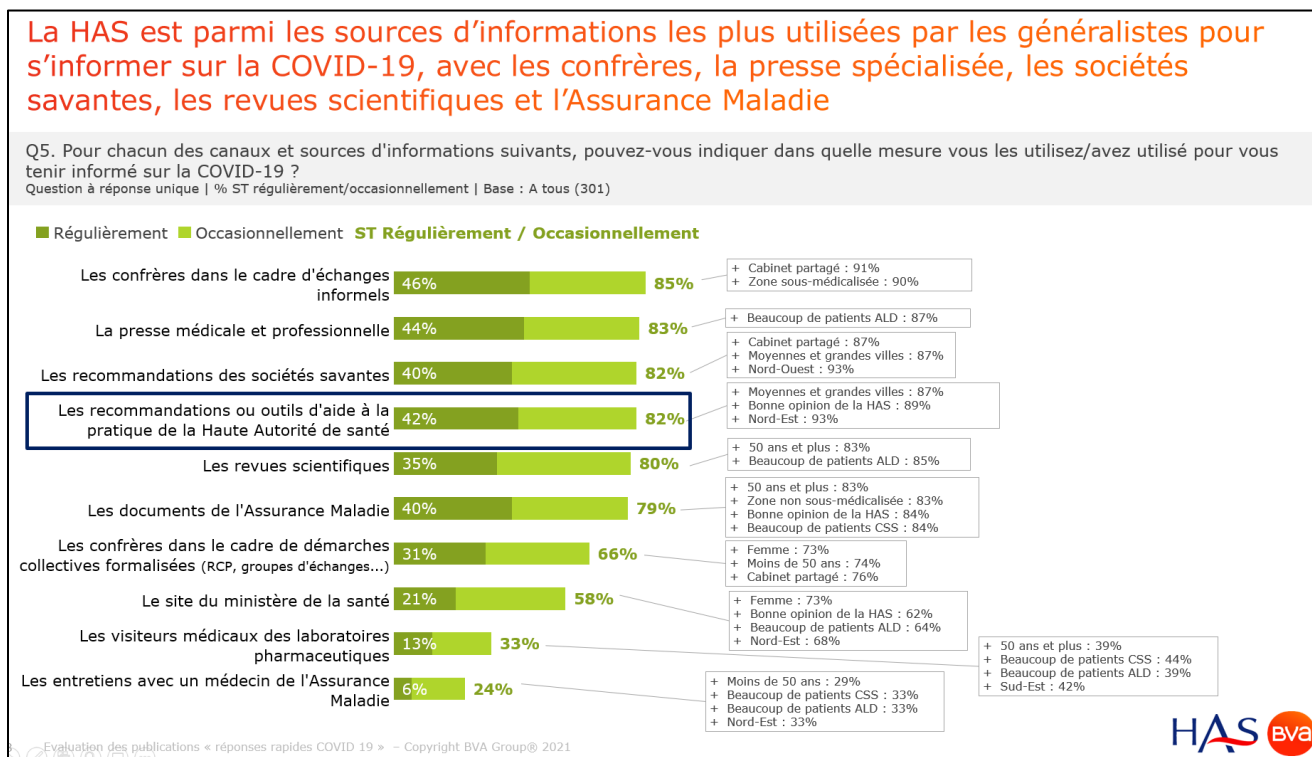


Figure 4

Figures 5 et 6 : Extraits de l'étude BVA-HAS « Évaluation des publications « réponses rapides COVID 19 » de la HAS – Focus Professionnels de santé hors médecins généralistes » (2021)

