Que peut nous apprendre la campagne d'Obama dans le contexte de la mise en place d'une pratique fondée sur l'expérience clinique?

Saravana Kumar, Karen Grimmer-Somers

La pratique fondée sur des preuves scientifiques constitue un élément important des soins de santé. Au cours de la dernière décennie, elle est devenue une composante intégrée et prévisible de la pratique de la physiothérapie. Il est en effet généralement reconnu qu'en tant que cliniciens, les physiothérapeutes sont tenus de connaître, d'avoir accès et d'utiliser ces données probantes dans leur pratique de tous les jours. Toutefois, il est de plus en plus clair que l'intégration de pratiques novatrices dans la pratique traditionnelle des soins de santé fait face à des difficultés importantes¹. Même si une vaste majorité d'intervenants (patients, physiothérapeutes, chargés de l'aiguillage des patients et bailleurs de fonds) sont conscients de la nécessité de combler le fossé séparant l'expérience de la pratique, parvenir à modifier les modèles de pratique pour y intégrer des éléments probants demeure difficile. Un nombre croissant d'examen systématiques se penchent sur l'efficacité des diverses interventions visant à faire face aux obstacles liés à ce problème et à promouvoir des changements de comportement²⁻⁴. Toutefois, ces sources de données probantes secondaires indiquent qu'on a souvent recours à une approche « universelle » pour la promotion du changement. Puisque la campagne du président Obama reposait sur le changement, celui-ci peut inspirer la mise en pratique de l'expérience clinique et devenir des outils d'apprentissage pour les personnes qui doivent vaincre les obstacles au changement dans la pratique clinique.

1. CLARTÉ ET SIMPLICITÉ DU MESSAGE

La campagne du président Obama reposait sur un message de changement face à tout ce qui était établi.

Le Dr Kumar remercie sincèrement National Health and Medical Research Council, National Institute of Clinical Studies, TRACsa et la Motor Accident Commission pour leur engagement et leur appui. La professeure Grimmer-Somers tient à remercier le ministère de la Santé de l'Australie-Méridionale pour son engagement.

Saravana Kumar, PhD, M.Physio (Manipulative and Sports), B.App.Sc (Physio): NHMRC NICS TRACsa MAC Fellow, Centre for Allied Health Evidence, School of Health Sciences, University of South Australia, Adelaide, South Australia.

Durant toute cette campagne électorale, c'était là un thème central, en même temps qu'un slogan⁵. Ce message simple, mais efficace, est devenu au fil du temps le synonyme d'Obama. Au moment de mettre en pratique les preuves scientifiques, il est essentiel de véhiculer un message clair et simple, qui trouvera écho auprès de notre population cible. Pour y parvenir, il est important d'identifier les intervenants qui seront le plus touchés par le changement. Une fois qu'ils auront été identifiés, l'adhésion des intervenants à l'idée du changement sera nécessaire pour que les changements de comportement puissent être instaurés avec succès. Le manque d'adhésion des intervenants, ajouté à des messages trop complexes ou manquant de clarté, risque de créer de la confusion, un manque de direction ou, au bout du compte, faire en sorte que le changement espéré n'ait jamais lieu.

2. DISPONIBILITÉ AU CHANGEMENT

À titre de thème central de la campagne du président Obama, le changement a aussi attiré l'attention sur le degré de disponibilité au changement de la population. Intégrer des preuves scientifiques dans la pratique clinique doit aussi tenir compte de l'ouverture au changement de la population visée⁶. Cette population cible doit reconnaître que les pratiques actuelles nécessitent un changement, que le moment est venu de procéder à ce changement et que le changement en question bénéficiera des appuis nécessaires. Sans une telle reconnaissance, toute initiative visant à intégrer des données probantes dans la pratique clinique ne causera pas de changement des comportements à grande échelle.

Karen Grimmer-Somers, PhD, M.Med.Sc., B.Phty, Cert Hlth Ec., LmusA.: Professeure et directrice, Centre for Allied Health Evidence, School of Health Sciences, University of South Australia, Adelaide, South Australia.

Auteur-ressource: *Saravana Kumar* ou *Karen Grimmer-Somers*, Centre for Allied Health Evidence, University of South Australia, GPO Box 2471, City East Campus, Adelaide, SA 5001 Australia. Courriel: E-mail: saravana.kumar@unisa.edu.au; karen.grimmer-somers@unisa.edu.au.

DOI:10.3138/physio.61.4.185

3. ENGAGEMENT

La campagne d'Obama a eu recours à des outils novateurs et inusités pour susciter l'engagement d'un large groupe de la population⁷. Cette stratégie d'engagement multimodal a permis d'obtenir un engagement régulier et en temps opportun en vue d'optimiser le nombre possible de votes en la faveur de ce candidat. L'intégration de preuves scientifiques dans la pratique clinique et la promotion de changements de comportement peut aussi bénéficier d'une approche de ce genre, mettant à contribution des interventions à facettes multiples⁶.

