

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

« Évaluation de l'impact du développement d'un guide de pratique clinique sur
l'uniformité des pratiques en milieu hospitalier en Uruguay »

Par
Amal Ben Ameer

Département d'administration de la santé publique
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise en Sciences (M.SC)
en administration des services de santé

Juillet 2007

© Amal Ben Ameer, 2007



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

« Évaluation de l'impact du développement d'un guide de pratique clinique sur
l'uniformité des pratiques en milieu hospitalier en Uruguay »

Présenté par :

Amal Ben Ameer

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

André-Pierre Contandriopoulos

Président-rapporteur

François Champagne

Directeur de recherche

Lucien Albert

Codirecteur de recherche

Lambert Farand

Membre du jury

RÉSUMÉ

Dans le cadre du projet de transfert technologique visant l'appui à la décentralisation du système de santé et au renforcement de la capacité de gestion des hôpitaux en Uruguay, un Guide de Pratique Clinique (GPC) sur les convulsions en apyrexie a été introduit dans le Centre Hospitalier Perreira Rossel (CHPR) de Montevideo. Ce GPC avait pour objectif principal de diminuer la variabilité des pratiques concernant notamment les examens para cliniques et la prescription de traitement anticonvulsif. La présente étude s'intéresse à l'analyse des effets et l'analyse d'implantation de ce GPC au CHPR, deux ans après la publication du GPC. Dans un premier temps, elle vise à faire connaître le degré de mise en œuvre de l'intervention et par la suite à identifier les facteurs organisationnels et psychosociologiques permettant d'expliquer les effets observés. La stratégie de recherche adoptée pour la réalisation de ce travail est la recherche expérimentale invoquée avec un devis d'étude de cas. Les informations ont été collectées à l'aide d'entrevues semi-structurées individuelles, d'analyses de dossiers médicaux et d'une enquête écrite auprès des professionnels. Un complément d'informations a été puisé des documents en rapport avec l'intervention. Globalement, les résultats de l'étude ont montré que la grande majorité des médecins sont satisfaits de l'implantation du GPC à l'hôpital et disent l'appliquer à bon escient dans leur pratique. Ces témoignages sont appuyés notamment par l'importante adhérence à la recommandation sur le traitement anticonvulsif et sur les conditions d'hospitalisation observée dans les dossiers médicaux récents. Ces effets sont remarquables et directement liés à l'implantation du GPC. Toutefois, les résultats de la mesure des pratiques n'ont pas été toujours à la hauteur des objectifs fixés. En effet, nous avons observé un moindre engagement concernant les examens para cliniques. Il existe encore une variabilité considérable dans la sollicitation des examens pour une 1^{ière} convulsion en apyrexie. Cette condition a été appuyée par plusieurs facteurs organisationnels et psychosociologiques qui interfèrent dans les différentes phases du processus d'adhérence des médecins aux recommandations. Finalement, cette étude a permis de formuler des recommandations qui permettront d'améliorer davantage la pratique des pédiatres au CHPR en présence d'un enfant atteint d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie.

Mots clés : évaluation des effets, évaluation d'implantation, GPC (guide de pratique clinique)

ABSTRACT

In the process of technology transfer to support the decentralisation of the public health system and the improvement in the management of hospitals in Uruguay, a Clinical Practice Guide (CPG) on non febrile first convulsion was put in place at the Perreira Rossel Hospital Centre (PRHC) in Montevideo. The CPG's goal was to reduce variability in practices, principally in para clinical exams and in prescription of anticonvulsive treatments.

The following study is centred around the analyses of effects and implementation of the CPG at the PRHC, two years after the introduction of the CPG. First and foremost, it is aimed at clarifying the extent of the implementation of the guide, before identifying both the psychosocial and organisational factors that explain its effects.

The research strategy undertaken to complete the study is the aforementioned experimental research as well as a case study. The required information was collected through informal individual interviews, medical files analyses, and written inquiries handed to professionals within the hospital. Complementary information was taken from various documents related to the intervention.

Generally, the results of this study show that the majority of doctors are satisfied with the implementation of the CPG at the PRHC, and confirm that they use it in their day-to-day practice. These revelations are principally supported by the extent of the adherence to the recommendations on the anticonvulsive treatment and on the hospitalisation conditions observed in the recent medical files. The effects are extensive and directly linked to the implementation of the CPG.

However, the results of practices' measurement haven't always been as satisfying as the set objectives. This is particularly true regarding the para clinical exams, where a lesser engagement of doctors to respect the CPG's recommendations was observed. There still remains an important variability in exam solicitation for a non febrile first. This was supported by various psychosocial and organisational factors that interfere with the doctors' adherence to the CPG's recommendations.

Finally, this study has made possible the formulation of recommendations that improve the practice of paediatricians at the PRH in the presence of a child with a non febrile first convulsion.

Keywords: evaluation of effects, evaluation of implementation, CPG (clinical practice guide)

TABLES DES MATIERES

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	IV
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS	VIII
1. INTRODUCTION	3
1.1 Activités canadiennes.....	4
1.2 Activités uruguayennes.....	6
2. PROBLÉMATIQUE.....	8
3. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	10
3.1 Définition d'un guide de pratique clinique	10
3.2 Étapes de développement et de dissémination du GPC.....	11
3.3 Stratégies reliées à l'implantation du GPC.....	12
3.4 Innovation dans les organisations	17
3.5 Analyse des effets et analyse d'implantation.....	19
4. MODÈLE THÉORIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	24
5. MÉTHODOLOGIE.....	27
5.1 Stratégie de recherche et devis.....	27
5.2 Échantillon et échantillonnage.....	27
5.4 Instruments de recueil de données	28
5.5 Méthode de collecte de données	29
6. VALIDITÉ DE L'ÉTUDE.....	34
7. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	38
8. DIMENSION ÉTHIQUE DE L'ÉTUDE.....	40
9. DESCRIPTION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	42
9.1 Enquêtes auprès des professionnels.....	42
9.2 Analyse des dossiers médicaux.....	46
9.3 Analyse des entrevues semi qualitatives.....	53
10. DISCUSSION.....	63

10.1 La méthode utilisée.....	63
10.2 La variabilité des examens.....	64
10.3 Les examens obligatoires.....	64
10.4 Une prédisposition à ne rien solliciter :	66
10.5 L'adhérence aux examens para cliniques : une sur utilisation persistante des technologies	67
10.6 Impact sur les coûts.....	68
10.7 Le traitement anticonvulsif	69
10.8 L'hospitalisation	70
10.9 Un manque de confiance de la part des pédiatres	70
10.10 Validité interne de l'analyse des effets	71
10.11 Analyse d'implantation.....	71
Facteurs organisationnels.....	72
Facteurs psychosociologiques.....	76
11. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	81
BIBLIOGRAPHIE.....	85
ANNEXE 1	IX
ANNEXE 2	X
ANNEXE 3	XI
ANNEXE 4	XII

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : Examens para cliniques sollicités par les médecins enquêtés en Juin 2001 et en Août 2006 pour le cas d'un enfant entre 1 et 11 mois atteint d'une première convulsion en apyrexie non provoquée (cas1)	Page 44
<u>Tableau II</u> : Examens para cliniques sollicités par les médecins enquêtés en juin 2001 et en août 2006 pour le cas d'un enfant entre 1 et 14 ans atteint d'une première convulsion en apyrexie non provoquée (cas 2)	Page 45
<u>Tableau III</u> : Indications du traitement anticonvulsif chez les enfants atteints d'une première convulsion en apyrexie	Page 46
<u>Tableau IV</u> : Fréquences de sollicitation des deux examens <i>obligatoires</i> (EEG et Fond d'œil) pendant les années 2000 et 2003 à 2006	Page 47
<u>Tableau V</u> : Fréquence (en %) de sollicitation de l'EEG selon l'hospitalisation du patient pendant les années 2003 à 2006	Page 47
<u>Tableau VI</u> : Fréquence des examens <i>non recommandés</i> dans le GPC pendant les années 2003 à 2006 (exemple de sur-utilisation)	Page 48
<u>Tableau VII</u> : Fréquence d'un examen non recommandé par le GPC (électrocardiogramme) pendant les années 2003 à 2006	Page 49
<u>Tableau VIII</u> : Fréquence de sollicitation de l'ionogramme en relation à l'âge du patient (Années 2003 à 2006)	Page 50
<u>Tableau IX</u> : Fréquence de sollicitation de la glycémie en relation à l'âge du patient (Années 2003 à 2006)	Page 50
<u>Tableau X</u> : Adhérence aux recommandations relatives au traitement anticonvulsif, à l'hospitalisation et aux examens para cliniques (Années 2000 et 2003 à 2006)	Page 51
<u>Tableau XI</u> : Coût total des examens inappropriés sollicités par les médecins dans les dossiers médicaux de Janvier à Août 2006 (n=nombre de dossiers=55)	Page 53
<u>Tableau XII</u> : Caractéristiques des répondants à l'entrevue semi dirigée (n=42)	Page 54
<u>Tableau XIII</u> : Attitudes et croyances en % (positive ou négative) vis-à-vis des guides de pratiques cliniques en général.	Page 55

LISTE DES ABRÉVIATIONS

USI	Unité de Santé Internationale
DASUM	Département de l'Administration de la Santé de l'Université de Montréal
CHUM	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
ACDI	Agence Canadienne de Développement International
CHPR	Centre Hospitalier Perreira Rossel
GPC	Guide de Pratiques Cliniques
ASSE	Association des Services de Santé de l'État Uruguayen
FMC	Formation Médicale Continue
ARS	<i>Alto Riesgo Social</i>
EEG	Électroencéphalogramme
ECG	Électrocardiogramme
TAC	Tomographie Axiale du Crâne
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
RMN	Résonance Magnétique Nucléaire
RMO	Référence Médicale Opposable

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1. INTRODUCTION

Depuis sa création, l'Unité de santé internationale (USI) coordonne et soutient, sur les plans académique, professionnel et administratif des activités internationales et l'exécution de projets de santé internationale dans le dessein de contribuer à l'amélioration de la santé dans les pays en développement. Parmi ses nombreuses interventions, celle qui sera retenue dans cette étude concerne « *le Projet de transfert technologique visant l'appui à la décentralisation du système de santé et au renforcement de la capacité de gestion des hôpitaux en Uruguay* ».

Le projet a débuté en Août 2000 et s'est terminé en Novembre 2005. L'origine de cette proposition revient aux divers contacts entre un professeur du département de l'administration de la santé (DASUM) et un responsable du Ministère de la Santé. Dans le contexte de la réforme du système de santé en Uruguay et au fil des discussions, la pertinence de l'expertise canadienne et en particulier de l'Université de Montréal et de ses hôpitaux affiliés (CHUM et Ste Justine) est apparue. Suite à ces premiers échanges, les besoins ont été précisés par la partie uruguayenne et des contacts ont été pris auprès de l'ambassade canadienne afin de connaître les possibilités de financement d'actions de coopération.

La valeur totale du budget du projet a été de 836 135\$ canadiens. Le financement du projet provenait en grande partie de l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI). La part demandée au Fond de Transfert Technologique est de 518.368\$. La contribution des institutions canadiennes est de 24.4% du total des institutions canadiennes. Enfin, la participation des institutions partenaires de l'Uruguay fut estimée à 149 850\$.

En fait, la réputation de l'administration hospitalière canadienne était excellente en Uruguay et le modèle du système de santé canadien constituait un attrait significatif. Des réseaux d'information et de références ont prouvé que la vision canadienne était bien assimilée en Uruguay et qu'elle intéressait les responsables du pays. De plus, les compétences canadiennes pourraient contribuer significativement aux buts et objectifs recherchés par le Ministère de Santé Publique uruguayen. Ainsi ce projet d'intervention se situe dans le cadre de la réforme de la santé entreprise par le gouvernement uruguayen.

Il contribuait à résoudre le problème de la capacité des gestionnaires, en poste dans les hôpitaux, à assumer les responsabilités dans un contexte de décentralisation. L'hôpital Maciel et le Centre Hospitalier Perreira Rossel de Montevideo ont été retenus pour ce projet. Le transfert technologique était constitué essentiellement du savoir-faire canadien en matière de gestion hospitalière dans un contexte de décentralisation au sein de ces établissements hospitaliers.[1]

Le transfert technologique et la valorisation des connaissances sont considérés aujourd'hui comme faisant partie des facteurs déterminant dans le développement social et économique. En effet, quelle que soit la vigueur de la recherche scientifique et la qualité des avancées technologiques, il devient de plus en plus indispensable d'assurer la diffusion de nouvelles connaissances et surtout de veiller à leur mise en application. Il s'agit surtout du développement d'une démarche articulée autour de diffusion et d'échanges entre les différents intervenants.[2] Dans le cadre de ce projet, les partenaires canadiens ont tenté de transférer des compétences et des outils de gestion hospitalière, tout en respectant les particularités culturelles uruguayennes.

Ce transfert technologique devait assurer la pérennité de l'intervention et le développement des compétences uruguayennes en gestion hospitalière dans deux hôpitaux de Montevideo. Parmi les nombreuses activités réalisées par les équipes canadiennes dans ces hôpitaux, celle qui fera l'objet de ce mémoire concerne le développement, l'élaboration et l'implantation de guides de pratiques cliniques (GPC), en particulier dans l'Hôpital *Pereira Rossell* (CHPR) spécialisé en pédiatrie et gynécologie-obstétrique. Il compte 620 lits et 2100 employés. Le département de pédiatrie en contient 315 (dont 20 de soins intensifs).

Le but de ce projet était l'autonomisation et le renforcement de compétences de gestion du personnel uruguayen au sein des hôpitaux ciblés. Ces derniers auraient alors acquis et mis en pratique les concepts, méthodes et outils nécessaires à une gestion plus efficace de leur établissement.

1.1 Activités canadiennes

Des ressources canadiennes ont agi à titre d'experts et de conseillers pour guider et accompagner les équipes cliniques uruguayennes dans la priorisation de thèmes, afin

d'élaborer par la suite des GPC. Cet hôpital pédiatrique a démontré une motivation et un intérêt remarquables. D'ailleurs, une équipe spécifique a été rapidement constituée pour se dédier à l'élaboration des GPC, ainsi que pour gérer les soins médicaux et infirmiers. Durant les deux premières années, les réunions d'équipes furent régulières et ont permis d'obtenir des résultats tangibles : un guide sur les premières convulsions en apyrexie a été élaboré (publié en 2004).

Ce guide résulte principalement de la collaboration et de l'effort soutenu de professionnels de divers secteurs de l'hôpital pédiatrique qui n'avaient pas l'habitude de coopérer. Ces réunions ont donc permis d'élaborer un travail clinique commun et d'arriver à un consensus entre ces praticiens.

Des activités canadiennes ont été développées pour soutenir le projet et développer une culture de collaboration clinico-administrative. En ce qui a trait à la gestion médicale, les objectifs principaux concernaient le contrôle de qualité, l'analyse des pratiques cliniques, la détermination de priorités et l'établissement de critères communs de pratique clinique en vue de contribuer à une démarche de changement ainsi qu'à des prises de décisions chez tous les membres des équipes uruguayennes.

Tout d'abord, la stratégie des ressources canadiennes a été de réunir régulièrement les équipes uruguayennes afin de les consolider et de les sensibiliser à l'importance de divers thèmes émergents. Ces équipes étaient constituées de chefs de services cliniques, d'infirmiers et des responsables du système d'information. Ces réunions ont permis d'accentuer la démarche de changement chez les groupes clinico-administratifs et de les inciter à travailler en équipe multidisciplinaire.

Par la suite, des séances de formation transmettant la pertinence et la méthodologie des GPC ont été présentées à plusieurs reprises. Ces séminaires ont expliqué en détail la définition d'un guide de pratiques cliniques et son déploiement depuis l'élaboration du guide jusqu'à son implantation au sein d'une unité médicale. Cette façon de procéder a permis de créer une adéquation entre la théorie et la pratique, la formation étant définie à partir des besoins concrets dans les hôpitaux. La formation développée dans ce contexte s'est révélée nécessaire puisque les équipes médicales ont pu bénéficier du développement d'un GPC. Il s'est donc agi d'une formation nécessaire

visant l'acquisition de compétences spécifiques dans le but de réaliser un processus de changement.

Finalement, afin d'améliorer davantage la phase de diffusion et de renforcement du transfert technologique, d'autres séances de formation ont été offertes, à des périodes différentes, dans deux autres hôpitaux de la capitale.

1.2 Activités uruguayennes

Les Uruguayens ont également pris des initiatives, de leur propre gré, pour transmettre le message sur la pertinence des GPC auprès de la population visée. En effet, une équipe de cliniciens a conduit, en 2002, une enquête auprès des professionnels des services de Pédiatrie, Urgence, Neuropédiatrie et Néonatalogie. Celle-ci a pu révéler des controverses et incertitudes quant au diagnostic et au traitement de la première convulsion en apyrexie chez les enfants de 1 mois à 14 ans. Grâce à cette initiative et aux résultats de cette enquête, l'équipe de cliniciens s'est réunie à plusieurs reprises pour développer un GPC contenant un algorithme qui décrit le protocole de soins à suivre. L'objectif était de diminuer la variabilité des traitements donnés pour la convulsion en apyrexie et de donner le traitement optimal pour cette maladie.