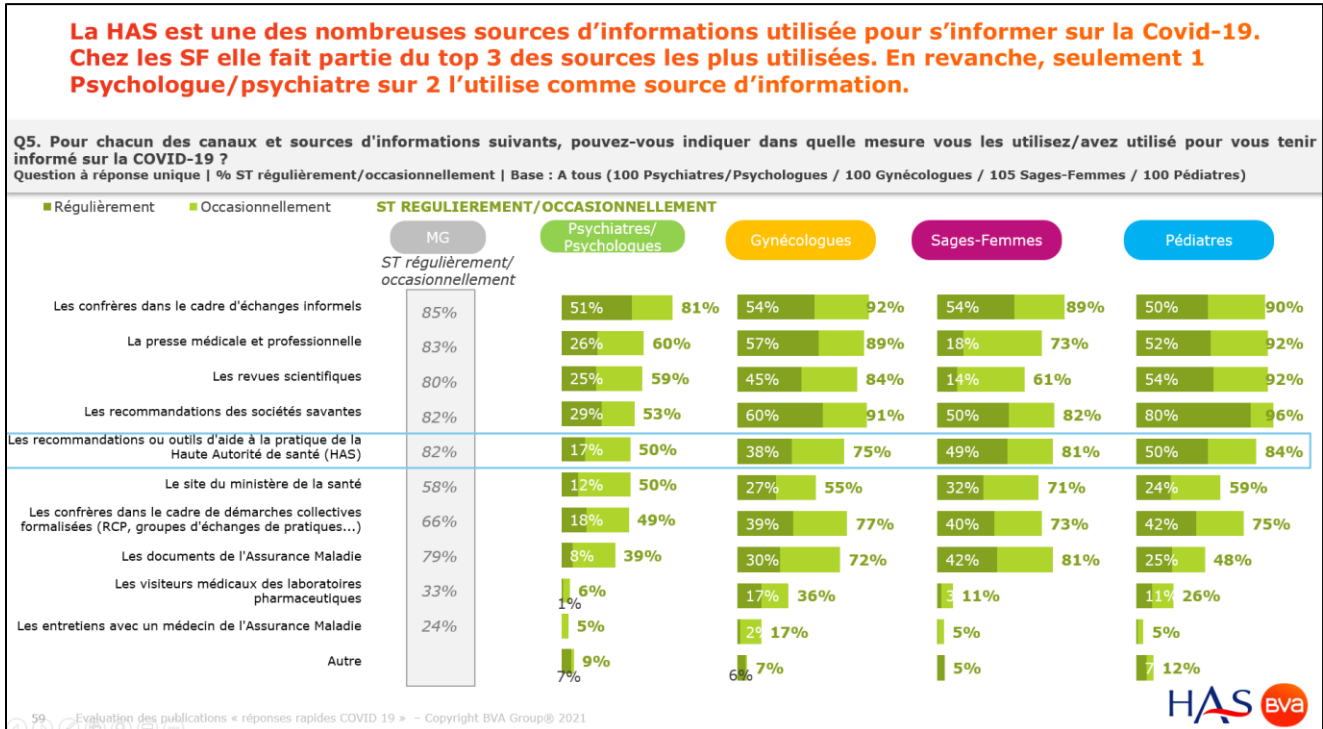


Figure 5

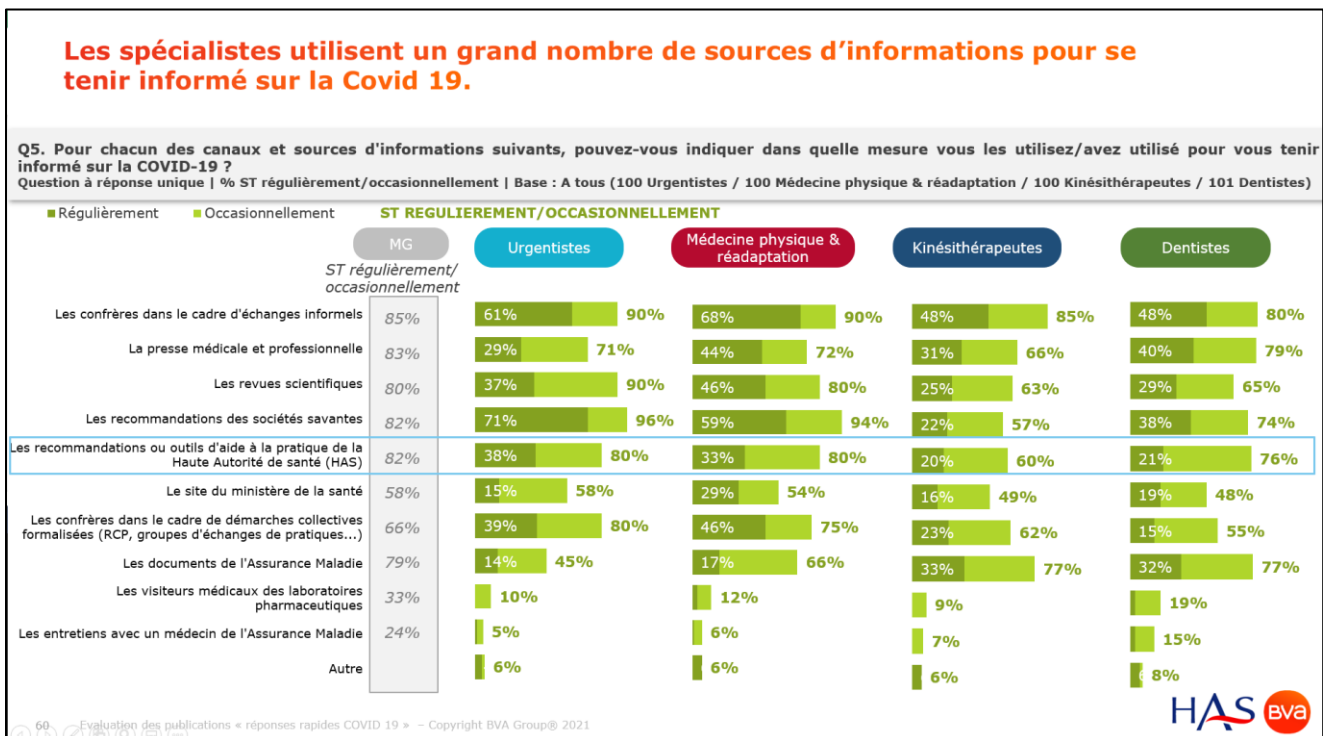


Figure 6

Annexe 10. Bibliographie pertinente

Cette bibliographie thématique et sélective contient des références bibliographiques consultées lors des travaux de la CIR (jusqu'au 27 octobre 2022).