4. LEADERSHIP

Au cours de la campagne présidentielle, des événements inattendus se sont produits, notamment la crise financière mondiale, laquelle menaçait de porter ombrage à la campagne présidentielle dans son ensemble, et la campagne de Barack Obama plus précisément. Alors que son adversaire décidait de suspendre sa campagne, Obama décidait d'aller de l'avant, de continuer et de faire preuve d'un leadership visible, crédible et démontrant bien que la situation le préoccupait. Cela a permis de faire en sorte que la campagne d'Obama demeure constante, uniforme, qu'elle puisse poursuivre sur sa lancée⁸. Sans un leadership crédible, surtout en tant de crise ou durant une épreuve, la mise en place de pratiques reposant sur des preuves cliniques a bien des chances d'être vouée à l'échec et de ne pas amener le changement espéré.

5. CONSTANCE

Plus la campagne avançait, plus les adversaires d'Obama, nombreux à craindre de le voir réussir, modifiaient leur message⁵. D'un autre côté, la campagne d'Obama est demeurée constante dans un message ayant trait au changement⁹. De la même façon, intégrer des preuves scientifiques à la pratique clinique en vue de susciter des changements dans la pratique comme dans les comportements exige aussi de la constance et de la persévérance. Cockburn souligne le fait que maintenir le cap lors de changements constitue le plus grand des défis; le relever exige des ressources qui lui sont consacrées, une planification structurée, une vision de l'avenir et un suivi continu dès le départ⁶. Sans constance ni persévérance, les messages clés deviennent dilués et ternis par l'influence de plans de travail qui viennent faire diversion.

6. RECONNAISSANCE DU CONTEXTE LOCAL

La campagne d'Obama est parvenue à véhiculer un message très pertinent et adapté aux contextes locaux partout aux États-Unis. Cette approche homogène a fait

en sorte que son message de changement a été capté par divers groupes de la population et a été perçu comme très pertinent pour *tous* les Américains dans leur environnement bien à eux¹⁰. Les contextes locaux, et particulièrement les éléments de facilitation et les obstacles au changement locaux, doivent donc être identifiés. Oxman et Flottrop soulignent que le contexte social, organisationnel, économique et politique influence le passage des éléments probants vers la pratique concrète¹¹. La reconnaissance des contextes locaux et des obstacles qui y sont associés favorise l'émergence de stratégies ciblées et habilitantes pour l'intégration de preuves scientifiques à la pratique clinique et de changements comportementaux durables.

7. RELATIONS EFFICACES

L'une des forces de la campagne Obama a été son aptitude à communiquer et à tisser des relations efficaces au sein de l'électorat. Tranchant avec les campagnes traditionnelles, son approche a permis de concilier et d'associer des gens de diverses cultures, de points de vue et de relations variés⁹. Ces relations diverses ont contribué à faire en sorte qu'Obama en arrive à des résultats tout aussi variés en termes de financement, de publicité et d'engagement¹⁰. L'intégration réussie des preuves scientifiques est également tributaire de relations efficaces qui sortent du cadre habituel et qui permettent de travailler vers un objectif commun. On a par exemple démontré que des stratégies de collaboration interprofessionnelle étaient efficaces pour la mise en œuvre d'une pratique fondée sur les preuves pour un certain nombre de maladies chroniques¹². L'influence des pairs et des leaders d'opinion a également démontré son efficacité à contrer les obstacles liés aux croyances et aux attitudes, ce qui contribue à favoriser le changement¹³. Des relations efficaces peuvent s'inspirer de ces initiatives habilitantes pour mettre en œuvre et maintenir le changement.

UN EXEMPLE D'ÉCHEC DE L'INTÉGRATION DE PREUVES SCIENTIFIQUES ET DE LA MISE EN PLACE DE CHANGEMENTS: LE SYNDROME DU COUP DE FOUET (WHIPLASH-ASSOCIATED DISORDER, OU WAD) ET LES COLLIERS CERVICAUX SOUPLES

La gestion du syndrome du coup de fouet est un exemple probant qui montre comment, malgré les preuves scientifiques, il est systématiquement impossible de parvenir à modifier les pratiques et les comportements des praticiens. Depuis la fin des années 1980, les recherches ont constamment démontré qu'une mobilisation précoce du cou est plus efficace qu'une immobilisation à l'aide d'un collier cervical souple pour le traitement du syndrome du coup de fouet. En 1986, Mealy et ses collègues ont comparé la mobilisation hâtive

Tableau 1 Apporter le changement à la gestion du syndrome du coup de fouet.