Afin de communiquer le message sur la présence d'un nouvel outil destiné aux praticiens dans les services pédiatriques, l'équipe uruguayenne a mis en place des activités de diffusion publiques du travail effectué (mai, juin 2003). Tout d'abord les résultats de l'enquête ont été publiés pour sensibiliser et démontrer davantage le besoin pressant de développer un GPC. De plus, l'ASSE (Association des services de santé de l'état) a organisé une conférence sur les données probantes à Montevideo («*Jornadas de medicina basada en la evidencia* »). Plus d'une centaine de cliniciens ont participé à ces plénières, ce qui a permis de divulguer des informations sur l'utilisation de preuves scientifiques, traduites sous forme de recommandations pour des pratiques cliniques spécifiques.

CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE

2. PROBLÉMATIQUE

Le projet d'étude choisit s'inscrit dans le domaine de la recherche évaluative. Son objectif général est de porter un jugement sur une composante précise de l'intervention du projet de l'USI décrit ci-haut : l'implantation du « Guide de pratique clinique pour le diagnostic et le traitement d'une première convulsion en apyrexie chez les enfants de 1 mois à 14 ans. » L'origine de cette évaluation provient, en premier lieu, de l'absence d'évaluation de l'efficacité de ce guide sur les pratiques des médecins uruguayens face à des patients avec une première convulsion non fébrile.

Objectif général

Connaître l'impact de l'implantation du GPC sur l'uniformité des pratiques des pédiatres au cours du temps.

Considérer l'amélioration de la qualité des soins offerts par les professionnels en cas d'une première convulsion en apyrexie.

Objectifs spécifiques

1. Apprécier le degré d'implantation du GPC.
2. Expliquer, selon un modèle théorique approprié, les facteurs influençant le processus d'implantation du GPC au sein de l'hôpital pédiatrique.

Afin de mieux cerner les termes de référence de notre étude, une documentation de l'état des connaissances sera axée sur l'analyse des concepts clés de nos objectifs de recherche.

CHAPITRE 3 : ETAT DES CONNAISSANCES

3. ÉTAT DES CONNAISSANCES

Il cherchera à expliquer les concepts suivants :

- Définition d'un guide de pratique clinique
- Étapes de développement et de dissémination du GPC
- Stratégies reliées à l'implantation du GPC
- Influence du contexte
- Innovation dans les organisations
- Analyse des effets et analyse d'implantation
- Processus de changement d'attitudes.

3.1 Définition d'un guide de pratique clinique

Parmi les nombreuses définitions retrouvées dans la littérature sur le GPC, nous avons retenu la suivante: les GPC sont des «énoncés systématiques conçus pour aider [les professionnels de la santé] à prendre, au sujet des soins de santé, des décisions appropriées dans des circonstances cliniques précises ».

Ils sont généralement développés dans le but d'améliorer la qualité des soins, diminuer les variations dans les pratiques et optimiser l'utilisation des ressources. En fait, les guides de pratique visent à concentrer une importante expertise médicale dans un format pratique et prêt à être utilisé. Ils sont développés dans le but principal d'aider les praticiens à prendre des décisions à propos de soins appropriés dans des circonstances cliniques spécifiques.

Pour finir, ce type de document représente l'opportunité de mettre les différentes opinions derrière les recommandations et d'inclure les diverses options lorsque la preuve n'est pas claire, voir inexistante. Ce genre d'information est une alternative préférable aux recommandations non spécifiques pouvant nuire au patient.[3]

Le principal avantage d'un GPC est l'amélioration des résultats de santé. Il est démontré que les GPC indiquant les bonnes interventions et décourageant les non-

efficaces ont le potentiel de réduire la morbidité et la mortalité, tout en améliorant la qualité de vie.[4]

En ce qui concerne les professionnels de la santé, le GPC garantit au clinicien un choix de traitement approprié (*appropriateness*) et clarifie les interventions bénéfiques prouvées scientifiquement, en éliminant les sources d'incertitude. Les GPC sont donc une source d'apprentissage essentielle pour les praticiens. Finalement, les cliniciens peuvent utiliser les GPC pour renforcer et protéger leurs positions dans des situations médico-légales.

Généralement la standardisation des soins permet aux dispensaires une augmentation du rendement de l'institution et une réduction des dépenses (prescriptions de médicament, chirurgie, et autres traitements). De plus, l'image publique d'un hôpital peut être améliorée lorsque des messages de responsabilité/engagement d'utilisation de guide clinique de qualité sont diffusés.[5]

3.2 Étapes de développement et de dissémination du GPC

- *Diffusion d'un GPC* : distribution de l'information et adoption non assistées, par les médecins, des politiques et pratiques médicales recommandées par le guide.
- *Dissémination* : plus active que la diffusion car cible un auditoire clinique spécifique. Il s'agit d'une communication de l'information aux cliniciens dans le but d'améliorer leurs compétences, leur compréhension et leur acceptation du GPC.
- *Implantation* : mise en œuvre d'une innovation dans les pratiques cliniques journalières du GPC, plus active que la dissémination. Cette étape implique des stratégies de communication efficaces et identifie et maîtrise les barrières présentes dans le processus, en utilisant des techniques administratives et éducationnelles (formation).[6]

Sept étapes pour le développement et la dissémination de GPC :

- 1) Choix du problème clinique
 - Priorisation des thèmes
 - Définition du problème

- Construction du modèle causal du problème
 - Démonstration claire du besoin d'un GPC
- 2) Synthèse des données
 - Recherche dans la littérature
 - Dégager un consensus entre les divers cliniciens participants
 - 3) Développement du guide
 - Distribuer le guide à un échantillon de cliniciens
 - Répéter (tester à plusieurs reprises)
 - 4) Endossement du guide
 - 5) Dissémination du GPC
 - 6) Encouragement de l'implantation des GPC
 - 7) Monitoring et évaluation de l'impact

Un schéma en **annexe 1** explique, plus en détail, la cascade des étapes reliées au développement et à l'implantation des guides de pratiques cliniques.[6] À travers ces étapes, il est possible d'identifier les éléments clés au succès de l'implantation d'un GPC. De nombreuses études se sont concentrées sur les diverses méthodes adoptées pour diffuser et implanter le guide au sein d'un hôpital. Il s'agit maintenant d'expliquer une série de stratégies retenues, ainsi que leur effet sur la pratique des médecins.

3.3 Stratégies reliées à l'implantation du GPC

Déterminer les stratégies les plus efficaces, qui serviront à transmettre les preuves scientifiques dans la pratique quotidienne des professionnels, constitue aujourd'hui un domaine d'étude très large. Certaines méthodes d'intervention se sont révélées plus efficaces que d'autres.[7]

Dans un premier temps, on décrira les multiples méthodes d'intervention qui ont un impact sur le succès de l'implantation du guide de pratique clinique. Par la suite, il s'agira d'expliquer les théories et les modèles soutenant le changement de pratiques chez les cliniciens.

- **Méthodes pédagogiques traditionnelles : *Formation médicale continue (FMC)***

La pertinence des activités de FMC (conférences, séminaires, symposium et ateliers) pour les médecins est aujourd'hui un sujet de réflexion.

De nombreuses études ont démontré que ces procédés ayant pour but d'implanter un guide de pratiques cliniques sont de faibles interventions, notamment lorsqu'ils sont utilisés seuls. En effet, l'impact des cours et des séminaires sur la performance générale des praticiens est faible voir même absent. Cela se traduisait, dans la pratique, par l'absence d'amélioration de la qualité des soins offerts par les professionnels (diagnostic et traitement).[5, 8]

- **Audit et feedback**

Les *feedback* reçus sur les résultats, notamment lorsque ceux-ci sont diffusés simultanément à la dissémination du guide, ont montré leur efficacité sur le comportement des cliniciens. D'autres interventions concernant les *audits* et les *feedback* sont exposées à travers des rapports trimestriels. Parmi les données du rapport clinique, les cliniciens reçoivent une information sur le niveau de performance pratique, selon des indicateurs précis (généralement sous forme de diagramme). Ce type de rapport montre également des comparaisons avec d'autres pratiques nationales. Ainsi, reconnaître la performance d'une technique par rapport à une autre incite davantage le praticien à changer de pratique. Les facteurs déterminant les effets de cette technique sont notamment la reconnaissance, de la part du clinicien, de la nécessité de modifier sa pratique, ainsi que la détermination de ce dernier à atteindre de meilleurs niveaux de performance.[9]

- **Système de rappels (aide-mémoire)**

Les systèmes de rappels qui ont pour but d'augmenter la dissémination du GPC, tels que les posters structurés ou les cartes plastifiées de poche, sont un succès. Aujourd'hui, il existe également des systèmes d'aide-mémoire électroniques très puissants.[9]

- ***Academic detailing (formation)***

Academic detailing se définit comme «la transmission d'une formation ciblée aux professionnels de la santé sur leur lieu de travail.»[10] Cette méthode peut se révéler très efficace car elle permet de convaincre les cliniciens de changer leur mode habituel de pratique. En effet, une étude a montré une modification de pratique, mesurée par une réduction de tests surabondants, pour un traitement donné (tel que les tests de laboratoire lors d'une opération chirurgicale). Cela a permis, notamment, une économie sur les coûts reliés au traitement. Finalement, ces formations offrent de l'aide aux cliniciens qui rencontrent des difficultés à acquérir et intégrer les nouvelles connaissances reliées au GPC. L'avantage de cette méthode se remarque essentiellement dans la possibilité de cibler les cliniciens qui ont le plus besoin de changer de pratique.[10]

- **Opinion Leaders**

Les *Opinion Leaders* sont des personnes reconnues par leurs pairs comme étant une source fiable de transmission de l'information clinique. Il semble qu'ils produisent une modification dans la pratique des cliniciens. Disséminer des guides de pratique clinique à travers les *Opinion Leaders* est probablement plus efficace que cibler des cliniciens individuellement, dans le but de leur transmettre une formation (*academic detailing*).[10] En effet, diverses études ont montré que, suite aux conseils des *Opinion Leaders*, les collègues de ces derniers ont été instruits et le changement de pratique a persisté. Cette méthode a démontré, dans plusieurs cas, l'influence véhiculée par les pairs sur l'utilisation des guides. Par conséquent, il s'agit d'un bon moyen de promotion des GPC dans un hôpital.[7]

- **Interventions administratives**

Ces moyens sont surtout utilisés lorsque les efforts d'autres types d'intervention échouent. D'une part, le changement de comportement peut être encouragé par la création de barrières face aux pratiques non souhaitées, telle que la demande d'une approbation par un spécialiste pour un test ou un traitement donné. Aussi, il est possible de réduire les dissuasions des *bonnes* pratiques en simplifiant, par exemple, les normes de formalisation. D'autre part, le changement d'attitude peut être obtenu par des lois, des

réglementations ou des politiques institutionnelles. Ces types d'interventions simples ont eu des effets bénéfiques sur le changement de pratiques des cliniciens.[7]

Une question qui revient souvent dans la littérature au sujet de l'utilisation des GPC est «pourquoi la plupart des cliniciens ne sont-ils pas influencés par les GPC? »

Plusieurs explications ont été données. Des études ont remarqué que les cliniciens éprouvaient de la difficulté à appliquer le GPC lorsque celui-ci n'avait pas été élaboré par les praticiens eux-mêmes. Il semblerait qu'il soit important que l'élaboration de ces recommandations soit une démarche collective, associant utilisateurs et experts. En effet, les utilisateurs peuvent être en désaccord ou méfiants face à des GPC rédigés par des experts nationaux. Des entrevues auprès de médecins ont indiqué que ces derniers faisaient plus souvent référence à leurs propres expériences ou aux recommandations de leurs collègues pour prendre des décisions sur l'adoption de nouvelles techniques ou interventions.[11]

Mis à part ces aspects, la présentation même du GPC porte aussi une influence considérable sur son adoption. Par exemple, la présence de résumés d'évidences dans le GPC a un effet positif sur les pratiques cliniques. Aussi, l'algorithme permet de transmettre, de manière pratique, l'ampleur du guide et résume au coup d'œil les prises de décisions et stratégies à prendre selon les caractéristiques du patient. Il permet à l'utilisateur d'avoir une vue d'ensemble des liens entre les différentes sections du guide de pratique. Les algorithmes montrent encore un apprentissage plus efficace et un meilleur respect des recommandations par rapport au simple texte *en prose*. L'algorithme identifie enfin les situations dans lesquelles le traitement n'est pas nécessaire. La présentation du guide sous forme d'arbres décisionnels donne une vision synthétique des stratégies diagnostiques et, par conséquent, est une source de documentation aisément accessible pour la plupart des médecins.[12, 13]

Finalement, même si l'envoi postal du guide peut être efficace, il n'en demeure pas moins que son potentiel est plus important lorsque ce dernier est sous forme électronique (courrier électronique). En effet, une étude a démontré que lorsqu'un guide est introduit sous forme électronique, un gain de conformité (*compliance*) au GPC s'observe par rapport à l'utilisation du format papier. La *compliance* avec un GPC est un

indicateur de qualité et d'efficacité important, puisqu'une amélioration des effets ne peut être attendue que lorsque le guide est suivi à la lettre.[14, 15]

Ainsi, il existe une série de variables externes au processus d'implantation et de dissémination, dont certaines sont directement reliées au contexte, qui affectent l'adoption du GPC:[7]

- La qualité du GPC
- Les caractéristiques inhérentes au professionnel de la santé (âge et ville de formation en médecine, ancienneté...)
- Les caractéristiques de l'environnement de travail (croyances aux pairs, normes sociales...)
- Les incitations/stimulants reliés aux dérivés légaux et financiers (remboursement)
- La réglementation (l'adhérence du GPC peut être une base d'accréditation dans certains hôpitaux)
- Les facteurs liés au patient (ses préférences).

La plupart des éléments de cette revue de littérature ont démontré que le succès d'un GPC est déterminé, en grande partie, par les stratégies et méthodes d'implantation mises en place au sein de l'institution. L'accompagnement de la diffusion est considéré comme un des déterminants les plus importants de l'impact des recommandations. Cependant, il n'existe pas un type d'intervention inhérent à l'efficacité, en particulier lorsqu'il est utilisé seul. En règle générale, la combinaison de méthodes d'implantation mène à un effet supérieur comparativement à l'utilisation d'un moyen unique.[14, 16]

Lors du programme d'implantation visant le changement des pratiques des cliniciens, il est important de se demander si le choix de stratégie est approprié dans le contexte donné. Par exemple, la formation semble appropriée lorsque les pratiques courantes sont dues à un manque de connaissances chez les professionnels de la santé. Par contre, cette stratégie qui sert à modifier les pratiques sera inefficace si des facteurs externes entrent en jeu (préférences du patient, incitations financières).[17]

Finalement, il faut aussi chercher à savoir la manière avec laquelle l'intervention a été perçue. Par exemple, si le *feedback* sera distingué comme une menace ou plutôt une

opportunité d'amélioration. Une meilleure coopération entre cliniciens et ceux qui doivent encore changer leur pratique permettrait de réduire les craintes et les incertitudes de la nouvelle pratique à adopter. Cette collaboration augmenterait les chances de succès d'utilisation du GPC[18]

3.4 Innovation dans les organisations

Cette implantation des GPC au sein de l'hôpital possède une caractéristique d'innovation puisqu'elle y introduit de nouvelles pratiques cliniques. Ainsi la littérature sur les étapes et les déterminants de l'implantation d'innovation dans les organisations peut fournir des pistes précieuses d'analyse.

Selon Rogers (1995) l'innovation est l'introduction de toute idée, pratique ou objet ayant des caractéristiques de nouveauté pour un individu ou une entité. Rogers précise que l'introduction d'une innovation respecte cinq étapes :

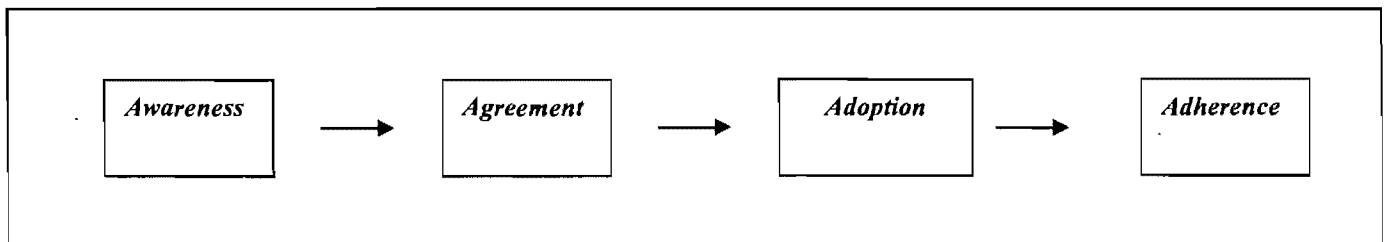
- 1) La connaissance, qui signifie qu'une innovation doit d'abord être comprise par la cible, d'où la nécessité préalable des activités d'information.
- 2) La persuasion, qui est relative à l'attitude favorable ou défavorable qu'adopte l'individu ou l'organisation envers l'innovation. D'où l'intérêt d'une sensibilisation convaincante.
- 3) La décision correspond aux activités menées par l'organisation pour adopter ou rejeter l'innovation.
- 4) La mise en œuvre est l'action déployée pour participer à l'implantation de l'innovation.
- 5) La confirmation amène l'organisation à lutter contre ce qui entrave l'innovation.