1. Motiver le changement des comportements [En ligne]. Brussels: EUFIC; 2014. <https://www.eufic.org/fr/une-vie-saine/article/motiver-le-changement-des-comportements/>
2. Théorie sociale cognitive [En ligne]. Wikipédia: Consulté le: 4 mars 2020; 2020. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Th%C3%A9orie_sociale_cognitive&oldid=167741769
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Efficacité des méthodes de mise en oeuvre des recommandations médicales. Saint Denis La Plaine: ANAES; 2000. <https://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2000-HAS-effimeth2000.pdf>
4. Agence nouvelle des solidarités actives. Vers une action publique éclairée par la preuve. Un guide pour identifier et mettre en œuvre ce qui fonctionne. Paris: ANSA ; 2021. https://www.solidarites-actives.com/sites/default/files/2021-03/Ansa_ActionPublique-V4.pdf
5. Bach-Mortensen AM, Lange BCL, Montgomery P. Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: a systematic review. *Implement Sci* 2018;13(1):103. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-018-0789-7>
6. Baril G, Paquette M-C. L'efficacité du marketing social en promotion des saines habitudes de vie. Synthèse des connaissances : Institut national de santé publique du Québec; 2016. https://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/2141_efficacite_marketing_habitudes_vie.pdf
7. Benahmed N, Adriaenssens J, Christiaens W, Paulus D. Mieux adapter les guidelines du KCE aux besoins des utilisateurs. Synthèse. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2017. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/T%C3%A9charger%20la%20synth%C3%A8se%20en%20fran%C3%A7ais%20\(34%20p.\).pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/T%C3%A9charger%20la%20synth%C3%A8se%20en%20fran%C3%A7ais%20(34%20p.).pdf)
8. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282(15):1458-65. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.15.1458>
9. Caniard E. Les recommandations de bonne pratique : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation. Paris: Vie public; 2002. https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/024000207.pdf
10. Chammat Rohaut M, Giraud S. « L'éthique du nudge : pour un usage responsable d'une approche comportementale au service des politiques publiques ». *Intellectica* 2019;70(1):83-96.
11. Chauhan BF, Jeyaraman M, Mann AS, Lys J, Skidmore B, Sibley KM, et al. Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice an overview of reviews. *Implement Sci* 2017;12(1):3. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8>
12. Clerc I, Ventelou B, Guerville M-A, Paraponaris A, Verger P. General practitioners and clinical practice guidelines: a reexamination. *Med Care Res Rev* 2011;68(4):504-18. <http://dx.doi.org/10.1177/1077558710397761>
13. Darnton A. Practical guide: An overview of behaviour change models and their uses. London: Government Social Research profession; 2008. <https://research.fit.edu/media/site-specific/researchfitedu/coast-climate-adaptation-library/climate-communications/messaging-climate-change/Darnton.-2008.-Behaviour-Change-Models--Uses.pdf>
14. Darnton A. Reference Report: An overview of behaviour change models and their uses. London: Government Social Research profession; 2008. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/498065/Behaviour_change_reference_report_tcm6-9697.pdf
15. Desplatz R, Ferracci M. Comment évaluer l'impact des politiques publiques : France Stratégie; 2016. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/guide_methodologique_20160906web.pdf
16. Direction interministérielle de la transformation publique. Manuel méthodologique de l'approche comportementale à l'usage des décideurs publics. Paris: DITP; 2019. https://www.modernisation.gouv.fr/files/2021-06/manuel_methodologique_de_lapproche_comportementale_a_lusage_des_decideurs_publics_1.pdf
17. Direction interministérielle de la transformation publique. La bibliothèque de l'approche comportementale. Paris: DITP; 2021. https://www.modernisation.gouv.fr/files/2021-06/ditp_sc_bibliotheque_des_sc_v3.pdf
18. Dolan P, Hallsworth M, Halpern D. Mindspace: Influencing behaviour through public policy. London: Institute for Government; 2010. <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/MINDSPACE.pdf>
19. Doran GT. There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Manage Rev* 1981;70(11):35-6.
20. European Centre for Disease Prevention and Control. Social marketing guide for public health programme managers and practitioners. Stockholm: ECDC; 2014. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/social-marketing-guide-public-health.pdf>
21. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review. *Healthcare* 2016;4(3):36. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare4030036>
22. Fox CR, Doctor JN, Goldstein NJ, Meeker D, Persell SD, Linder JA. Details matter: predicting when nudging clinicians will succeed or fail. *BMJ* 2020:m3256. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3256>