Clarté et simplicité	Message clair et simple <ul style="list-style-type: none"> • Générer un message clair pour tous. Un message simple et clair est plus efficace que des messages multiples et complexes. • Promouvoir les résultats positifs attendus en tant que conséquences du changement. • Souligner le fait que des résultats défavorables sont la conséquence du statu quo.
Disponibilité au changement	Volonté de changement <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les agents de changement. • Mesurer la volonté et le degré de préparation au changement. • Rechercher des sources crédibles et documentées en appui à un message de disponibilité au changement.
Engagement	Approche universelle <ul style="list-style-type: none"> • Solliciter la participation des populations cibles à l'aide de stratégies d'engagement à multiples facettes. • Utiliser des stratégies qui rejoignent les groupes d'intervenants de façon individuelle (p. ex. les professionnels—ateliers interactifs, leaders d'opinion locaux). • Inviter les intervenants à s'approprier le changement (p. ex. par l'identification des obstacles). • Élaborer des stratégies de collaboration (p. ex. des stratégies visant à surmonter les obstacles au changement).
Leadership	Leadership <ul style="list-style-type: none"> • Dresser un portrait du leadership actif et visible à partir de diverses sources telles que les associations professionnelles, les experts locaux en matière d'opinion, les organismes bailleurs de fonds et les organismes de consommateurs. • Le leadership doit encourager activement et appuyer le recours aux preuves scientifiques dans la pratique.
Continuité	Garder une approche unique <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser un message uniforme, constant. • Veiller à ce que tous les intervenants adoptent un point de vue harmonisé et s'assurent, par des évaluations, que cette cohérence est maintenue. Ainsi, tous les fournisseurs devront constamment rappeler la nécessité d'une gestion active précoce chez les patients aux prises avec le syndrome du coup de fouet et le faire de façon uniforme, sans disparités.
Contexte local	Contextes locaux <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les facilitateurs de changement locaux, notamment du secteur économique, social et organisationnel. • Élaborer des stratégies misant sur les facilitateurs locaux et aider à abattre les obstacles à l'échelle locale (p. ex. le fait que le collier cervical souple continue peut-être d'être utilisé parce qu'on n'a accès à aucune autre ressource—matériel éducatif pour les patients, expérience antérieure de pratique, attentes du patient).
Relations efficaces	Créer des relations <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les principaux intervenants, nouer des relations avec ces personnes et promouvoir les leaders d'opinion locaux. • Utiliser les confrères et les leaders d'opinion locaux pour favoriser des relations et agir comme agents de changement. • Des leaders d'opinion locaux pour chaque groupe d'intervenants peuvent par exemple être utilisés comme agents de changement et montrer que des changements de comportement et de pratiques sont possibles.

et l'immobilisation avec collier cervical souple chez deux groupes de patients aux prises avec un coup de fouet cervical persistant. Les constatations de cette recherche ont indiqué que le fait d'immobiliser le cou à l'aide d'un collier cervical souple a accru la durée des symptômes, alors que des améliorations ont été constatées beaucoup plus rapidement chez les patients auprès desquels on avait assuré une gestion active précoce¹⁴. Deux études sur échantillon aléatoire, publiées en 1989, sont venues appuyer elles aussi la mobilisation précoce, et concluaient qu'il valait mieux éviter les colliers cervicaux souples^{15,16}. Depuis lors, des preuves scientifiques constantes et hautement crédibles s'accumulent et se prononcent fortement contre l'utilisation de colliers souples, en plus de se porter à la défense de la mise en mouvement précoce pour la gestion du syndrome du coup de fouet¹⁷⁻¹⁹. Malgré des données probantes à ce point éloquentes, une investigation des pratiques habituelles pour la gestion des cas de syndrome du coup de fouet a permis de constater que 50 p. cent des consultants et plus de la moitié du personnel de premier et de moyen échelon des urgences au pays de Galles continuaient d'avoir recours au collier cervical pour le traitement du syndrome du coup de fouet²⁰. Pourquoi ces pratiques en matière de soins de santé ne sont-elles pas le reflet des preuves

scientifiques que de précédentes recherches ont permis d'obtenir?

Si on utilisait les mêmes principes que Barack Obama pour mettre en œuvre des changements et pour parvenir à modifier les pratiques et les comportements dans la gestion des cas de coup de fouet cervical (c'est-à-dire éviter les colliers cervicaux et favoriser une mobilisation précoce et une gestion active), comment devrions-nous nous y prendre? La figure 1 résume comment les principes appliqués à la campagne Obama pourraient, pour la pratique clinique, être mis en œuvre pour amener la mise en place d'un changement dans la gestion des cas de syndrome du coup de fouet.