Ainsi, la diffusion des innovations est le procédé par lequel une innovation est transmise aux membres d'un système social, à travers certaines voies de communication et pendant une période de temps. Il s'agit d'un type particulier de communication, car les messages présentent des idées nouvelles.[19]

De façon similaire, Pathman DE a élaboré un modèle de processus de changement chez les cliniciens suite à une nouvelle connaissance médicale. De nombreuses études ont

démontré que l'atteinte d'une adhérence aux recommandations passe par un processus complexe. Voici de manière détaillée la théorie que postule Pathman.[25]

Le médecin doit franchir plusieurs étapes cognitives et comportementales avant de mettre en pratique une recommandation. Il doit d'abord prendre connaissance de son existence et de son contenu (*awareness*). Puis, il faut qu'il soit d'accord avec cette recommandation (*agreement*): accord sur le thème abordé, sur le contenu, sur la méthode utilisée, sur la représentativité et sur l'indépendance des experts. Ensuite, il doit décider de l'adopter et de la suivre dans la pratique (*adoption*). Et enfin, il faut qu'il modifie réellement son comportement en fonction de cette recommandation (*adherence*). Il s'agit, pour le praticien, d'acquérir de nouveaux réflexes qui vont au-delà de l'assimilation de connaissances nouvelles. Pour illustrer ce modèle, Pathman prend l'exemple d'une étude portant sur les recommandations sur la vaccination anti-hépatite B chez l'enfant. Ce travail a montré que, si 98% des praticiens avaient eu connaissance de ces recommandations et 70% d'entre eux étaient en accord avec elles, seuls 30% des médecins déclaraient les mettre en œuvre.



1) La connaissance des recommandations (*awareness*)

Le processus d'implantation des nouvelles recommandations débute par la prise de connaissance de celles-ci. Les médecins apprennent le contenu du GPC. Les sources de cette information peuvent être des communications orales, des publications d'articles, la télévision et d'autres médias. Les caractéristiques individuelles des médecins jouent aussi un rôle dans l'évolution des connaissances. La différence d'âge, la spécialité, la totalité du temps passé à lire la littérature en sont des exemples.

2) L'accord (agreement)

Cette étape arrive lorsque le médecin comprend et approuve les recommandations. Les trajectoires vers l'*agreement* sont influencées par une combinaison de facteurs. Les plus importants sont 1) la crédibilité de la source d'information ; 2) l'avantage relatif de la nouvelle recommandation par rapport au statu quo ; 3) la complexité des recommandations ; 4) l'accord par les leaders médicaux locaux. Les caractéristiques personnelles et le type de pratique influencent aussi l'atteinte de cette étape.

3) La décision de les appliquer (adoption)

Il s'agit de passer du concept intellectuel et abstrait à une concrète application de la recommandation dans les pratiques cliniques. Plusieurs facteurs peuvent influencer cette étape, tels que la complexité de la recommandation (plus celle-ci est complexe, plus l'adoption sera longue), sa compatibilité avec sa pratique actuelle ainsi que les caractéristiques des médecins.

4) L'adhérence (adherence)

Ce dernier stade consiste en une réelle modification du comportement du praticien en fonction de la recommandation donnée dans le temps.

Ce modèle possède toutefois certaines limites. Il implique la progression d'un stage pour atteindre le prochain. Cependant, certaines influences très positives du comportement des cliniciens peuvent causer des « sauts » de certaines étapes. Aussi, le modèle ne démontre pas que, pour des GPC spécifiques, certains stages peuvent être atteints avec plus de difficulté que d'autres.

3.5 Analyse des effets et analyse d'implantation

L'évaluation en santé est née d'un double souci. D'un côté, la nécessité pour les décideurs de justifier leurs choix et de contrôler l'utilisation de ressources limitées, et du côté des professionnels d'optimiser la qualité des soins prodigués d'un autre côté. Elle se trouve au carrefour de plusieurs disciplines dont les sciences sociales, l'économie de santé

et la recherche clinique. Elle a constitué, depuis longtemps, le sujet d'intérêt pour plusieurs chercheurs qui ont essayé de développer un cadre théorique et méthodologique afin de l'approcher.[20, 21]

Analyse des effets

Dans l'évaluation des résultats d'un programme, le lien examiné est celui reliant les effets aux services. Il importe de se questionner sur le caractère causal de ce lien: L'effet observé est-il bien attribuable au programme? L'analyse des effets pose l'hypothèse d'une relation existante entre l'intervention et les effets désirés.

Analyse d'implantation

Selon Contandriopoulos et col (1992), l'implantation consiste à transférer une intervention au niveau opérationnel. Une intervention est tout système organisé d'action qui, dans un environnement donné et pendant une période de temps déterminée, cherche à corriger le cours prévisible d'une situation problématique. Le processus d'implantation d'une intervention se traduit par la mise en œuvre d'un ensemble d'activités visant à intégrer un projet dans un contexte organisationnel.[22]

L'analyse de l'implantation s'articule autour des trois questions suivantes :

- Quelle est l'influence du milieu d'implantation sur le degré de mise en œuvre de l'intervention ? (composante 1);
- En quoi les variations dans la mise en œuvre de l'intervention influencent elles les effets observés ? (composante 2);
- Quelle est l'influence de l'interaction entre le milieu d'implantation et l'intervention sur les effets observés ? (composante 3).

L'analyse d'implantation est une étude de l'influence des facteurs organisationnels et contextuels sur l'implantation et les résultats obtenus suite à l'introduction d'une intervention.

La composante 1 cherche à décrire la mise en œuvre (évaluation normative) et l'analyse de l'influence des contextes sur l'intégrité de l'implantation.

Les composantes 2 et 3 visent à expliquer les effets observés.

Cette présente étude examine l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés (composante 3).

Modèles de l'implantation

La mise en œuvre d'une intervention implique nécessairement un processus de changement dans les organisations. La littérature sur le changement sert de guide à l'analyse d'implantation. Plusieurs travaux dans le domaine de l'analyse du changement dans les organisations s'appuient sur des modèles conceptuels très différents. Ces derniers peuvent être regroupés en cinq perspectives [23]:

- 1) Le modèle rationnel
- 2) Le modèle de développement organisationnel
- 3) Le modèle psychologique
- 4) Le modèle structurel
- 5) Le modèle politique

1. Modèle rationnel

Ce modèle reconnaît comme indispensable l'exercice d'un contrôle hiérarchique sur les individus responsables d'implanter l'intervention et considère que, dans une organisation, c'est uniquement le sommet stratégique qui pense et donne des directives qui seront ensuite exécutées par la base. Cependant, Denis et Champagne (1990) soulignent l'absence de travaux empiriques pour vérifier la capacité de ce modèle à expliquer le succès ou l'échec de l'introduction du changement.[23]

2. Modèle de développement organisationnel

Contrairement au modèle rationnel, ce modèle se fonde sur le principe de participation aux prises de décision, la motivation et le renforcement des compétences des différents acteurs de l'organisation. Toutefois, il néglige de considérer l'influence probable d'intérêts conflictuels dans l'organisation. De plus, il n'y a pas assez d'études empiriques qui permettent de juger l'influence de ces facteurs sur le succès ou l'échec de l'implantation [24]

3. Modèle psychologique

Il soutient que l'acceptation ou le refus du changement dépendent des croyances, des attitudes et des comportements des acteurs de l'organisation.

L'approche psychologique met l'accent sur la réaction des personnes au changement. Par conséquent, il convient de supposer qu'un changement sera implanté adéquatement si l'on réussit à vaincre les résistances naturelles des personnes.

4. Modèle structurel

Il est déterminé par l'ouverture de l'organisation au changement et la flexibilité de la structure organisationnelle. La réussite de ce modèle est liée aux attributs organisationnels tels que la taille de l'organisation, la centralisation, la formalisation et le niveau d'expertise (le *locus of control*).

5. Modèle politique

Il met l'emphase sur les stratégies des acteurs internes et externes, sur leurs interactions et sur leurs intérêts personnels. L'impact d'une implantation, d'un changement, est largement déterminé par les stratégies défendues par les différents acteurs du milieu d'implantation.

CHAPITRE 4 : MODÈLE THÉORIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

4. MODÈLE THÉORIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Le modèle logique théorique et opérationnel (**annexe 2**) documente l'essence des activités reliées au développement des GPC. Il montre également les ressources qui ont été mises à disposition pour l'intervention : «*développement, élaboration et implantation de GPC*». Il expose la relation entre l'opérationnalisation (liste des activités principales) et les effets souhaités et attendus. En précisant la chaîne des hypothèses d'intervention et causales, d'autres liens s'établissent entre les résultats intermédiaires des activités et l'effet ultime de l'intervention

Les objectifs du mémoire tenteront de comprendre les diverses relations entre les activités de diffusion du GPC et les *outputs*. De plus, pour répondre à l'analyse d'implantation, cette étude évaluera l'influence des facteurs contextuels sur les résultats intermédiaires.

Il découle des renseignements tirés du modèle théorique et opérationnel des questions d'évaluation.

Analyse des effets:

- Y a-t-il eu uniformisation des pratiques en relation à la première convulsion en apyrexie (chez les enfants de 1 mois à 14 ans) suite à l'implantation du guide au sein du CHPR?
 - Y a-t-il adhérence aux recommandations décrites dans le GPC de la part des praticiens du CHPR?
 - Y a-t-il une pérennisation du projet exprimée sous forme d'élaboration d'autres GPC?
- Cette analyse s'intéresse principalement à ces effets intermédiaires puisqu'ils sont le noyau des effets espérés. En effet, selon le modèle logique théorique et opérationnel, les trois questions citées ci haut, sont étroitement liées aux autres effets intermédiaires listés. Par exemple, la décision d'adopter les recommandations peut être perçue en mesurant directement l'adhérence aux recommandations.

Analyse de l'implantation:

Cette analyse vise à étudier l'influence des facteurs organisationnels et contextuels sur les résultats obtenus après l'introduction d'une innovation (Champagne & al. (1991). Dans le cas d'une analyse des processus, on cherche à comprendre le déroulement des événements et à identifier les variables significatives qui expliquent l'évolution du projet.

Quels sont les facteurs contextuels influençant le degré d'adhérence aux recommandations du guide de pratique clinique?

Suite à la revue de littérature, nous avons opté pour les modèles organisationnel et psychologique. Ils se sont révélés les plus adaptés pour étudier le changement de pratique clinique. Selon le premier modèle, nous supposons que les facteurs de développement organisationnel (tel que l'accessibilité du GPC, les méthodes de diffusion) agissent sur le processus de changement de pratique des médecins. De plus, nous supposons que les attitudes et les croyances vont influencer les individus à accepter le changement planifié. L'annexe 2 indique l'influence probable de ces deux types de facteurs contextuels sur les *effets intermédiaires* du modèle logique.

L'évaluation n'est pas une fin en soi. Le constat d'écart entre la pratique réelle des cliniciens et la bonne pratique doit conduire à la mise en œuvre d'actions d'amélioration, ainsi qu'à un changement dans les pratiques.

Conscient de l'importance de cette intervention, de son apport positif pour l'hôpital et de la nécessité de connaître la mesure dans laquelle cet outil a été intégré dans les pratiques des cliniciens, ce mémoire propose une analyse de cette implantation. La méthodologie qui suit explique en détail la façon avec laquelle les données ont été recueillies.

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE

5. MÉTHODOLOGIE

Elle consiste à préciser le type de l'étude, à décrire comment concrétiser les concepts clés de l'étude en données pertinentes à recueillir et enfin à déterminer la population cible et les instruments pour les récolter.

5.1 Stratégie de recherche et devis

Dans cette étude, deux stratégies de recherche sont utilisées. En ce qui concerne l'analyse des effets, il s'agit d'une recherche expérimentale invoquée ou, plus précisément, d'une étude comparative ex-post (étude avant - après). De plus, les études de cas sont les méthodes les plus adaptées pour l'analyse de l'implantation [26]. Lors de l'analyse d'un phénomène qui est difficilement isolé de son contexte, l'étude de cas est privilégiée, notamment lorsque le chercheur n'exerce pas de contrôles expérimentaux. L'analyse de l'implantation effectuée a donc utilisé un devis d'étude de cas.

Cette étude comporte ainsi une partie qualitative et une partie quantitative qui seront expliquées en détail dans la suite.

5.2 Échantillon et échantillonnage pour les entrevues et les enquêtes

La population à l'étude est composée de l'ensemble des cliniciens de l'hôpital pédiatrique *Perreira Rossell* (CHPR) qui ont été ou sont en contact avec des patients souffrant d'une première convulsion en apyrexie. Selon les statistiques du CHPR, en juillet 2006, le nombre approximatif de médecins s'estimait à 120.

Les échantillons sont formés par une méthode d'échantillonnage nommée *boule-de-neige*. L'échantillonnage en boule-de-neige consiste à composer des échantillons de *commodité* formés de répondants à partir desquels sont repérés d'autres répondants et ainsi de suite. Le processus se prolonge jusqu'à obtention d'un nombre suffisant de personnes auprès desquelles des entrevues individuelles semi-dirigées sont ensuite réalisées. En raison de la nature non aléatoire de l'échantillon, cette étude ne prétend aucune représentativité statistique. Il s'agit d'une méthode qualitative de collecte de données qui recourt à un échantillon construit et théorique. Afin que cet échantillonnage

nous permette d'obtenir le maximum d'information pour la compréhension du phénomène à l'étude, le chercheur se base sur un critère clé proposé par Pires (1997) : le principe de saturation. Le critère de saturation va permettre de déterminer la taille échantillonnale. La saturation empirique est déterminée à partir des informations produites par la collecte de données (soit les entrevues individuelles). C'est lorsque les entrevues réalisées ne génèrent plus d'éléments nouveaux sur le plan du concept (saturation théorique), ou d'informations différentes que la saturation est atteinte.[27] C'est donc par ce processus qu'il a été possible de déterminer l'échantillon.

Après une soixantaine d'entrevues, le chercheur a senti que les entrevues n'apportaient plus de nouvelles informations. Ainsi après 62 entrevues, il a atteint la saturation empirique souhaitée. Les entrevues individuelles constituent un moyen idéal pour obtenir les points de vue des praticiens en rapport à l'utilisation des GPC, surtout lorsque celles-ci sont privées. Une *grille d'entrevue* a été réalisée et utilisée systématiquement. Elle facilitera également l'interprétation des résultats (**annexe 3**).

5.3 Identification des variables à l'étude

En nous référant à nos questions de recherche, nous constatons que dans l'analyse des effets, la variable indépendante est le GPC alors que la variable dépendante est l'uniformité des pratiques. L'analyse d'implantation s'appuie sur une variable dépendante qui est «le degré d'adhérence aux recommandations du GPC », elle même expliquée par la variable indépendante représentée par «les facteurs organisationnel et psychosociologiques». Ces facteurs seront listés plus loin dans l'étude sous forme de tableau.

5.4 Instruments de recueil de données

Pour recueillir les informations ciblées, trois instruments de recueil de données ont été utilisés. Il s'agit de 1) l'entretien individuel administré aux professionnels de la santé du CHPR (médecins pédiatres, neuropédiatres et résidants en pédiatrie); 2) l'analyse documentaire (les dossiers médicaux et autres); et 3) une enquête anonyme, auprès des professionnels de la santé au CHPR, (médecins pédiatres, neuropédiatres, néonatalogues et résidants en pédiatrie) administrée au sein même de ce dernier.

Les données recueillies à partir de l'analyse des dossiers médicaux et l'enquête permettent de procéder à l'analyse des effets. L'entrevue sert essentiellement à répondre à l'analyse d'implantation, à trouver des facteurs organisationnels et psychologiques pouvant expliquer l'écart entre les effets attendus vs obtenus.

5.5 Méthode de collecte de données

L'uniformité des pratiques s'interprète par une diminution des variations dans les pratiques chez les médecins traitant la première convulsion en apyrexie non provoquée. L'adhérence aux recommandations des GPC est un indicateur important de qualité et d'efficacité, puisque l'uniformité des pratiques ne peut se discerner que si les recommandations sont suivies de près.

Ces variations concernent essentiellement l'hospitalisation du patient, le traitement anticonvulsif et enfin les examens paramédicaux réclamés. Afin de mesurer ces indicateurs, les instruments exploités ont été 1) les dossiers médicaux des enfants ayant souffert d'une première convulsion en apyrexie et 2) l'enquête auprès des professionnels de la santé. En effet, pour connaître la pratique des médecins suite à l'implantation du guide, le chercheur a analysé la totalité des dossiers enregistrés dans les archives de pédiatrie ayant le diagnostic « première convulsion en apyrexie » des années 2006 (janvier à Août), 2005, 2004 et 2003. Afin d'obtenir une analyse juste et précise, ce travail a été réalisé en présence d'un ou plusieurs auteurs du guide. De cette manière, il sera aussi possible d'analyser l'évolution des pratiques cliniques selon un temps d'adaptation et d'acquisition des connaissances du GPC déterminé. Cependant, le chercheur a rencontré des difficultés lors de l'analyse de même nature des dossiers de l'année 2000 correspondant au même diagnostic, soit « première convulsion en apyrexie ». De nombreux dossiers furent totalement détruits à la suite d'une inondation des archives. Il existe toutefois une monographie intéressante, développée par deux résidentes en pédiatrie. Elle traite de la conduite des médecins qui s'occupent des enfants avec cette pathologie, en relation avec le diagnostic et les traitements utilisés avant l'apparition du GPC. Le chercheur a eu l'occasion de rencontrer les auteurs de cette étude, d'obtenir de l'information détaillée sur la méthodologie utilisée (analyses des dossiers médicaux, année 2000) et d'analyser les résultats exploitables pour son projet.