23. Gagliardi AR, Brouwers MC, Bhattacharyya OK. The guideline implementability research and application network (GIRAnet): an international collaborative to support knowledge exchange: study protocol. *Implement Sci* 2012;7(1):26.
<http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-26>
24. Gallopel-Morvan K. Marketing social: de la compréhension des publics au changement de comportement. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2019.
25. Girandola F, Joule R-V. Attitude, changement d'attitude et comportement. Dans: *Psychologie Sociale: La nature sociale de l'être humain*. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2013.
26. Grol R. Implementing guidelines in general practice care. *Qual Health Care* 1992;1(3):184-91.
27. Haute Autorité de Santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764610/fr/efficacite-des-methodes-de-mise-en-oeuvre-des-recommandations-medicales
28. Kotler P, Zaltman G. Social marketing: An approach to planned social change. *J Mark* 1971;35(3):3-12.
<http://dx.doi.org/10.2307/1249783>
29. Lemire N, Souffez K, Laurendeau M. Animer un processus de transfert de connaissances. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2009.
https://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertCo nn_Bilan.pdf
30. Manoogian J, Benson B. The Cognitive Bias Codex [En ligne]: Wikipedia; 2016.
[https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:The_Cognitive_Bias_Codex_-_180%2B_biases,_designed_by_John_Manoogian_III_\(jm3\).png](https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:The_Cognitive_Bias_Codex_-_180%2B_biases,_designed_by_John_Manoogian_III_(jm3).png)
31. Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: a guide to designing interventions. London: Silverback Publishing; 2014.
<http://www.behaviourchangewheel.com/>
32. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Ann Behav Med* 2013;46(1):81-95.
<http://dx.doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
33. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 2011;6(1):42.
<http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
34. Michie S, West R, Campbell R, Brown J, Gainforth H. ABC of Behaviour Change Theories (ABC of Behavior Change): An Essential Resource for Researchers, Policy Makers and Practitioners. Sutton: Silverback Publishing; 2014.
35. Miguel Montanes R, Quentin B. Les recommandations de bonne pratique en médecine : des dimensions épistémologiques, éthiques et politiques. *Éthique & Santé* 2022;19(3):127-33.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.etiqe.2022.04.004>
36. Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *JAMA* 2008;300(15):1814-6.
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.300.15.1814>
37. National Institute for Health and Care Excellence. Behaviour change: general approaches. London: NICE; 2007.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph6>
38. National Institute for Health and Care Excellence. Behaviour change: individual approaches. London: NICE; 2014.
<https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>
39. Nguyen-Thanh V, Arwidson P, Hastings G. Marketing social: de la compréhension des publics au changement de comportement. Rennes: Presses de l'EHESP; 2019.
40. Nwafor O, Singh R, Collier C, DeLeon D, Osborne J, DeYoung J. Effectiveness of nudges as a tool to promote adherence to guidelines in healthcare and their organizational implications: A systematic review. *Soc Sci Med* 2021;286:114321.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114321>
41. Organisation for Economic Co-operation and Development. Glossary of key terms in evaluation and results-based management terminology [En ligne]. Paris: OECD; 2002.
<https://www.oecd.org/dac/evaluation/glossaryofkeytermsinevaluati onandresultsbasedmanagement.htm>
42. Organisation for Economic Co-operation and Development. Tools and ethics for applied behavioural insights. The basic toolkit. Paris: OECD; 2019.
<https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/BASIC-Toolkit-web.pdf>
43. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9):1102-14.
<http://dx.doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
44. Public Health England, West R, Michie S, Atkins L, Chadwick P, Lorencatto F. Achieving behaviour change: a guide for local government and partners. PHE; 2019.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/875385/PHEBI_Achieving_Behaviour_Change_Local_Government.pdf
45. Reach G. Clinical inertia, or the defeat of evidence-based medicine. *Rev Prat* 2017;67(9):1013-8.
46. Rolland C, Sicot F. Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. *Gouvernement et Action Publique* 2012;1(3):53-75.
<http://dx.doi.org/10.3917/gap.123.0053>
47. Romain A, Chevance G, Caudroit J, Bernard P. Le modèle transthéorique : description, intérêts, et application dans la motivation à l'activité physique auprès de populations en surcharge pondérale. *Obésité* 2016;11.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11690-015-0504-7>
48. Saillour-Glenisson F, Domecq S, Pouchadon M, Jacques B, Sibé M. Analyse qualitative et quantitative des déterminants à l'application de recommandations professionnelles (RP) par les médecins. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;56(S4):207-19.
49. Saillour-Glenisson F, Michel P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. *Revue de la littérature. Rev Epidemiol Sante Publique* 2003;51(1):65-80.
50. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 13. Applicability, transferability and adaptation. *Health Res Policy Syst* 2006;4:25.
<http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-4-25>