RÉSUMÉ

Le changement a soufflé sur les États-Unis pour de nombreuses et complexes raisons. La campagne d'Obama a réussi à mettre en place ce changement et à faire élire son candidat en ayant recours à des méthodes novatrices, originales et claires. Il faut premièrement reconnaître que mettre en place des preuves scientifiques dans la pratique clinique et parvenir à modifier les comportements est une tâche complexe, mais tout de même réalisable. Deuxièmement, les changements dans

la pratique et dans les comportements exigent de la transparence quant aux processus et aux résultats attendus, une globalité et des approches ciblées qui tiennent compte des enjeux à l'échelle locale. Troisièmement, de multiples approches doivent cibler divers niveaux en vue d'amener le changement initial, et que ce changement puisse durer. Enfin, tous doivent reconnaître que mettre en pratique l'expérience clinique et instaurer des changements dans le cadre d'une pratique fondée sur les preuves scientifiques peuvent amener des pratiques et des soins de santé sûrs et de qualité. Dans le cas du syndrome du coup de fouet, les leçons à tirer de la campagne d'Obama constituent un modèle à partir duquel concrétiser le changement dans la pratique clinique de la physiothérapie et combler les lacunes actuelles touchant la pratique à partir d'éléments probants.

RÉFÉRENCES

1. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362:1225-30.
2. Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. *J Comm J Qual Improv*. 1999;25:503-13.
3. Grol R, Wensing R, Eccles M, editors. Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann; 2005.
4. Hakkennes S, Dodd K. Guideline implementation in allied health professions: a systematic review of the literature. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:296-300.
5. Ries A. What marketers can learn from Obama's campaign. *Ad Age* [périodique sur Internet]. Le 6 novembre 2008 [cité le 24 novembre 2008]. Consulté au http://adage.com/columns/article?article_id=132237.
6. Cockburn J. Adoption of evidence into practice: can change be sustainable? *Med J Austral*. 2004;180:S66-7.
7. Charlton G. How charities can learn from Obama's online campaign. 2008 Nov 5 [cité le 24 novembre 2008]. Dans *E-consultancy* [Internet]. New York: Econsultancy New York c2008 [3 écrans]. Consulté au <http://www.e-consultancy.com/news-blog/366657/how-charities-can-learn-from-obama-s-online-campaign.html>.
8. Jones J. The new improvement wheel: research into practice. Report No. 14. Coventry, UK: NHS Modernisation Agency; 2005.
9. Doctor K. 10 truths the press can learn from the Obama campaign. 2008 Nov 5 [cité le 24 novembre 2008]. Dans *Content Bridges* [Internet]. c2008 [5 écrans]. Consulté au <http://www.contentbridges.com/2008/11/10-truths-the-press-can-learn-from-the-obama-campaign.html>.
10. Haque U. Obama's seven lessons for radical innovators. 2008 Nov 5 [cité le 24 novembre 2008]. Dans *Harvard Business Publishing Weekly* [Internet]. Cambridge, MA: Harvard Business; c2008 [4 écrans]. Consulté au http://discussionleader.hbsp.com/haque/2008/11/obamas_seven_lessons_for_radical.html.
11. Oxman AD, Flottrop S. An overview of strategies to promote implementation of evidence based health care. In: Silagy C, Haines A, editors. Evidence based practice in primary care. London: MNJ Books; 1998. p. 91-109.
12. Grol R, Wensing M. Selection of strategies. In: Grol R, Wensing M, Eccles M, editors. Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann; 2005. p. 122-34.
13. National Institute of Clinical Studies. Stop the clot: integrating VTE prevention guideline recommendations into routine hospital care. Melbourne: The Institute; 2006.
14. Mealy K, Brennan H, Fenelon GCC. Early mobilisation of acute whiplash injuries. *Brit Med J*. 1986;292:656-7.
15. McKinney LA. Early mobilisation and outcome in acute sprains of the neck. *Brit Med J*. 1989;299:1006-8.
16. McKinney LA, Dornan JO, Ryan M. The role of physiotherapy in the management of acute neck sprains following road-traffic accidents. *Arch Emerg Med*. 1989;6:27-33.
17. Ernst E, Canter PH. A systematic review of systematic reviews of spinal manipulation. *J R Soc Med*. 2006;99:192-6.
18. Rebeck T, Maher CG, Refshauge KM. Evaluating two implementation strategies for whiplash guidelines in physiotherapy: a cluster-randomised trial. *Aust J Physiother*. 2006;52:165-74.
19. Seferiadis A, Rosenfeld M, Gunnarsson R. A review of treatment interventions in whiplash-associated disorders. *Eur Spine J*. 2004;13:387-97.
20. Logan AJ, Holt MD. Management of whiplash injuries presenting to accident and emergency departments in Wales. *Emerg Med J*. 2003;20:354-5.