Le contrôle des variables confondantes a été réalisé dans les deux cas. Le critère d'inclusion le plus important était de choisir des enfants des deux sexes et en bonne santé (ayant uniquement un diagnostic de première convulsion en apyrexie). Cela excluait donc les patients malnutris ou avec d'autres problèmes de santé. Toutes ces données se retrouvaient dans le contenu des dossiers médicaux. Le chercheur faisait également attention à la position sociale du patient en prenant en considération son statut social (généralement décrit sous forme de *ARS :alto riesgo social.*) Cette variable peut expliquer le besoin d'hospitaliser l'enfant en question.

Au total, 244 dossiers médicaux ont été analysés pour les années 2003 à 2006. Ces dossiers sont ceux qui ont été retrouvés dans les archives pédiatriques répertoriés sous le nom de « *convulsion en apyrexie* ». Cette classification représente le nom de la maladie pour laquelle l'enfant a été examiné ou hospitalisé. Il est possible d'avoir omis des faux positifs (des cas de 1^{ière} convulsion en apyrexie) si ces dossiers ont été classés différemment par les archivistes. Il est difficile de savoir combien représentent ces 244 dossiers par rapport à l'ensemble des cas entre 2003 et 2006. La qualité des archives présente une limite importante dans la rigueur de l'étude. Ces 244 dossiers ont été analysés par le chercheur canadien et ses collaborateurs uruguayens (2 pédiatres appartenant à l'équipe de GPC). Aussi, 70 dossiers médicaux pour l'année 2000, ont été analysés par des résidentes en pédiatrie. Les informations nécessaires ont été recueillies du document qu'elles ont élaborées. La collecte de ces dossiers de l'année 2000 a éprouvé les mêmes obstacles et difficultés que les 244 dossiers précédents.

Voici, sous forme de tableaux, la méthode de sélection des dossiers ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion.

	Dossiers médicaux A (<i>après</i>)	Dossiers médicaux B (<i>avant</i>)
Méthode d'échantillonnage	Tous (répartis sur les années 2003,2004, 2005 et 2006 (janvier-août) n=244	Tous (année 2000) n=70
Critères d'inclusion	-Enfants sains des deux sexes entre 1 mois et 14 ans -Première convulsion en apyrexie	

**Variables confondantes à
contrôler**

-Diagnostic autre que la convulsion non fébrile
(exemple:malnutrition)
-Position sociale (risque social élevé)

En outre, puisqu'il s'agit d'une étude *avant- après*, le chercheur a jugé important de comparer des résultats analogues. Ainsi, il a réalisé l'enquête à nouveau, telle qu'en 2001 (cf. *introduction- activités uruguayennes*), auprès des professionnels de la santé dans les mêmes services (Pédiatrie, Urgence, Neuropédiatrie et Néonatalogie). Cette enquête comporte 3 questions décrivant des mises en situation spécifiques, ce qui a pour objectif de révéler comment les cliniciens réagissent face au cas de première convulsion en apyrexie. Parmi les 100 enquêtes qui ont été distribuées, certaines ont été directement remplies suite à l'entrevue individuelle, alors que d'autres ont été récoltées à la fin du séjour. Au total, 62 enquêtes ont été recueillies.

Finalement, dans le but de mieux cerner les résultats de ces deux études quantitatives (analyses des dossiers médicaux et enquêtes), le chercheur a interviewé 42 médecins sur leur lieu de travail. Ces entrevues semi-dirigées ont duré en moyenne 15 minutes et ont toutes été enregistrées. Ces entrevues individuelles permettent de connaître, en profondeur, le point de vue des praticiens sur l'utilisation du GPC, son impact perçu sur la qualité des soins, son aide ou utilité perçue dans le diagnostic, le traitement et les avantages et désavantages du guide. L'entrevue démontre si les cliniciens sont au courant de la présence du guide sur l'apyrexie. Enfin, les réponses des entrevues dévoilent certains facteurs, comme la résistance au changement, influençant l'application des recommandations du GPC.

C'est l'agrégation de tous ces résultats qui conduira à un devis plus robuste permettant de mettre en relation les diverses interprétations dans la discussion du mémoire.

La recherche qualitative a essentiellement pour but d'enrichir la discussion des résultats quantitatifs. En effet, nous envisageons de trouver des réponses aux analyses des dossiers médicaux dans les explications qualitatives des médecins.

Pour collecter toutes ces informations, le chercheur s'est référé au cadre d'analyse présenté ci-dessous.

Variable expliquée	Information recherchée	Sources et instruments
Uniformité des pratiques cliniques chez les pédiatres	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation des enfants entre 1 mois et 14 ans atteints d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie non provoquée • Examens para cliniques sollicités par les médecins du CHPR lors du diagnostic d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie non provoquée. • Prescription du traitement anticonvulsif auprès des enfants atteints d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie non provoquée 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des dossiers médicaux (2000,2003-2006) • Enquête auprès des professionnels du CHPR
Variable explicative	Information recherchée	Sources et instruments
Les facteurs influençant l'implantation du GPC dans les services du CHPR	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs organisationnels <ul style="list-style-type: none"> - Forme et présentation du GPC - Accessibilité et applicabilité - Adaptabilité locale - Méthode de diffusion - Stratégies de l'implantation - Formation, communication - Activités, relations entre collègues • Facteurs psychosociologiques <ul style="list-style-type: none"> - Attitudes vis-à-vis des GPC - Caractéristiques personnelles - Satisfaction au travail (sentiment d'autonomie) - Caractéristiques sociodémographiques - Résistance au changement 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de documents • Entrevues semi dirigées • Discussions informelles

CHAPITRE 6 : VALIDITÉ DE L'ÉTUDE

6. VALIDITÉ DE L'ÉTUDE

- **Validité interne**

Les effets observés, tels que le changement des pratiques cliniques, sont-ils attribuables principalement à la *dissémination du GPC* sur la première convulsion en apyrexie? Les études avant-après comportent une série de biais pouvant influencer la validité interne de l'étude.

Le biais d'histoire est présent lorsque les sujets sont exposés, entre le pré-test et le post-test, à une autre intervention poursuivant des objectifs similaires à ceux faisant l'objet de la recherche évaluative. Toutefois, la certitude nous a été donnée de la part de la direction pédiatrique du CHPR qu'aucune intervention, autre que celles du programme de transfert technologique Canada-Uruguay, n'a eu lieu. Ainsi, les sujets n'ont pas été exposés, entre le pré-test et le post-test, à une autre intervention qui poursuivrait des objectifs similaires à ceux de notre recherche évaluative.

En 2002, l'Uruguay a connu une grave crise économique. Celle-ci a été un obstacle important au maintien d'un rythme soutenu des réunions d'équipes et des activités qui en découlaient. Cependant, cet événement n'a pas directement influencé l'adhérence au GPC, puisque ce dernier n'avait pas encore été développé par les équipes cliniques. De plus, c'est la publication du GPC, fin 2004, qui a permis de diffuser davantage l'information et de permettre un changement des pratiques. Ainsi, la crise économique n'a pas pu avoir d'impact significatif sur la variable dépendante, à savoir l'uniformité des pratiques par l'adhérence aux recommandations.

Le biais de maturation est occasionné par l'expérience acquise par les sujets entre le pré-test et le post-test. Un biais de maturation peut altérer la validité interne des résultats lorsque les sujets subissent des changements liés au temps, entre le pré-test et le post-test, susceptibles de modifier leurs résultats post-test. Si être médecin nécessite un apprentissage constant de connaissances nouvelles, à cause et grâce à l'évolution incessante de la science, il est justifié que les médecins ajournent leurs connaissances au fur et à mesure. Néanmoins, cette mise à niveau des pratiques et des connaissances du

thème de la convulsion en apyrexie ne peut être laissée aux bons soins et à la bonne volonté des médecins uniquement, mais devrait être appuyée par la présence du GPC sur les convulsions en apyrexie.

Le biais d'accoutumance au test se produit généralement lorsque les sujets apprennent à mieux répondre à un questionnaire qui leur est soumis plusieurs fois durant l'étude. Dans ce cas-ci, l'enquête a été distribuée une première fois au début de l'année 2001, puis une deuxième fois fin 2006. Cette longue période de temps diminue la probabilité des répondants à s'accoutumer au test.

Le biais de mesure des effets reflète un changement dans la façon dont les instruments de mesure sont utilisés entre le début et la fin de l'étude. Les enquêtes de 2001 et 2006 contiennent toutes les deux des informations fournies par des sujets similaires. Par contre, en ce qui concerne l'analyse des dossiers médicaux, les instruments de mesure ne sont pas semblables. Pour la partie pré-intervention, des documents écrits officiels ont été analysés afin d'interpréter les pratiques dans les dossiers médicaux de l'année 2000. Le post-test consiste à réaliser l'analyse des dossiers (2003 à 2006), en prenant en compte l'algorithme, pour obtenir des conclusions sur l'adhérence aux recommandations. Dans les archives, les dossiers médicaux de l'année 2000 ayant été détruits suite à une inondation, on a eu recours à une monographie traitant de la conduite des médecins face à un cas de convulsion en apyrexie. Il est évident qu'en 2000, il était impossible d'analyser les dossiers médicaux en les comparant à l'algorithme, puisque celui-ci était encore inexistant. Cependant, nous retrouvons des indicateurs similaires qui permettent de comparer la conduite avant-après l'intervention.

Nous pouvons conclure que l'utilisation des instruments de mesure est analogue entre le début et la fin de l'étude, ce qui diminue les biais de mesure des effets. En somme, aucun des biais potentiels, inhérents au devis de comparaison avant-après, ne semble vraiment plausible dans notre étude. Ceci nous permet d'avoir confiance en ce que les changements observés soient dus, en grande partie, à la diffusion du guide de pratique.

Dénis et Champagne (1990) expliquent que, selon Yin (1984), la validité interne d'une étude de cas dépend, d'une part, du degré de conformité entre les propositions du modèle théorique utilisé ainsi que la réalité empirique observée et, d'autre part, de la

cohérence entre le mode d'analyse choisit et ce modèle théorique. Cette recherche s'appuie sur les modèles psychologique et organisationnel, pour l'analyse de l'implantation, qui émettent des propositions sur les facteurs associés à la probabilité de succès de l'implantation

- **Validité externe**

La validité externe fait référence à la capacité de généraliser les résultats de l'étude. La présente recherche s'est intéressée à l'étude de l'implantation d'un guide de pratique clinique dans l'hôpital pédiatrique de Montevideo. Il s'agit d'une étude de cas unique, ce qui limite en partie la validité externe de ce devis. Cependant, la réalisation d'autres études similaires permettrait de généraliser, avec plus de confiance, les conclusions de la recherche.

La validité externe des études de cas s'appuie sur une généralisation analytique. Cette forme de généralisation opère selon trois principes: la similitude, la robustesse et l'explication.[26]

1. Principe de similitude : capacité de généraliser les résultats à un univers empirique similaire. Dans notre cas, le fait de travailler sur un seul service de chirurgie constituera une limite pour ce principe.
2. Principe de la robustesse : le potentiel de généralisation d'une étude augmente s'il y a réplique des effets dans des contextes diversifiés. La réalisation de plusieurs études de cas (étude de cas multiples) permet d'augmenter la validité externe de notre étude s'il y a réplique, dans d'autres sites, des prédictions contenues dans notre modèle théorique. Or, notre étude se limite à un service unique.
3. Principe d'explication : mieux on comprend le rôle de différents facteurs dans la production ou l'inhibition de l'effet, plus il est facile de généraliser les résultats.

Il s'agit donc d'une étude de cas dont les résultats peuvent difficilement être généralisés. Cependant, ils peuvent constituer une base d'hypothèses et de renseignements précieux, afin d'en tirer profit lors d'une éventuelle généralisation. Cette étude servira à comprendre les facteurs de succès ou d'échec de l'implantation de GPC à l'hôpital.

CHAPITRE 7 : LIMITES DE L'ÉTUDE

7. LIMITES DE L'ÉTUDE

Les principales limites afférentes à l'étude sont:

- L'organisation insuffisante des archives de l'hôpital. Cela a limité le nombre de dossiers médicaux à analyser. La classification des dossiers selon le type de maladie n'est pas systématique. De nombreux dossiers n'ont pas été retrouvés ou ont été perdus, notamment ceux des années 2000 et 2001.
- La qualité des dossiers cliniques (écritures illisibles, tenue générale).
- Le choix d'un seul hôpital ne permet pas de généraliser les conclusions tirées aux sites non touchés par l'étude.

CHAPITRE 8 : DIMENSION ÉTHIQUE DE L'ÉTUDE

8. DIMENSION ÉTHIQUE DE L'ÉTUDE

Elle est déterminée par le consentement préalable des enquêtés, après les avoir informés des objectifs de l'étude, du respect de l'anonymat des répondants, des structures et de la confidentialité des données.

Pendant sa mission en Uruguay, le chercheur a demandé, aux cadres supérieurs de chaque service pédiatrique, l'autorisation de réaliser des entrevues. Par la suite et avant le début de chacune des entrevues, il a expliqué oralement le principe de l'éthique, donnant ainsi le choix à tout participant de refuser l'entrevue. Également, le chercheur n'a pas pris les noms des médecins, ni pour l'enquête distribuée, ni pour les entrevues individuelles.

En ce qui concerne l'analyse des dossiers médicaux, l'accès à la base de données, sans le consentement des patients, est justifié par la collaboration de la direction pédiatrique du CHPR. En effet, cette dernière a permis la consultation des dossiers car cela les avantageait aussi de connaître l'impact du GPC sur la pratique de leurs médecins. Cependant, afin de protéger la confidentialité et assurer le respect de la vie privée de ses patients, la méthode qui a été utilisée systématiquement est l'utilisation du numéro du dossier médical pour remplacer le nom de famille. Ainsi, lors de l'analyse des données, les renseignements personnels seront conservés et utilisés sous le sceau de la confidentialité.

CHAPITRE 9 : DESCRIPTION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

9. DESCRIPTION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Pour répondre à nos deux questions de recherche, l'analyse va, d'une part, apprécier le degré d'implantation des recommandations du GPC sur la 1^{ière} convulsion en apyrexie et expliquer les facteurs contextuels influençant ce degré d'implantation d'autre part.

Ainsi, l'élaboration de cette partie sera développée en trois étapes: 1) analyse des enquêtes auprès des professionnels; 2) analyse des dossiers médicaux; 3) analyse des entrevues semi qualitatives.

9.1 Enquêtes auprès des professionnels

L'enquête était composée de trois questions de mise en situation demandant aux répondants les examens à solliciter pour un enfant atteint d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie non provoquée et âgé d'1 à 11 mois et pour un enfant âgé d'1 à 14 ans. Cette division arbitraire a été réalisée de manière à vérifier si l'âge du patient pourrait influencer la pratique des médecins. La dernière question consistait à décrire la condition pour laquelle le traitement anticonvulsif se prescrivait chez ces enfants. L'enquête de 2006 a tenté de rejoindre les mêmes professionnels au sein des services du CHPR, ainsi que les plus jeunes médecins arrivés après 2001.

Parmi les 100 questionnaires distribués en juin 2001, il y a eu 72 retours, ce qui correspond à 28 % de non-répondants. En comparaison, parmi les 100 distribués en août 2006, il y a eu 62 retours (38% de non-répondants).

Caractéristiques de la population enquêtée

Juin 2001:

L'article publié présente les caractéristiques de la population enquêtée de la manière suivante: 43% des médecins ont gradué depuis 1 à 4 ans, le reste avait leur diplôme depuis 5 ans ou plus. 43,1% étaient pédiatres et 22% référaient une autre spécialité. Parmi ce dernier groupe, la moitié était neuropédiatres.

Août 2006:

Le chercheur de l'USI a lui aussi récolté des informations sur sa population enquêtée. Celles-ci sont plus complètes puisqu'elles concernent le titre du répondant,

l'année de graduation, sa spécialité et son âge : 64% des professionnels enquêtés étaient des résidents en pédiatrie au CHPR. Dans ce groupe, la moyenne d'âge était de 31 ans. 36% étaient pédiatres ou d'une autre spécialité (neuropédiatrie, néonatalogie). La moyenne d'âge de ce groupe était de 43 ans et plus de la moitié avaient au moins 10 ans d'expérience. Parmi les 36% de pédiatres (ou autre spécialité), 68% avaient leurs diplômes depuis plus de 5 ans. 27% l'avaient depuis 1 à 4 ans, et 5% n'ont pas donné de précision.

Les trois tableaux suivants représentent les réponses des médecins du CHPR. Nous retrouvons une colonne pour les réponses collectées par le chercheur en 2006 et une seconde colonne représentant les résultats de 2001. Ces derniers proviennent de la publication de l'article intitulé : « *Atención de niños con una primera convulsión en apirexia- encuestas a profesionales* ». Ils ont été retranscrit tels quels.[28]

Les deux prochains tableaux permettent de tirer des informations sur la variabilité des examens cliniques sollicités par les médecins en 2001 et en 2006 (total des examens). Cette variabilité doit être comparée entre 2001 et 2006 afin de constater davantage une tendance d'uniformité dans les pratiques cliniques en 2006. Il faut noter que ces examens ont été rédigés à la main par le répondant lui-même, puisqu'il s'agissait d'une question ouverte.

Il est aussi intéressant comparer la proportion de certains examens entre l'an 2001 et 2006 et considérer si ces valeurs sont statistiquement significatives (p-value). Les deux examens soulignés représentent les examens *obligatoires* selon le GPC. Au premier abord, nous ne constatons aucune différence pour le EEG entre 2001 et 2006. Par contre, en 2001 les fonds d'œil étaient plus sollicités qu'aujourd'hui. Finalement, le nombre de combinaisons a été calculé à la main, aussi bien pour l'année 2001 que 2006. Il s'agit des différentes combinaisons de sollicitation d'examen retrouvées chez chaque répondant.