51. Service O, Hallsworth M, Halpern D, Algate F, Gallagher R, Nguyen S, et al. EAST - Four simple ways to apply behavioural insights. Sydney: The Behavioural Insights Team; 2014.
https://www.bi.team/wp-content/uploads/2015/07/BIT-Publication-EAST_FA_WEB.pdf
52. Shaneyfelt T. In guidelines we cannot trust. Arch Intern Med 2012;172(21):1633-4.
<http://dx.doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.335>
53. Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. London: Penguin; 2009.
54. Trépos JY, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. Rev Epidemiol Sante Publique 2008;56(Suppl 4):S221-S9.
55. Vogeli D, Gordiani C, Chapron A, Morel V. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils le nouvel outil proposé par la Haute Autorité de santé sur la rédaction des directives anticipées ? Med Palliat 2017;16(4).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2017.04.002>
56. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. III. Impact on patient care. Arch Intern Med 1993;153(23):2646-55.
57. World Health Organization. Technical note from the WHO technical advisory group on behavioural insights and science for health [En ligne]. Geneva: WHO; 2021.
<https://www.who.int/publications/m/item/technical-note-from-the-who-technical-advisory-group-on-behavioural-insights-and-science-for-health>
58. Yoong SL, Hall A, Stacey F, Grady A, Sutherland R, Wyse R, et al. Nudge strategies to improve healthcare providers' implementation of evidence-based guidelines, policies and practices: a systematic review of trials included within Cochrane systematic reviews. Implement Sci 2020;15(1):50.
<http://dx.doi.org/10.1186/s13012-020-01011-0>

Annexe 11. Composition de la CIR

Président :

- Cédric GROUCHKA, Praticien hospitalier en santé publique, membre du Collège de la HAS

Vice-présidents :

- Monique CAVALIER, Directrice d'hôpital
- Stéphane OUSTRIC, Médecin spécialiste de médecine générale

Membres :

(au 15 mars 2023, dernière séance de la CIR)

- Christine BALAGUE, Professeur à l'Institut Mines-Télécom Business School
- Anne BUISSON, Directrice adjointe de l'afa Crohn RCH France
- Nicolas FIEULAIN, Enseignant-chercheur à l'Université Lyon 2 et à l'ENA
- Karine GALLOPEL-MORVAN, Professeure des universités à l'EHESP
- Jean-Michel KLEIN, Médecin ORL
- Louis LEBRUN, Médecin hospitalier spécialiste de santé publique
- Evelyne MARION, Resp. reg. de l'offre de service, APF Bourgogne-Franche-Comté
- Philippe MENASCHE, Chirurgien cardiaque
- Loïck MENVIELLE, Professeur associé à l'EDHEC Business School
- Estelle MICHINOV, Professeure à l'Université Rennes 2
- Marie-Laure MOURRE, Enseignant-chercheur à l'Université Paris Est Créteil
- Dominique PERROTIN, Médecin spécialiste en médecine interne
- Sylvia PINOSA, Rédactrice en chef de Tempo Santé
- Dominique POLTON, Économiste de la santé
- Bastien ROUX, Directeur général de la Fédération française des diabétiques
- Stéphanie SIDORKIEWICZ, Maître de conférences à l'Université Paris Descartes
- David VEILLARD, Médecin de santé publique

Membres ayant voix consultative :

- Julien EMMANUELLI, Médecin de santé publique et membre de l'IGAS
- Olivier OBRECHT, Médecin de santé publique et Directeur général adjoint de l'ARS Centre-Val de Loire
- Les représentants des directeurs de la caisse nationale d'assurance maladie (Geneviève MOTYKA), de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Mathilde GAINI), et de Santé publique France (Emmanuelle HAMEL)

Anciens membres

- Isabelle AUBIN-AUGER, Professeur de médecine générale
- Carole AVRIL, Fédération française des diabétiques
- Francis BRUNELLE, Professeur de Radiologie
- Julien CARRICABURU, représentant de la CNAM
- Coralie CHEVALLIER, Chercheuse en sciences cognitives et comportementales
- Claire DESFORGES, Fédération française des diabétiques
- Pierre FALZON, Professeur émérite au Cnam
- Marie-Françoise FUCHS, Association Old'Up
- Didier GUIDONI, Directeur d'hôpital
- Béatrice RIO, représentante de la CNAM

Le secrétariat de la commission est assuré par la Direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers (DCIEU) :

- Emmanuelle BARA, directrice de la DCIEU
- Coline TERROBA, cheffe de projet
- Marilyn RUBINSZTEJN, secrétaire de direction