Tableau I : Examens para cliniques sollicités par les médecins enquêtés en Juin 2001 et en Août 2006 pour le cas d'un enfant entre 1 et 11 mois atteint d'une première convulsion en aprexie non provoquée (cas1)

Examen	%2001	% 2006	p-value	Sens attendu du changement
EEG	85	71	0.0538	+
TAC	67	22	0	-
Glicemia	64	37	0.0019	+
Ionograma	58	40	0.0376	+
PL	42	32	0.261	-
Fondo de ojo	28	0	0.000007	+
Gasometría	25	6	0.0038	-
Torch	15	0	0.0013	-
Ecografía transfontanelar	14	2	0.0098	-
Hemograma	14	27	0.0515	-
Dosificación de tóxicos	8	0	0.0565	-
Hemocultivo	7	8	0.933	-
Screening metabólico	5	0	0.169	-
PCR	5	16	0.046	-
RNM	4	2	0.721	-
Velocidad de eritrosedimentacion	3	0		-
Azoemia e creatininemia	3	0		-
Examen de orina/función renal	1	5	0.508	-
Consulta/ Derivación Neuropediatra	1	8	0.148	-
Estudio de metabolopatías	1	0		-
Calcemia	1	0		-
ECG en diferido	1	2		-
Magnesemia	1	0		-
Ninguno	1	13	0.0209	-
Citoquímico	0	2		-
TOTAL des examens	23	16		
Nombre de combinaisons	55	25		-

(*) Seules les valeurs inférieures à $\alpha=0.05$ sont considérées statistiquement significatives.

Tableau II : Examens para cliniques sollicités par les médecins enquêtés en juin 2001 et en août 2006 pour le cas d'un enfant entre 1 et 14 ans atteint d'une première convulsion en apyrexie non provoquée (cas 2)

Examen	% 2001	% 2006	p-value*	Sens attendu du changement
EEG	83	74	0.231	+
TAC	71	16	0.000000	-
Glicemia	40	5	0.00002	-
Ionograma	44	5	0.00000	-
PL	3	0		-
Fondo de ojo	30	2	0.000009	+
Gasometria	17	0	0.0007	-
Torch	0	0		-
Ecografía transfontanelar	3	0		-
Hemograma	5	2	0.457	-
Dosificación de tóxicos	14	0		-
Hemocultivo	1	2		-
Screening metabólico	3	0		-
PCR	1	2		-
RNM	3	2		-
Velocidad de entrosedimentacion	3	0		-
Azoemia e creatininemia	3	0		-
Examen de orina	4	0	0.298	-
Consulta/ Derivación Neuropediatra	4	10	0.355	-
Calcemia	1	0		-
ECG en diferido	1	2		-
Presión arterial	1	0		-
Ninguno	8	21	0.036	-
TOTAL des examens	21	11		
Nombre de combinacions	33	8		-

(*) Seules les valeurs inférieures à $\alpha=0.05$ sont considérées statistiquement significatives.

Le tableau suivant répond à la question concernant l'indication du traitement anticonvulsif. Il s'agit ici d'une question fermée qui demande au médecin répondant s'il indique le traitement aux drogues antiépileptiques aux enfants atteints d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie non provoquée. On y voit qu'en 2001 les praticiens indiquaient beaucoup plus fréquemment le traitement qu'en 2006. Ce qui est encore plus grave en 2001, c'est que plus de la moitié des médecins qui ont indiqué ce traitement le feraient avant de prendre connaissance des résultats para cliniques (exemple : EEG pathologique). Nous remarquons un usage nettement plus modéré du traitement anticonvulsif en 2006.

Tableau III: Indication du traitement anticonvulsif chez les enfants atteints d'une première convulsion en apyrexie

	2001	2006	p-value
Indication au traitement anticonvulsif	59,7%	3%	0.0000
Non-indication au traitement	34,7%	87%	0.0000
Dépendamment d'autres facteurs**	-	10%	
Pas de réponses	5,6%	-	

* parmi les 59,7% des médecins qui ont répondu « oui » à l'indication du traitement, 56% le feraient avant même de connaître les résultats para cliniques

**Traitement si EEG pathologique, encéphalopathie antérieure, antécédents familiaux / personnels d'épilepsie, état de mal convulsif, début du traitement avec l'accord du neuropédiatre.

9.2 Analyse des dossiers médicaux

Les dossiers médicaux des patients se définissent comme un ensemble de documents retraçant l'histoire d'une maladie ou l'ensemble des épisodes ayant affecté la santé de la personne. Ce dossier est détenu par le CHPR au service des archives des dossiers patients. Le chercheur de l'USI a collaboré avec l'équipe de statisticiens et d'archivistes pour faire sortir tous les dossiers des années 2003 à 2006 archivés sous le nom : *convulsion en apyrexie*. Les données récoltées sur place (aux archives) ont par la suite été transcrites sur Excel. Puis ces résultats ont été exploités par le logiciel SPSS (version 15.0) pour produire les tableaux suivants. Grâce à ce logiciel, il a été possible de distinguer des relations intéressantes entre les différentes variables à l'étude. Finalement, les données concernant les patients atteints d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie en 2000 proviennent d'une analyse pointue de la monographie publiée en 2001.

Le tableau suivant représente la sollicitation de deux examens (EEG et fond d'œil) retrouvés dans les dossiers médicaux. Il faut percevoir les données de 2 manières. Tout d'abord, constater qu'il y a une nette augmentation de sollicitation de l'EEG au cours des années 2005 et 2006. La dernière colonne présente la diminution dramatique de la sollicitation du fond d'œil au fil des années. Ensuite, il est important de comparer les résultats entre le pré et le post, soit la ligne de l'an 2000 et la ligne la dernière ligne (2003 à 2006). Ce type d'analyse permet de vérifier les changements occasionnés suite à l'implantation du GPC. Cependant, dans ce cas-ci ils ne sont pas très prononcés.

Tableau IV : Fréquences de sollicitation des deux examens *obligatoires* (EEG et Fond d'œil) pendant les années 2000 et 2003 à 2006.

			Sollicitation de l'électroencéphalogramme (EEG)		Sollicitation du fond d'œil	
			Non	Oui	Non	Oui
Année	2000	N=70	27	41	48	18
		%	38,5	59,5	68,5	26
	2003	N=44	12	32	35	9
		%	27,3	72,7	79,5	20,5
	2004	N=59	19	40	58	1
		%	32,2	67,8	98,3	1,7
	2005	N=86	14	72	80	6
		%	16,3	83,7	93,0	7,0
	2006 (janvier-août)	N=55	10	45	54	1
		%	18,2	81,8	98,2	1,8
TOTAL(2003 à 2006)		N=244	55	189	227	17
		%	22,5	77,5	93	7

*En l'an 2000, il y a 4 dossiers sans données sur le fond d'œil et 2 dossiers sans données sur le EEG.

*p-value (EEG) = 0.1; ddl=3 p-value (fond d'œil) = 0.001; ddl=3

Le tableau suivant présente une nouvelle variable qui est l'hospitalisation du patient. Nous cherchons à vérifier si la sollicitation de l'EEG est influencée par cette variable. Effectivement, nous remarquons que lorsque les enfants sont hospitalisés, la quasi-totalité subit cet examen qui est obligatoire pour tous les cas présentant une 1^{ière} convulsion en apyrexie.

Tableau V : Fréquence (en %) de sollicitation de l'EEG selon l'hospitalisation du patient pendant les années 2003 à 2006

Sollicitation de l'électroencéphalogramme

			(EEG)	
			Non	Oui
Hospitalisation du patient	Non	N=150	53	97
		%	35,3	64,7
	Oui	N=94	2	92
		%	2,1	97,9
	TOTAL	N= 244	55	189
		%	22,5	77,5

*p-value : 0.00

Le tableau suivant représente la fréquence des examens qui ne sont pas recommandés par le guide de pratique clinique. Ces derniers, puisqu'ils apparaissent dans les dossiers médicaux, ont été sollicités par le médecin traitant un enfant atteint d'une première convulsion en apyrexie non provoquée. Ce tableau démontre qu'il existe une tendance à solliciter des technologies non recommandées dans le GPC.

Tableau VI Fréquence des examens *non recommandés* dans le GPC pendant les années 2003 à 2006 (exemple de sur-utilisation)

			Examens non recommandés par le GPC (hémogramme, ECG, PCR, hémoculture, créatinine, azotémie, échographie transfontanellaire)	
			Aucune sollicitation des examens non recommandés	Au moins 1 des examens <i>non recommandés</i> a été sollicité
Année	2003	N=44	42	2
		%	95,5	4,5
	2004	N=59	51	8
		%	86,4	13,6
	2005	N=86	67	19
		%	77,9	22,1
	2006 (Janvier à août)	N=55	40	15
		%	72,7	27,3
	TOTAL	N=244	200	44
		%	82,0	18,0

* p-value = 0,016 ; ddl =3

Le tableau suivant montre la fréquence d'un exemple précis d'examen non recommandé par le GPC (Un électrocardiogramme). Il renforce la même tendance du

tableau précédent, soit une tendance à réaliser l'ECG qui augmente au fur et à mesure que le temps avance.

Tableau VII: Fréquence d'un examen non recommandé par le GPC (électrocardiogramme) pendant les années 2003 à 2006.

			Sollicitation d'un électrocardiogramme (ECG)	
			Non	Oui
Année	2003	N= 44	44	0
		%	100	0
	2004	N=59	56	3
		%	94,9	5,1
	2005	N=86	81	5
		%	94,2	5,8
	2006 (Janvier à août)	N=55	51	4
		%	92,7	7,3
TOTAL		N= 244	232	12
		%	95,1	4,9

*p-value =0.380 ; ddl= 3

Les deux prochains tableaux concernent la sollicitation de deux types d'examens : l'ionogramme et la glycémie. Selon le GPC, ces derniers devraient être demandés uniquement chez les enfants âgés de 1 à 6 mois.

La mesure de la performance des examens utilisés peut être effectuée à l'aide d'indices de sensibilité et de spécificité. La **sensibilité** d'un test ou d'un examen diagnostique est sa capacité à donner un résultat positif lorsque la condition est présente. Elle s'oppose à la **spécificité**, qui est la capacité d'un test ou d'un examen à donner un résultat négatif lorsque la condition n'est pas présente. Dans notre cas, les examens sont l'ionogramme et la glycémie. Les conditions auxquelles s'appliquent ces examens sont donc en relation avec l'âge du patient. Ces deux indices sont donnés par un pourcentage compris entre 0% et 100%. Les tableaux VIII et IX montrent une sensibilité faible (40% et 38%), ce qui signifie que dans de nombreuses conditions où il faut réaliser les examens (ionogramme et glycémie), ces derniers n'ont pas été sollicités par le médecin traitant.

Tableau VIII : Fréquence de sollicitation de l'ionogramme en relation à l'âge du patient (Années 2003 à 2006)

Âge du patient		Sollicitation d'un ionogramme	
		oui	non
Âge du patient supérieur à 6 mois	N=220	15	205
	%	6,8	93,2
Âge du patient inférieur ou égal à 6 mois	N=24	10	14
	%	41,7	58,3
	N=244	25	219
	%	10,2	89,8
Sensibilité =40% Spécificité =93%			

Tableau IX : Fréquence de sollicitation de la glycémie en relation à l'âge du patient (Années 2003 à 2006)

Âge du patient		Sollicitation d'un test de glycémie	
		Oui	non
Âge du patient supérieur à 6 mois	N= 220	18	202
	%	8,2	91,8%
Âge du patient inférieur ou égal à 6 mois	N= 24	11	13
	%	45,8	54,2%
	N=244	29	215
	%	11,9	88,1%
Sensibilité =38% Spécificité = 94%			

Le tableau suivant résume l'adhérence aux trois indicateurs principaux : le traitement aux drogues antiépileptiques, les examens para cliniques et l'hospitalisation.

Adhérer aux recommandations sur le traitement signifie, en règle générale, ne pas traiter les enfants atteints d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie sans complications (qui n'ont pas réitéré ou vécu une crise qui n'a pas duré plus de 15 minutes) Par contre, si des complications surviennent, il est préférable d'administrer un traitement afin d'éliminer les convulsions.

Adhérer aux recommandations concernant les examens para cliniques signifie exécuter les examens nécessaires et éviter d'en solliciter plus (sur-utilisation des technologies).

Finalement, adhérer aux recommandations sur l'hospitalisation signifie hospitaliser systématiquement les enfants âgés de moins d'1 an et ne pas hospitaliser les plus âgés si ceux-ci n'ont pas rencontré de complications. Il s'agit de suivre les étapes décrites dans l'algorithme.

Les principales conclusions de ce tableau sont les suivantes :

- Suite à l'implantation du GPC, les recommandations sur le traitement anticonvulsif sont suivies à 87,7% des cas en comparaison à 50% en l'an 2000.
- Il semblerait aussi que les médecins appliquent les recommandations liées à l'hospitalisation (84% d'adhérence entre 2003 et 2006)
- Les recommandations des examens para cliniques sont cependant très peu suivies (2.4%)

Tableau X : Adhérence aux recommandations relatives au traitement anticonvulsif, à l'hospitalisation et aux examens para cliniques (Années 2000 et 2003 à 2006).

Adhérence aux recommandations sur			Traitement anticonvulsif		Hospitalisation		Examens para cliniques	
Année			Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
2000	N=70		35	35	-	-	-	-
	%		50	50	-	-	-	-
2003	N=44		7	37	11	33	40	4
	%		15,9	84,1	25	75	90,9	9,1
2004	N=59		1	58	7	52	58	1
	%		1,7	98,3	11,9	88,1	98,3	1,7
2005	N=86		14	72	14	72	84	2
	%		16,3	83,7	16,3	83,7	97,7	2,3
2006 (Janvier à août)	N=55		8	47	7	48	55	0
	%		14,5	85,5	12,7	87,3	100	0
Total (2003 à 2006)	N=244		30	214	39	205	237	7
	%		12,3	87,7	16	84	97,1	2,9

*p-value(traitement) = 0,042, p-value (hospitalisation) = 0.278, p-value (examens para cliniques) =0.044

Finalement, nous avons combiné les résultats du tableau précédant en vue de démontrer «l'origine» de la *non-adhérence* des examens paracliniques examinés ci hauts. En éliminant deux types d'examens (fond d'œil et consultation au neuropédiatre) nous remarquons une hausse considérable de l'adhérence aux recommandations. En effet, pour les années 2003, 2004, 2005 et 2006, l'adhérence aux examens paracliniques a augmenté de 52%, 47%, 42% et 34% respectivement lorsque l'ont omet la *mauvaise* consultation au neuropédiatre et l'*absence* de sollicitation du Fond d'œil.

Grâce aux informations fournies par la direction pédiatrique du CHPR, il a été possible de lister les coûts unitaires, en 2006, de différents types d'examens. L'origine de ces calculs provient d'un programme d'achat et de contrat de l'état uruguayen nommé UCAMAE (*Unidad Centralizada de Adquisiciones de Medicamento y Afines del Estado*). Ainsi le CHPR tire ses informations sur le coût des médicaments et du matériel médical à partir de ce système d'achat grossiste des organismes publics selon les appels d'offres. Le prix est donné en pesos uruguayens. Un dollar américain équivaut à 24,35 pesos uruguayens (**annexe 4**).

À partir de ces informations, il a été possible de construire un tableau estimant les coûts des technologies sollicitées *inutilement* dans les dossiers médicaux de l'année 2006. 55 dossiers, répartis entre Janvier et Août 2006 et concernant la 1^{ière} convulsion en apyrexie, ont été analysés par un membre de l'équipe du GPC en collaboration avec un chercheur de l'USI. Le tableau suivant représente la liste des examens jugés inappropriés suite à l'analyse des dossiers médicaux de l'année 2006. Y sont indiqués la fréquence absolue de chaque examen sollicité et le coût total de ces technologies.

Tableau XI: Coût total des examens inappropriés sollicités par les médecins dans les dossiers médicaux de Janvier à Août 2006 (n=nombre de dossiers=55)

Source: UCAMAE (*Unidad Centralizada de Adquisiciones de Medicamento y Afines del Estado*)

Type d'examens	F.A.	Prix unitaire (2006) en pesos uruguayen	TOTAL en pesos uruguayen
TAC	5	1300	6500
Glycémie	3	33	99
Ionogramme	1	168	168
Ecographie transfontanéalaire	1	2030	2030
Hémogramme	9	78,40	705.6
Dosification des toxines	1	300	300
Hémoculture	2	100	200
PCR	3	130	390
RNM	1	6900	6900
Azotémie	2	33	66
créatinine	1	128	128
ECG	2	390	780
TOTAL (en pesos URU) =			18266.6
TOTAL (en \$ US) =			750.2

En moyenné le coût des examens inappropriés contenus dans un seul dossier est de approximativement 332 pesos uruguayens, soit 13,2 \$US par dossier.

9.3 Analyse des entrevues semi qualitatives

Les entrevues comportaient des questions ouvertes concernant le niveau d'information vis-à-vis du GPC, la facilité d'accès à l'information, la perception du GPC, le changement de pratique et la résistance à ce changement. Par la suite, un questionnaire d'intérêt pédagogique a été développé. Finalement, le chercheur a collecté les données démographiques des interviewés. Le tableau suivant montre les caractéristiques des 42 interviewés.