Références bibliographiques

1. Doran GT. There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Manage Rev* 1981;70(11):35-6.
2. Chammat Rohaut M, Giraud S. « L'éthique du nudge : pour un usage responsable d'une approche comportementale au service des politiques publiques ». *Intellectica* 2019;70(1):83-96.
3. Organisation for Economic Co-operation and Development. Tools and ethics for applied behavioural insights. The basic toolkit. Paris: OECD; 2019. <https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/BASIC-Toolkit-web.pdf>
4. Haute Autorité de Santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764610/fr/efficacite-des-methodes-de-mise-en-oeuvre-des-recommandations-medicales
5. Benahmed N, Adriaenssens J, Christiaens W, Paulus D. Mieux adapter les guidelines du KCE aux besoins des utilisateurs. Synthèse. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2017. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/T%C3%A9l%C3%A9charger%20la%20synth%C3%A8se%20en%20fran%C3%A7ais%20\(34%20p.\).pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/T%C3%A9l%C3%A9charger%20la%20synth%C3%A8se%20en%20fran%C3%A7ais%20(34%20p.).pdf)
6. Caniard E. Les recommandations de bonne pratique : un outil de dialogue, de responsabilité et de diffusion de l'innovation. Paris: Vie public; 2002. https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/024000207.pdf
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Saint Denis La Plaine: ANAES; 2000. <https://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2000-HAS-effimeth2000.pdf>
8. Trépos JY, Laure P. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;56(Suppl 4):S221-S9.
9. Clerc I, Ventelou B, Guerville M-A, Paraponaris A, Verger P. General practitioners and clinical practice guidelines: a reexamination. *Med Care Res Rev* 2011;68(4):504-18. <http://dx.doi.org/10.1177/1077558710397761>
10. Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *JAMA* 2008;300(15):1814-6. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.300.15.1814>
11. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 13. Applicability, transferability and adaptation. *Health Res Policy Syst* 2006;4:25. <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4505-4-25>
12. Shaneyfelt T. In guidelines we cannot trust. *Arch Intern Med* 2012;172(21):1633-4. <http://dx.doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.335>
13. Vogeli D, Gordiani C, Chapron A, Morel V. Comment les médecins généralistes perçoivent-ils le nouvel outil proposé par la Haute Autorité de santé sur la rédaction des directives anticipées ? *Med Palliat* 2017;16(4). <http://dx.doi.org/10.1016/j.medpal.2017.04.002>
14. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282(15):1458-65. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.15.1458>
15. Grol R. Implementing guidelines in general practice care. *Qual Health Care* 1992;1(3):184-91.
16. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. III. Impact on patient care. *Arch Intern Med* 1993;153(23):2646-55.
17. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review. *Healthcare* 2016;4(3):36. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare4030036>
18. Reach G. Clinical inertia, or the defeat of evidence-based medicine. *Rev Prat* 2017;67(9):1013-8.
19. Bach-Mortensen AM, Lange BCL, Montgomery P. Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: a systematic review. *Implement Sci* 2018;13(1):103. <http://dx.doi.org/10.1186/s13012-018-0789-7>
20. Gagliardi AR, Brouwers MC, Bhattacharyya OK. The guideline implementability research and application network (GIRAnet): an international collaborative to support knowledge exchange: study protocol. *Implement Sci* 2012;7(1):26. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-7-26>
21. Service O, Hallsworth M, Halpern D, Algate F, Gallagher R, Nguyen S, et al. EAST - Four simple ways to apply behavioural insights. Sydney: The Behavioural Insights Team; 2014. https://www.bi.team/wp-content/uploads/2015/07/BIT-Publication-EAST_FA_WEB.pdf
22. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 2011;6(1):42. <http://dx.doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
23. Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Ann Behav Med* 2013;46(1):81-95. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>

24. Organisation for Economic Co-operation and Development. Glossary of key terms in evaluation and results-based management terminology [En ligne]. Paris: OECD; 2002.

<https://www.oecd.org/dac/evaluation/glossaryofkeytermsinevaluationandresultsbasedmanagement.htm>

25. Desplatz R, Ferracci M. Comment évaluer l'impact des politiques publiques : France Stratégie; 2016.

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/guide_methodologique_20160906web.pdf

26. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 1992;47(9):1102-14.

<http://dx.doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