Tableau XII : Caractéristiques des répondants à l'entrevue semi dirigée (n=42)

Caractéristiques	Fréquence (%)
Age	
25-35	47%
36-45	31%
46-55	14%
56 +	7%
Sexe	
F	81%
M	19%
Titre	
Médecin général, Résident en pédiatrie	45%
Pédiatre	43%
Neuropédiatre	12%
Nombre d'années au service	
6 mois -3ans	54%
4 -10ans	24%
11-20 ns	17%
20 +	5%
Type de service	
Urgences	31%
Pédiatrie	43%
Neuropédiatrie	12%
Policlinique	14%
Nombre d'heures au service/semaine	
≤ 24h	45%
25h-48h	36%
> 48h	19%

Le tableau ci-dessous regroupe les réponses au questionnaire d'intérêt pédagogique. Il s'agissait de huit propositions à questions fermées. Cependant, certains médecins ont défendu leur point de vue par une courte explication. Ces commentaires ont également été pris en considération dans l'analyse des entrevues.

Tableau XIII : Attitudes et croyances en % (positive ou négative) vis-à-vis des guides de pratiques cliniques en général.

Attitudes envers les GPC	Positive	Négative	Sans opinion
I- Utilité des GPC			
GPC est une source de conseils utiles	100	-	-
GPC est un bon outil pédagogique	92.3	7.7	-
Il est important de suivre les recommandations du GPC	97.4	2.6	-
II- Perception des effets du GPC			
GPC a pour effet d'améliorer la qualité des soins	95	3	2
GPC a pour effet de diminuer les coûts des soins de santé	97	-	3
III- Difficultés pratiques			
GPC tend à réduire l'autonomie des cliniciens	35	57	8
GPC est simplifié tel une « recette de cuisine » médicale	20	70	10
GPC est trop rigide pour l'appliquer aux patients individuellement	20	80	-

La partie suivante évoque des réponses regroupées selon des thèmes précis. En effet, suite à la transcription de toutes les entrevues, d'une durée moyenne de 15 à 20 minutes chacune, il a été possible de présenter les résultats de l'étude qualitative sous forme de narration.

- **Niveau d'information :**

La plupart des médecins interrogés en 2006 (58 des 62) sont au courant de l'existence du guide de pratique clinique sur la première convulsion en apyrexie. Cependant, certains nouveaux résidents (moins de 6 mois) admettent ne pas l'avoir encore lu: « je ne savais pas que [le guide] existait, je ne suis arrivé qu'en juin ». D'autres résidents ont pris connaissance du guide pendant leur révision d'examens. 11 des 19 résidents déclarent ne pas avoir encore eu l'occasion de se retrouver face à un cas de convulsion en apyrexie pour pouvoir appliquer les recommandations du guide.

Tous les pédiatres et neuropédiatres connaissent le GPC et certains se souviennent également de la présentation orale des résultats de l'enquête précédant sa publication.

- **L'opinion générale du GPC :**

La majorité des interviewés considèrent le GPC comme très utile. Le format est adéquat et simple et le contenu très clair. Il leur permet de mieux organiser leur pratique clinique. En effet, la présentation, sous forme d'arbres décisionnels (algorithme), a été appréciée par la grande majorité des professionnels. Les entrevues indiquent donc que la majorité des médecins soulignent l'utilité du guide de pratique.

Ceci est vrai notamment aux urgences (porte d'entrée des enfants atteints d'une première convulsion en apyrexie). En exprimant leurs intérêts, les médecins ont évoqué l'aide à la décision et le maintien d'une conduite constante comme principaux avantages. Aussi, les pédiatres ont mentionné qu'ils se sentaient plus en sécurité et plus tranquilles depuis l'apparition du guide.

- **Une vision globale positive**

Les médecins ont reconnu unanimement que le guide a permis une meilleure communication et harmonie entre cliniciens, puisqu'ils parlent aujourd'hui « le même langage ». Toutefois, le manque d'évaluation de l'application du guide au CHPR a été mentionné à plusieurs reprises. Cette évaluation servirait à mieux connaître les pratiques actuelles aussi bien que l'impact du guide.

- **Critiques sur le guide**

Malgré une perception générale positive du guide, certaines critiques sur le contenu ont été exprimées. Parmi les commentaires, certains concernent des points précis du GPC, sans toutefois remettre en cause son principe. Ainsi, selon un neuropédiatre, les recommandations rassemblent le groupe des 1 mois à 14 ans dans lequel beaucoup de choses se confondent. En effet, selon ce neuropédiatre, la pratique clinique chez un nourrisson est différente de chez un jeune enfant. Il propose d'élaborer des normes plus spécifiques, en fonction des strates d'âge, afin d'augmenter la validité. Cette suggestion serait surtout utile pour les « plus jeunes, avec moins de connaissances et qui ont souvent tendance à utiliser le guide comme une recette ». De plus, les pédiatres plus anciens pensent que le guide n'a pas été suffisamment diffusé auprès des plus jeunes médecins.

Un autre pédiatre, ayant fait une remarque sur le format du guide et ses dimensions, a déclaré qu'il aimerait pouvoir le mettre dans sa poche et ainsi y avoir accès plus rapidement sur le lieu de travail.

De nombreux interviewés ont souligné le fait qu'il manquait une actualisation du guide et que celle-ci serait avantageuse pour tous les professionnels de la santé, en déclarant : « il était planifié une révision annuelle avec une présentation orale des modifications mais il n'y en a toujours pas eu, c'est dommage. »

Pendant les entrevues, des critiques ont également été exprimées sur le mode de diffusion du GPC. Par exemple, un résident a déclaré que l'hospitalisation des patients n'était pas respectée par tous les médecins et que cela était dû à un manque de diffusion du guide. Cinq autres médecins ont manifesté le besoin de plus de distribution et de communication du GPC vers l'audience ciblée. Ces derniers pensent qu'une dissémination appropriée des recommandations engendrerait une meilleure adoption chez les praticiens.

- **Réactions face au doute**

Au cours de chaque entrevue, des questions de *mise en situation* ont été posées. L'objectif était de connaître la réaction du répondant face à un doute sur le diagnostic, sur les examens à faire et/ou sur le traitement d'un patient atteint d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie.

Les réponses différaient selon le statut du répondant. En effet, les résidents en pédiatrie ne réagissent pas de la même manière face au doute que les pédiatres et les neuropédiatres. La plupart des résidents affirment prendre des décisions en commun lors d'un doute sur le diagnostic ou sur les examens para cliniques. Selon ces derniers, les « grandes décisions se prennent en équipe ». Nous retrouvons, parmi le comportement des résidents face à un doute, deux types de scénarios. Certains d'entre eux consultent d'abord le guide et les livres de référence avant de solliciter, si l'incertitude persiste, l'assistance ou l'opinion d'un spécialiste (neuropédiatre) ou du chef de service. D'autres préfèrent d'abord en discuter avec un collègue ou avec une personne ayant plus d'expérience avant de faire recours aux livres de référence et au guide.

Les pédiatres et les neuropédiatres affirment n'avoir des doutes que rarement. Toutefois, dans certaines situations et pour se sentir plus en sécurité, ils préfèrent partager les décisions avec les parents. Également, pour éviter les complications, certains médecins préfèrent garder l'enfant en observation entre 12 et 24h.

- **Circonstance de consultation du guide**

La plupart des pédiatres et des neuropédiatres exerçant depuis plus de 3 ans connaissent les normes par cœur et ne ressentent pas le besoin de consulter le guide durant la pratique : « L'algorithme est dans ma tête ». Par contre, au sein de ce groupe, une personne a admis vérifier la pertinence de ses décisions dans le guide, le lendemain du diagnostic, afin de s'assurer de l'exactitude de son jugement.

Les résidents, quant à eux, affirment consulter le guide en cas de doute sur les caractéristiques de la crise. Ils le font aussi en cas d'oubli des étapes à suivre, principalement au début de la procédure, pour s'orienter dans leurs décisions et aboutir à un diagnostic juste.

- **Le changement de pratiques**

Les réponses sur la perception des changements de pratiques varient. Il est cependant possible de les regrouper selon le titre du professionnel. Par exemple, de nombreux résidents affirment ne pas avoir effectué de changement dans leur propre pratique puisqu'ils commencent toujours par les recommandations du guide. Ils n'ont donc pas été confrontés au phénomène de résistance. « Je l'ai saisi comme un principe pendant que j'étudiais le sujet de la convulsion en apyrexie. » Par contre, le guide a engendré un changement de pensée chez certains étudiants en médecine. Une résidente a appris, en lisant le guide, qu'« il est possible que la convulsion soit un événement unique qui ne se répètera pas et qu'il est ainsi préférable d'adopter une conduite moins agressive avec le patient ».

Ces résidents, même s'ils n'ont pas connu de changement dans leur pratique, ont tout de même donné leur impression, de manière générale, sur la modification des pratiques des pédiatres. Certains ont remarqué, suite à l'implantation du guide, une diminution de la prescription du traitement anticonvulsif. D'autres ont distingué, dans la

pratique de leurs supérieurs, une rapidité d'action ainsi qu'une diminution des hospitalisations.

En outre, plusieurs résidents signalent une plus grande résistance au changement chez « les médecins plus vieux ». Ceux-ci considèrent qu'il est plus difficile d'instaurer un changement chez les vétérans du fait de leurs habitudes ancrées. Un commentaire qui a notamment été soulevé à six reprises est que l'uniformité des pratiques ne peut être atteinte, principalement à cause de ces vétérans qui ont gardé leur ancienne conduite.

D'autres résidents ne se prononcent pas au sujet de l'uniformisation des pratiques car celles-ci n'ont pu être ni quantifiées ni évaluées. Ainsi, ils concluent qu'il est « difficile d'affirmer que l'uniformité est la conséquence de la parution du guide au CHPR ».

En ce qui concerne les pédiatres et les neuropédiatres qui pratiquent depuis plus de 3 ans, leur vision sur les changements de pratique, résultants de la publication du guide, est pareillement mitigée. Nous allons regrouper leurs commentaires selon les thèmes mentionnés :

Le traitement anticonvulsif :

Certains pensent que la pratique n'a pas énormément changé, en comparaison avec ce qui se faisait antérieurement. « Avant, ce n'était pas non plus tous les enfants qui subissaient le traitement. Il y avait d'autres moyens pour prendre la décision de traiter ou pas. Ce n'est pas quelque chose de nouveau dans le guide »; « le guide a uniquement explicité ce qui se pratiquait ». Par contre, une majorité de pédiatres ont remarqué qu'il y a eu un changement très clair dans les pratiques, à l'égard duquel le guide a eu un impact important, concernant l'initiation de la médication. Selon un neuropédiatre, le guide a permis aux neurologues de reconsidérer chaque situation. « Doit-on traiter cet enfant? Pour quelles raisons? » Ce dernier pense qu'avant la parution du guide, le traitement anticonvulsif été offert de manière quasi-systématique aux enfants atteints d'une première convulsion en apyrexie. Le changement, dans la pratique des pédiatres, est notable puisque le service de neuropédiatrie reçoit des patients ayant ce diagnostic et sans qu'une médication n'ait été préalablement prescrite. Une idée, appuyée par plusieurs médecins, est que le GPC a corrigé les "irrégularités" concernant le traitement anticonvulsif.

Les pédiatres sont satisfaits de la recommandation concernant le traitement, car il est plus difficile d'arrêter la médication une fois initiée. Ces répondants pensent que le guide rationalise l'urgence de traiter ce type de patient.

L'hospitalisation :

Une dizaine de médecins ont remarqué qu'il était plus facile, avec le guide, de discriminer les patients à hospitaliser. Par contre, une jeune pédiatre du service de pédiatrie a confié qu'il persiste toujours une tendance, propre aux praticiens des urgences, à hospitaliser des groupes de patients qui, selon le guide, n'en ont pas besoin.

Les interviewés affirment que, dépendamment du praticien, il semblerait que la recommandation concernant l'hospitalisation ne soit pas exactement suivie.

Diagnostic de la pathologie :

Lors de quelques discussions (4 sur 62) qui ont traité du changement de pratique concernant le diagnostic, les répondants ont affirmé qu'il était possible, grâce au guide, de mieux catégoriser les distinctes causes étiologiques. Ils ont constaté, dans leur propre pratique, qu'ils pouvaient dorénavant diagnostiquer et parvenir à une solution plus facilement.

Les examens para cliniques :

Ce point n'a pas souvent été évoqué, mais deux pédiatres trouvent tout de même leur pratique moins « interventionniste » qu'auparavant.

- **Résistance au changement**

La grande majorité des médecins ont affirmé avoir eu peu, voir très peu, de difficulté à adopter les recommandations du guide. Une résidente en pédiatrie a semblé trouver excessifs les examens demandés, notamment lorsqu'il s'agissait encore d'un nourrisson. Un autre pédiatre a souligné la difficulté à appliquer le guide « dans des lieux où il y a beaucoup d'enfants malades et peu de temps pour les soigner ». Ces deux personnes n'ont pas souhaité donner plus de détails.

- **Impact sur la santé des patients**

Les médecins qui ont remarqué une modification des comportements considèrent que ces changements ont un impact positif sur la santé des patients. La diminution des effets secondaires causés par les drogues anticonvulsives est le sujet le plus discuté par les interviewés. Ils considèrent que la réduction du nombre de prescriptions est très positive pour la santé de l'enfant et pour sa qualité de vie.

Aussi, d'un point de vue psychologique, les parents se sentent plus stables et plus tranquilles lorsque leur enfant ne subit pas un « bombardement d'examens para cliniques ».

Les normes d'hospitalisation du GPC ont un impact sur l'enfant également. Certains répondants déclarent que « l'enfant peut rentrer chez lui après quelques heures d'observation seulement, ce qui induit moins de charges à l'hôpital, telle que la surcharge des chambres par exemple ».

- **Motivation ultérieure**

La plupart des interviewés ont cité une série de pathologies pour lesquelles ils souhaiteraient avoir un GPC interne. Ils ont apprécié l'expérience du GPC et seraient intéressés par l'utilisation d'autres guides, développés par des praticiens du CHPR. Les exemples de pathologies les plus mentionnés sont les convulsions fébriles, la diarrhée infantile, le support nutritionnel pour les maladies respiratoires et le traitement de l'asthme chez le nouveau né.

CHAPITRE 10 : DISCUSSION

10. DISCUSSION

Cette étude consiste en une analyse des effets et une analyse d'implantation du GPC sur la 1^{ière} convulsion en apyrexie au CHPR. Elle a pour objectif de mesurer, tout d'abord, les effets de cette intervention. Par la suite, elle vise à déterminer les facteurs contextuels pouvant expliquer les effets de cette implantation. Enfin, elle propose des recommandations ayant pour but l'amélioration de leur degré de mise en œuvre, préalable logique à l'atteinte d'une plus grande efficacité.

Entrant dans le cadre des recherches sur le changement organisationnel, l'étude a approché le changement selon des perspectives psychosociologique et organisationnelle. Celles-ci se sont révélées, d'après notre revue de littérature et parmi les différents autres modèles, les plus aptes à étudier le changement au sein des milieux organisationnels complexes. Ainsi, nous avons opté pour le modèle de Pathman qui décrit le processus de changement d'attitudes chez les cliniciens. L'appariement de ce modèle théorique à la réalité empirique nous a permis de constater qu'il a pu effectivement expliquer une bonne partie la dynamique créée suite à l'implantation des GPC au CHPR.

10.1 La méthode utilisée

Les trois techniques de recueil de données utilisées permettent de récolter des informations et des éléments de réflexion tant riches que nuancés. Tout d'abord, l'**enquête** auprès des professionnels permet de connaître le niveau de compréhension des praticiens des recommandations établies par le GPC sur la première convulsion en apyrexie chez les enfants de 1 mois à 14 ans. Par la suite, les **entrevues** reflètent l'accord (intellectuel) des médecins envers ces recommandations ainsi que le processus de changement d'attitude. Cette méthode qualitative a permis de dessiner la perception des médecins du GPC. Finalement, l'**analyse des dossiers médicaux** permet de vérifier, dans la pratique, si ces recommandations ont bien été adoptées. À partir de toutes ces informations, il est possible d'utiliser le modèle théorique de Pathman (*awareness to adherence model*), caractérisant les processus de changement chez les médecins, afin de localiser l'échec éventuel dans l'évolution du processus. Ces informations servent à mieux cibler les efforts, ce qui améliore l'adhérence des praticiens.

10.2 La variabilité des examens

La variation des pratiques médicales traduit la diversité des réponses apportées par les professionnels à des cas cliniques similaires. La première enquête, réalisée en Juin 2001, a permis de démontrer la variabilité considérable des conduites diagnostiques et thérapeutiques des médecins du CHPR face à des enfants souffrants d'une première crise convulsive en apyrexie. Cette fluctuation s'énonçait par le nombre de combinaisons possibles d'examens complémentaires réclamés (55 combinaisons pour le cas 1 et 33 combinaisons pour le cas 2). En comparaison avec les réponses de l'enquête de 2006, nous remarquons une nette diminution de la variabilité des examens sollicités, et ce dans les deux cas. En effet, les combinaisons d'examens étaient de 25 et 8, respectivement pour le cas 1 et le cas 2. En outre, la totalité des examens sollicités en 2006 est moindre qu'en 2001 (cas 1 : 23 vs 16 ; cas 2 : 21 vs 11). Nous sommes porté à croire que cette diminution de combinaisons est pertinent puisqu'elle aboutit à une diminution des technologies non recommandées par le GPC.

Dans un premier temps, nous pouvons conclure qu'il existe une plus grande uniformité des pratiques chez les cliniciens interrogés en 2006, relativement à ceux de 2001. Cette première impression concorde avec l'un des objectifs de l'implantation du GPC. Le choix de développer un GPC sur les convulsions en apyrexie prend, en effet, son origine dans les ambiguïtés sur la façon de procéder et dans l'importante variabilité, observée en 2000, des décisions prises par les médecins du CHPR.

Nous allons maintenant procéder au recoupement des résultats de l'enquête avec les informations des analyses de dossiers et des entrevues qualitatives.

10.3 Les examens obligatoires

Selon le GPC, deux examens sont *obligatoires*, aussi bien dans le cas 1 (enfant âgé d'1 à 12 mois) que dans le 2 (enfant âgé de plus d'1 an). Il s'agit du EEG et du Fond d'œil.

- **EEG**

La majorité des études confirme que l'électroencéphalogramme aide à déterminer le type de crise, le syndrome épileptique et le risque de récurrence. Il fournit des informations sur le pronostic à long terme et influence la décision d'entamer des études subséquentes en radiologie.

Cependant, bien qu'il soit l'examen le plus sollicité aussi bien en 2001 qu'en 2006, l'EEG n'est pas réclamé par 100% des médecins. Il n'y a aucune différence non plus, statistiquement significative, entre les réponses à l'enquête de 2001 et celles de 2006. Les analyses des dossiers médicaux montrent qu'en 2000, seulement 59% des dossiers comportaient l'examen EEG. On remarque une augmentation de la sollicitation de l'EEG dans les années 2005 et 2006, celle-ci atteignant 82% (tableau 4). L'hospitalisation du patient semble influencer la décision du médecin à solliciter un EEG (tableau 5). L'enfant hospitalisé est ainsi mieux suivi car il a plus de chance de recevoir l'examen que celui qui ne demeure en observation que 12 heures.

- **Fond d'œil**

Le fond d'œil fait partie de l'examen clinique. Il donne des indications quant à la vision et l'état de santé général du patient. En neurologie et dans un contexte d'urgence, il est surtout utile pour rechercher un œdème papillaire et confirmer ainsi une hypertension intracrânienne et une tumeur du système nerveux. Ainsi, nous saisissons l'importance de ce test en tant qu'examen clinique qui, pourtant, n'est pas sollicité systématiquement par les cliniciens du CHPR.

Cette information se reflète tout d'abord dans l'enquête auprès des professionnels. En 2001, seulement 29% des cliniciens le sollicitent, un pourcentage en baisse en 2006 (1%). Cette importante diminution se confirme aussi par les dossiers médicaux. En effet, alors qu'en 2000 26% des dossiers comportaient une demande de Fond d'œil, nous ne retrouvons qu'un seul dossier sur 55 mentionnant cet examen en 2006, soit 1.8%. Il est difficile d'expliquer ces résultats, d'autant plus que pendant les entrevues, les questions concernant la difficulté d'appliquer les recommandations n'ont pas suscité de réaction au sujet du Fond d'œil.

Malgré cela, des discussions informelles intéressantes avec certains auteurs du GPC ont permis de mieux comprendre l'absence, observée au cours de l'analyse des dossiers médicaux, de cet examen. En Uruguay, les pédiatres ne sont pas formés afin de réaliser eux-mêmes le Fond d'œil, celui-ci devant donc être entrepris par un ophtalmologue. Ce dernier ne se déplaçant pas souvent pour le faire, les pédiatres ne prennent plus, aujourd'hui, la peine de l'inscrire dans les dossiers cliniques. Le nombre d'ophtalmologues au CHPR, au total de 7 en 2000, n'a cessé de diminuer au fil des années, pour atteindre 5 en 2003 puis 4 en août 2006. Ces spécialistes travaillent le matin et en après-midi jusqu'à 18 heures. Ils soignent aux polycliniques comme aux urgences et réalisent aussi des chirurgies en bloc opératoires, ce qui pourrait expliquer, en partie, qu'on ne retrouve pas d'indication sur l'examen de Fond d'œil dans les nombreux dossiers cliniques. Ce manque d'ophtalmologues n'est, cependant, pas l'unique raison qui explique l'absence ou l'insuffisance des examens de Fond d'œil. Les réponses aux questions de l'enquête prouvent que cet examen n'est pas une connaissance suffisamment assimilée théoriquement par les pédiatres (Tableau 1 et 2).

10.4 Une prédisposition à ne rien solliciter :

Une menace, sur laquelle il est important de se pencher, concerne les médecins qui ne réclament aucun examen pour des enfants diagnostiqués de première convulsion en apyrexie. Cette tendance augmente significativement, comme l'indiquent les réponses de l'enquête en 2006 qui montrent, en comparaison à celles de 2001, un nombre plus élevé de non sollicitation d'examens. De plus et toujours d'après l'enquête de 2006, la majorité des réponses : « aucun examen » ont été données par des résidents de 1^{ière}, 2^{ième} ou 3^{ième} année. Ce manque de connaissance peut s'expliquer par la diffusion insuffisante du guide auprès des résidents.

Toutefois, il faut aussi prendre en considération le biais de contagion possible. En effet, alors que certains médecins ont directement rempli et remis les questionnaires qui leur avaient été distribués, d'autres, lorsqu'ils étaient trop occupés et qu'ils manquaient de temps pour lire les questions et y apporter des réponses élaborées et adéquates, ont préféré les remplir et les remettre plus tard. Ainsi, il est possible que des médecins se

soient échangés les réponses et que l'on retrouve, par conséquent, des conduites similaires.

Cependant, ce penchant à ne rien solliciter se retrouve aussi directement dans une infime minorité (4 sur 244) de dossiers cliniques qui ne contiennent aucun examen prescrit. Il est évident qu'il faut aussi tenir compte de la qualité médiocre des dossiers qui, par conséquent, rend probable le fait que le médecin puisse exercer les examens requis sans les inscrire dans le dossier clinique.

10.5 L'adhérence aux examens para cliniques : une sur utilisation persistante des technologies

Appliquer de manière complète et exacte les examens para cliniques à chaque enfant atteint d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie n'est pas conduite courante chez les médecins du CHPR. Cela se révèle dans le tableau 10 représentant l'adhérence aux recommandations relatives aux examens para cliniques.

Le GPC a aussi été conçu, il est vrai, afin de limiter les surcharges d'examens inutiles. Malgré cela, nous remarquons dans les dossiers cliniques, que les pédiatres sur utilisent encore les technologies (tableau 6). Les résultats montrent qu'au cours des années 2003 à 2006, les dossiers médicaux contiennent au moins un des examens tels que l'hémogramme, le PCR, l'azotémie, l'ECG, l'hémoculture, la créatinine ou l'écographie transfontanéliaire, qui ne sont pas des examens préconisés par le guide pour tous les enfants de 1 mois à 14 ans. Cela veut dire qu'il existe encore des médecins qui sollicitent des examens inappropriés pour un enfant atteint d'une 1^{ière} convulsion en apyrexie.

Ce qui est encore plus inquiétant, c'est qu'au fur et à mesure que les années passent (2003 à 2006), la sur utilisation augmente de manière statistiquement significative ($p = 0.016$). Celle-ci est passée de 4% en 2003 à 13% en 2004, avant d'atteindre 22% en 2005 puis 27% en 2006. L'exemple de la sollicitation, par année, de l'ECG montre qu'il existe également une tendance à prescrire cet examen de plus en plus avec le temps (tableau 7). Il semblerait que les médecins respectent moins les recommandations du GPC relatives aux examens para cliniques.

De plus, le guide indique des recommandations en fonction de l'âge du patient. Par exemple, l'ionogramme et la glycémie ne doivent être réalisés que chez l'enfant de 6

mois ou moins. Les résultats montrent que la sensibilité du test de l'ionogramme n'est que de 40%, ce qui signifie que de nombreux patients de moins de 6 mois ne le reçoivent pas. Par contre, sa spécificité est très importante (93%) (Tableau 8), ce qui indique qu'une grande majorité des patients de plus de 6 mois ne reçoivent pas le test tel que convenu. En ce qui concerne la glycémie, les résultats sont similaires, à savoir une faible sensibilité (38%) et une forte spécificité (94%) (Tableau 9).

10.6 Impact sur les coûts

La préoccupation croissante des gouvernements et organismes payeurs à contenir l'explosion des dépenses en santé a apporté un glissement dans la finalité des guides de pratiques cliniques. Aujourd'hui, les guides de pratiques cliniques sont développés, non seulement pour améliorer la qualité des soins et la diffusion de nouvelles connaissances, mais aussi pour diminuer les variations des pratiques et ainsi optimiser l'utilisation des ressources, ce qui contribuera à réduire l'escalade des coûts de la santé. En effet, un GPC possède d'importants bénéfices potentiels pour le système de santé. Cet instrument propose, souvent en standardisant les soins le plus souvent, d'améliorer l'efficacité de l'organisation et de produire des économies pour l'institution en question [5]. Implanter un guide tend à réduire les dépenses d'hospitalisation, de prescriptions de médicaments et d'examen cliniques. Ainsi, le GPC a aussi pour objectif de contrôler les coûts des soins de santé [29]

Nous constatons qu'entre Janvier et Août 2006, l'utilisation inappropriée des technologies représente un coût avoisinant les \$750 US (tableau 11). En moyenne, cela correspond à une sur utilisation de 13\$ US par dossier. Malheureusement, par manque de disponibilité des résultats de l'année 2000 concernant les coûts induits par l'utilisation inappropriée des technologies, nous ne pouvons établir de comparaison menant à une constatation ou une recommandation quelconque. Cependant, il est nécessaire de sensibiliser les médecins à l'importance de minimiser toutes les dépenses inutiles, et plus précisément celles qui sont liées à l'usage inadapté des technologies. On peut également supposer, d'après les résultats des enquêtes réalisées sur l'implantation du GPC, que ce dernier a eu une répercussion sur les dépenses liées à la sollicitation d'examen superflus.

Effectivement, en contribuant à la standardisation des pratiques cliniques, le GPC a certainement permis au CHPR de réaliser d'importantes économies sur les dépenses causées par l'inutilité des examens prescrits par son corps médical en 2000, préalablement à l'introduction du guide.

Pour contrer cette incidence de soins inappropriés et contrôler les coûts des soins de santé, il existe des GPC régulateurs, plus connus sous le nom de *référence médicale opposable* (RMO). Il s'agit de recommandations, formulées négativement sous la forme « il n'est pas approprié de », qui reconnaissent les données scientifiques permettant de définir les soins, les prescriptions inappropriées et la fréquence avec laquelle ces dernières devraient être prodiguées. Des études ont montré que cette politique de RMO avait un impact considérable sur les coûts.[30] Cette alternative pourrait être considérée par l'équipe du GPC, au sein du CHPR, pour ainsi reformuler les recommandations.

Selon une autre étude, il serait plus facile d'encourager les praticiens à effectuer plus d'examen que l'inverse, une idée qui pourrait être appuyée par l'incertitude des médecins face à certaines situations [31]. Pourtant les discours, lors des entrevues, ne mentionnent pas la tendance des médecins à ajouter des tests cliniques lorsque confrontés à une incertitude. Ceux-ci semblent ôter leurs doutes par la prise d'une décision commune de l'équipe soignante ou par la consultation du GPC.

10.7 Le traitement anticonvulsif

Les enquêtes des années 2001 et 2006 dévoilent une très nette différence dans l'indication du traitement anticonvulsif. En effet, en 2001, 60% des médecins sollicitaient ce traitement pour leurs patients, alors qu'aujourd'hui seulement 3% prescrivent la médication directement aux enfants. Certains médecins ayant participé à l'enquête en 2006 vont même jusqu'à détailler leurs réponses en indiquant les situations dans lesquelles il est possible de prescrire le traitement. Leurs explications répondent bien aux conditions décrites dans le GPC.

Les réponses aux entrevues rejoignent bien cette dernière constatation. En effet, le thème le plus récurrent de ces entrevues est l'affirmation des médecins que l'initiation du traitement n'est plus aussi systématique qu'auparavant.

Les dossiers médicaux « *post-intervention* » montrent également une très bonne adhérence aux recommandations du guide. La moyenne, pour les années 2003 à 2006, est de 88% d'adhérence, comparativement à seulement 50% en 2000 (tableau 10).

10.8 L'hospitalisation

Par manque d'information sur le mode d'hospitalisation des patients avant l'apparition du guide (2000), le discours des médecins lors des entrevues demeure mitigé. La plupart pensent que la conduite concernant l'hospitalisation diffère selon le praticien. Alors que certains ont encore une tendance à *trop* hospitaliser, d'autres apprennent à n'hospitaliser que lorsque cela est nécessaire. Au-delà de ces propos, l'analyse des dossiers cliniques nous confirme un bon pourcentage d'adoption de la recommandation concernant l'hospitalisation. En 2006, 87% des praticiens suivent les instructions inscrites dans le GPC.

Aussi, nous avons retrouvé dans certains cas (8 cas sur 244) une hospitalisation du patient justifiée par sa position socioéconomique. Des patients âgés de plus d'un an et ayant été identifiés comme « *alto riesgo social* », ou risque social élevé, ont par la suite été hospitalisés. Cette situation est tout à fait appropriée et fondée. En effet, le GPC ne prend pas en considération le statut socioéconomique du patient et de sa famille. Il est connu qu'il existe une étroite corrélation entre la position socioéconomique d'une personne, sa santé et les soins à lui prodiguer par conséquent. Cependant, très peu de GPC incorporent les évidences sur les effets du statut socioéconomique.[32]

10.9 Un manque de confiance de la part des pédiatres

En 2006, aucun médecin n'applique les recommandations de manière exacte. Par contre, si nous analysons la pratique, sans prendre en considération l'examen du Fond d'œil et la consultation chez le neuropédiatre, nous remarquons une augmentation significative de l'adhérence.

L'inadéquation la plus importante concerne le transfert du patient chez le neuropédiatre. L'arbre décisionnel du guide indique clairement qu'il n'est pas nécessaire de consulter ce spécialiste si la convulsion est générale et le résultat de l'EEG normal. En

2006, 58% des médecins sollicitent encore la consultation du neuropédiatre, sans que celle-ci ne soit pour autant indispensable, d'après les recommandations du GPC. Selon les auteurs du GPC, cette conduite s'explique par un manque d'assurance de la part des médecins des urgences.

10.10 Analyse des effets

Les effets de l'implantation du GPC sur la convulsion en apyrexie répondent en partie aux objectifs de cette intervention. Souvent critiquées au CHPR sont les controverses et incertitudes sur l'abordage de la 1^{ière} convulsion en apyrexie qui ont provoquées une variation des pratiques et une utilisation inappropriée des technologies (engendrant des dépenses inutiles).

L'analyse des résultats a prouvé que, suite à la diffusion des GPC, la pratique des médecins est moins variée aujourd'hui qu'en 2000. Les praticiens se sont exprimés sur leur façon d'exercer et approuvent l'existence d'une plus grande uniformité dans les pratiques des pédiatres. Nous pouvons conclure que, malgré l'adhérence incomplète, le GPC a bien été suivi dans certaines circonstances cliniques. Il s'agit maintenant d'expliquer ces résultats par une analyse plus approfondie : l'analyse d'implantation.

10.11 Analyse d'implantation

Les résultats observés sont donc attribuables, principalement, à la présence du GPC au CHPR. Cette implantation du guide a notamment permis de changer certaines pratiques chez les pédiatres. Néanmoins, il est difficile de conclure que les praticiens utilisent, depuis son implantation et de manière appropriée, la totalité des recommandations du GPC. Certaines sont particulièrement plus suivies que d'autres. Les indicateurs principaux montrent une très forte adhérence de la prescription de médicaments, une bonne adhérence pour l'hospitalisation et une très faible adhérence aux examens cliniques. Cette variation dans les soins, malgré le GPC, évoque la présence de facteurs *externes* associés aux pratiques cliniques. Avant qu'un guide n'affecte la santé du patient, il influe d'abord les connaissances du médecin, avant de modifier ses attitudes et son comportement. Toutefois, l'adhérence des médecins au GPC peut être troublée par

une multitude d'obstacles. Cette étude a permis de déceler certaines barrières responsables de l'adhérence aux recommandations du guide, à savoir n'importe quel facteur qui limite ou restreint l'adhérence complète au GPC. [33]

L'analyse d'implantation permet de comprendre les facteurs externes qui, suite à une innovation, ont pu influencer le processus de changement d'attitudes (cf. modèle de Pathman). Nous avons considéré deux groupes de facteurs: organisationnels et psychosociologiques. Ceux-ci sont associés à l'application des recommandations.

Facteurs organisationnels

- **Développement du GPC**

Les guides de pratiques cliniques sont rarement basés uniquement sur les données probantes. Dans la plupart des cas, ils incorporent aussi le consensus des points de vue des experts. Ils sont développés et rédigés par une équipe multi professionnelle, incluant les professionnels de la santé qui vont ultimement utiliser les GPC. Il est important que l'ensemble des disciplines clés contribuent au développement du guide, afin d'assurer la *propriété* et le *support* des recommandations [18]. De plus, la participation multi professionnelle au développement du guide peut influencer son implantation[15]. Pour que les recommandations soient suivies par chacune des personnes impliquées, au sein d'un service particulier, le GPC doit démontrer le rôle de chaque auteur, ainsi que sa contribution à l'amélioration de la santé des patients. L'adaptation des recommandations signifie la prise en compte de la qualité des données, la cohérence entre les données probantes et les propositions et enfin, l'applicabilité de chaque recommandation [34]. Le degré d'adaptation peut encourager une adoption du GPC plus importante. Cette première étape est donc capitale à l'implantation, avec succès, du GPC dans les pratiques quotidiennes.

Le groupe d'experts chargés d'élaborer les recommandations doit présenter certaines caractéristiques : [35]

- un groupe représentatif des différents utilisateurs éventuels
- des cliniciens aguerris
- une dynamique et une expertise en données probantes

- un spécialiste de processus
- un représentant du public ou des patients
- des outils particuliers, telle qu'une revue de littérature relative à la pratique donnée, une analyse rigoureuse des pratiques médicales et un mécanisme de validation des recommandations envisagées.

Le GPC sur les convulsions en apyrexie a été développé par une équipe de cliniciens du CHPR, composée de quatre pédiatres, un spécialiste en épidémiologie, un professeur et un neuropédiatre et dont la plupart avaient une expérience professionnelle supérieure à 5 ans. Ils se sont réunis de manière régulière pour tenter de rédiger un guide adapté à leur milieu de travail. Cette étude ne prévoyait pas de guide à l'intention des patients, ceux-ci ne participant pas de manière significative aux décisions concernant le diagnostic et le traitement de la 1^{ière} convulsion en apyrexie. Une spécialiste canadienne de ce type de processus a soutenu cette équipe à travers les différentes étapes de développement, dissémination et implantation du GPC. La création de ce guide de pratiques cliniques au sein du CHPR a donc été faite de manière structurée, réglementée et complète, la participation de professionnels issus de divers domaines de la santé et la supervision et le suivi des spécialistes canadiens en faisant foi.

Finalement, les discussions avec les professionnels de la santé du CHPR, ont démontré l'intention de développer d'autres GPC mais l'équipe est encore à une étape initiale, soit celle du diagnostic des priorisations des thèmes. Cette motivation vise à présumer une pérennisation du projet qui doit encore faire ses preuves.

- **Méthodes de diffusion**

La diffusion ou dissémination des recommandations peut être définie comme l'action de propager, largement et dans de multiples directions, les informations contenues dans les GPC. Sa stratégie dépend du thème, de la population cible (praticiens) et des moyens financiers disponibles. En général, les stratégies de diffusion visent des groupes spécifiques et modèlent le message pour chacun d'entre eux. La diffusion et l'accessibilité des GPC sont des facteurs évidents de connaissance et d'observance.

D'après de nombreuses études, une des meilleures méthodes de divulgation des GPC est la formation interactive - une véritable éducation des praticiens, comprenant des

séminaires de sensibilisation et d'information - en opposition à la diffusion passive. En effet, les réunions-débats, sous forme d'ateliers éducatifs, permettent de mieux intégrer les recommandations.[36]

Au CHPR, la diffusion des nouvelles recommandations s'est limitée aux évènements de Mai 2003 - communication du travail réalisé par l'équipe du CHPR - de Juin 2003 - présentation publique du GPC développé - et finalement de Juillet 2003 où a eu lieu une conférence générale sur les *evidence based medicine*. Suite à ces évènements, les résultats de l'enquête auprès des professionnels et le GPC sur la première convulsion en apyrexie ont été publiés.

En juillet 2002, un atelier a été conçu pour résumer la variabilité de la pratique des médecins du CHPR. Cependant, il aurait été fort intéressant de sensibiliser le public en comparant ces pratiques avec des standards externes. Ce retour d'information (*feedback*) est associé au jugement sur la pratique mesurée - pourcentage d'une pratique considérée comme appropriée ou non.

Ces activités reflètent la manière avec laquelle les praticiens ont été incités à suivre les recommandations. Il semblerait également que certaines interventions de leaders d'opinions (formateurs influents), qui ne sont autres que les membres de l'équipe du GPC, auraient eu lieu. Ces derniers jouent un rôle clé dans l'adoption des opinions et incarnent les valeurs du groupe. Ils sont chargés de transmettre l'information, au niveau local, auprès des praticiens. Cette activité n'a pas été évaluée en tant que telle, mais l'équipe du GPC a déclaré qu'elle tentait à transmettre, directement sur le lieu de travail et le plus fidèlement possible, les bonnes pratiques inscrites dans le GPC.

Cependant, l'équipe du GPC, seule à élaborer cette activité, a témoigné son insuffisance. Il devient alors indispensable d'augmenter le nombre de leader d'opinions au sein du CHPR, afin d'influencer davantage l'attitude d'autres médecins. Hiss et coll (1978) ont mis en place une méthode permettant de repérer les médecins formateurs influents. La plupart du temps, ces médecins possèdent des qualités de communication, d'humanisme et de savoir. [37] Il serait alors possible de demander aux médecins du CHPR de nommer les collègues illustrant le mieux ce type d'attribut, ce qui permettrait de repérer les leaders d'opinions aux fins d'études d'intervention pédagogique.

Les rappels (*reminders*) sont un autre moyen d'inciter les praticiens à suivre les recommandations du guide. Ces rappels remémorent au clinicien, lors de la consultation, les recommandations adaptées à une situation clinique précise. Aux urgences du CHPR, au cours de l'année 2004, certains médecins ont tenté d'annexer au dossier patient l'algorithme du GPC, pour aider la prise de décision. Cette activité n'ayant pas été suivie de près, elle a été très vite délaissée. Par conséquent, ses effets se sont évanouis aussitôt qu'ont cessé les rappels.

Nous remarquons que peu de stratégies ont été mises en œuvre pour l'implantation des recommandations. Les techniques de dissémination du GPC auprès des professionnels de la santé du CHPR n'ont pas semblé suffisantes pour éliminer entièrement l'utilisation inappropriée des technologies.

Le but de ces types de communications n'est pas seulement d'augmenter le niveau d'éveil des praticiens, mais aussi de modifier le comportement des cliniciens pour qu'ils se conforment au GPC. Selon Lomas (1993), afin qu'une diffusion soit réussie, le porteur du message doit aussi bien cerner qu'aider à surmonter les obstacles à l'utilisation de l'information (GPC) au sein de la population cible.[38] Au CHPR, le dynamisme entourant cette théorie a manqué. Une fois le guide mis en place et introduit, l'institution n'a cherché ni à comprendre les barrières entourant l'application des recommandations sur le lieu de travail, ni à assister les médecins à adopter plus facilement le guide et à respecter ses recommandations. Suite à l'analyse d'implantation du GPC, un meilleur suivi de l'implantation du GPC au CHPR serait alors fortement recommandé.

- **Disponibilité des médecins**

Le "manque de temps" des praticiens doit impérativement être pris en compte comme barrière inhérente à l'environnement. En effet, au CHPR, les pédiatres dédient une grande partie de leur temps aux activités de soins, ce qui rend plus difficile la participation aux formations continues. Ces conditions organisationnelles qui encadrent la pratique des cliniciens rendent les modifications de comportements parfois impossibles. Certaines plaintes, de la part des membres de l'équipe du GPC, ont notamment été soulevées. Souvent, ce sont les mêmes personnes qui appartiennent aux différents comités qui se retrouvent, malgré leur motivation à participer, dépassés par les

événements. Cependant, l'équipe du guide de pratiques cliniques tente de poursuivre ses efforts afin d'élaborer un autre GPC.

- **Manque de ressources**

D'autres facteurs externes peuvent affecter la capacité à implanter correctement les recommandations du GPC. Il est possible de recenser une habilité restreinte affectant le comportement des médecins du CHPR. À l'hôpital, le manque de ressources est un de ces facteurs. En effet, très peu d'ophtalmologues sont disponibles pour réaliser le Fond d'œil, par conséquent très peu sollicité. Cette information a été divulguée et discutée par l'équipe du GPC. Nous pourrions alors conclure que ce type de recommandation n'est pas totalement compatible avec le milieu de travail. Afin d'y avoir une meilleure adhérence, il est souhaitable de former les pédiatres à la réalisation du Fond d'œil, ou d'augmenter le nombre d'ophtalmologues disponibles aux urgences. Ce genre d'intervention devrait être accompagné d'une sensibilisation plus importante, fondée sur des données scientifiques, à la nécessité d'accomplir le Fond d'œil.

Facteurs psychosociologiques

Parmi les raisons mentionnées dans de nombreuses études et expliquant la non-adhérence à une recommandation, on retrouve la difficulté pour un médecin d'adopter un nouveau comportement et l'inertie par rapport aux pratiques antérieures. Les théories sociales montrent que ce sont des facteurs comme les habitudes, les coutumes, l'exemple donné par les pairs, les pratiques habituellement répandues et les normes sociales qui influencent l'assimilation et l'interprétation des informations nouvelles.

- **La résistance au changement**

L'inertie des pratiques antécédentes peut aussi être une barrière affectant l'attitude du médecin. Cette résistance a été observée indirectement. Certains pédiatres ont remarqué un manque de motivation chez des collègues, dû à des habitudes installées. Afin de contrer cette résistance, l'actualisation régulière des recommandations, en fonction des progrès scientifiques, servirait à démontrer que celles-ci ne s'inscrivent pas

dans un cadre rigide, mais plutôt dans une politique d'adaptation de la médecine aux avancées de la science (*evidence based medicine*).

Des théories sur le comportement expliquent que le changement d'agissement d'un individu est gouverné par ses propres perceptions, mais que celui-ci peut également être manipulé par des forces internes et externes. [39]

La théorie sociale cognitive (Bandura 1986) stipule qu'il existe une interaction entre le comportement humain, des facteurs personnels et des facteurs environnementaux, interaction sous forme de déterminisme réciproque de ces trois facteurs. Cette théorie avance qu'en plus d'être soumis à l'influence de l'environnement extérieur, les comportements humains sont également assujettis aux facteurs personnels ou cognitifs, ces derniers pouvant influencer aussi bien sur le comportement de l'humain que sur sa perception de l'environnement extérieur. Dans le cadre de notre étude, l'interaction au sein de l'hôpital, entre le comportement des médecins, leurs connaissances et idées reçues qui constituent ici les facteurs cognitifs et l'environnement extérieur les entourant, contribue à renforcer la résistance à l'instauration et à l'adoption d'un guide de pratiques cliniques.[40]

Ces approches d'influences sociales sont utiles lorsque les barrières à l'adhérence sont en relation avec les cultures existantes et la routine des médecins. [16] Les guides doivent, à ce titre, surmonter à la fois les attitudes négatives et les facteurs puissants comme les normes sociales et les habitudes cliniques. Celles-ci et les croyances des pairs, surtout si elles appuient des habitudes cliniques anciennes, entraveront l'adoption d'un nouveau guide même si, en théorie, les médecins savent qu'ils amélioreraient leur pratique. [41]

- **Le sentiment de perte d'autonomie**

Parmi les obstacles à la mise en œuvre des recommandations, nous retrouvons le sentiment de coupure de liberté et de prise de décision chez les professionnels. La perception des médecins sur les GPC constitue une autre entrave importante à l'adoption des guides. L'un des plus importants obstacles à l'utilisation des guides est la vision négative que peuvent en avoir les médecins.

Dans les entrevues, certaines questions concernaient les difficultés pratiques. Ainsi, 35% des interviewés pensent que les GPC tendent à réduire l'autonomie du médecin, pendant que 20% les comparent à une « recette de cuisine médicale ». Enfin, 20% trouvent que les recommandations sont difficiles à appliquer aux patients individuellement. Généralement, ces personnes présument que les guides sont trop normatifs et uniformisés et, par conséquent, difficiles à adapter aux traitements individuels des patients. Des expressions, comme « recettes » et « livre de cuisine des médicaments », reflètent la croyance des médecins selon laquelle, en se concentrant uniquement sur les données, on détruit « l'habileté intuitive » de la pratique médicale[41, 42]. Il est extrêmement difficile de surmonter cette perception de menace de l'autonomie et de liberté des médecins.

Les théories de changement (Klein 1976) et les recherches sur l'amélioration de la qualité (Harvey 1993) démontrent que les professionnels s'opposent à toute variation lorsqu'ils sentent leur compétence et leur autonomie menacées[18]. Il est toutefois important de noter qu'il existe des « zones grises rappelant que la bonne médecine clinique reste un mélange d'art et d'incertitude avec la science des probabilités ».[43] En effet, le GPC ne peut pas prendre en compte ou anticiper l'ensemble des cas particuliers rencontrés. Il faut donc intégrer le guide dans un cheminement clinique en le saisissant comme *feuille de route* des soins plutôt que *recette* pour la pratique clinique. Il est impératif de préciser la fonction des GPC et leurs limites dans l'aide à la décision, afin d'éviter les déceptions vis-à-vis des recommandations ne s'appliquant pas toujours à certaines situations spécifiques.

- **Les connaissances des praticiens**

Bien que la majorité des interviewés garantissent avoir assimilé le contenu du GPC, il semblerait qu'il existe encore des barrières cognitives affectant les connaissances. Les réponses à l'enquête et l'analyse des dossiers suggèrent un manque de familiarité avec le GPC, bien que certains pédiatres l'utilisent comme support de cours. Les meilleures stratégies, visant à inciter les médecins à adopter de nouvelles connaissances, comprennent une communication interpersonnelle appelant à la participation des destinataires ainsi qu'à la collaboration de leaders d'opinion, de

professeurs renommés et de visiteurs médicaux. Elles doivent encore comprendre une phase de vérification et de rétroaction. Ici aussi, il serait pertinent d'ajourner les connaissances, de manière plus systématique, par des rappels et des ateliers destinés notamment aux nouveaux résidents. En effet, l'expérience et l'ancienneté à l'hôpital interviennent inévitablement dans le processus d'adhérence aux recommandations.

- **Les caractéristiques des médecins**

Nous remarquons que les résidents en pédiatrie et les pédiatres exerçant depuis 3 ans et plus ne répondent pas de la même manière à un cas de 1^{ière} convulsion en apyrexie. Cela se note dans le discours des entrevues, mais aussi dans les réponses de mise en situation. Il est évident que l'expérience du métier contribue à une adoption plus proche des recommandations du GPC. Il est donc primordial de sensibiliser les nouveaux résidents afin qu'ils appliquent correctement les examens para cliniques.

CHAPITRE 11 : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

11. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le tableau suivant récapitule les 4 étapes du processus d'adhésion du modèle de Pathman.

Étape 1 : <i>Awareness</i>	Connaissance, prise de conscience de l'existence de la ligne directrice de pratique clinique
Étape 2 : <i>Agreement</i>	Accord ou approbation des recommandations
Étape 3 : <i>Adoption</i>	Adoption ou instauration de pratiques se conformant aux recommandations
Étape 4 : <i>Adherence</i>	Adhésion fait aux recommandations, partie intégrante de la pratique

Ainsi, si l'on en croit le modèle élaboré et testé par Pathman et coll. (1996), les médecins - en l'occurrence les pédiatres - qui se plient aux directives du GPC sur la 1^{ière} convulsion en apyrexie obéiraient, en majorité, à la logique cognitivo-comportementale suivante: ils prennent connaissance de ces directives, les approuvent intellectuellement, décident de les adopter puis, régulièrement et en temps voulu, les mettent en pratique.

Afin de valider le déploiement de ce processus dans notre étude, il est intéressant de dégager les résultats obtenus d'après les méthodologies utilisées. Cette triangulation méthodologique a permis d'obtenir une multitude d'informations, aussi variées que complémentaires. Elle devrait accroître la vraisemblance des conclusions de l'étude par l'obtention des résultats convergents atteints par des méthodes différentes.

1. D'après les entrevues semi qualitatives, il semblerait qu'il n'existe pas de frein à l'appropriation des recommandations générales entre les étapes 1 et 4. La très grande majorité des interviewés sont au courant du GPC, en approuvent le contenu, disent adopter les recommandations dans leur pratique et affirment consulter le GPC pour leur prise de décisions. Si l'on s'en tenait à cette information, l'adhérence au GPC serait très importante, voir quasi complète.
2. Cependant, l'enquête auprès des professionnels dénonce, d'une manière plus réelle, le niveau d'assimilation du contenu du guide par les médecins du CHPR.

En effet, la connaissance du public cible du contenu du GPC a été testée par des questions précises sur les intentions de pratiques. Il s'en est dégagé, pendant que des examens obligatoires ne sont pas cités systématiquement, que de nombreux examens inutiles sont encore sollicités en 2006. Il semble essentiel de sensibiliser davantage les nouveaux praticiens à l'existence du guide et à l'importance de son contenu. Par contre, la connaissance de la recommandation sur le traitement est très élevée (97%) et la conformation à cette recommandation est plus importante qu'en 2001. L'enquête a révélé un manque de connaissance sur les examens para cliniques à exercer, ce qui rend plus difficile le passage de l'étape 1 à l'étape 2 du modèle Pathman.

3. Finalement, les dossiers médicaux ont pu démontrer l'agissement réel des pédiatres. Alors que ces derniers traitaient davantage les patients avant la venue du GPC, aujourd'hui les médecins sont majoritairement en accord avec les conditions de traitement et adoptent pleinement cette recommandation. Ce résultat rejoint précisément ceux de l'enquête. Cette adhérence est de grande envergure puisqu'elle consent une meilleure qualité de santé chez les enfants. Les dossiers médicaux ont aussi confirmé l'utilisation inappropriée des technologies, déjà décelée dans les réponses aux enquêtes.

En conclusion, le guide de pratique clinique a pu améliorer la qualité des prises de décisions cliniques. Il offre des recommandations explicites, sous forme d'algorithme, pour faciliter le processus de décision des médecins en présence d'un doute. Ce guide a su modifier certaines croyances des médecins accoutumés à des anciennes pratiques et rassurer ces derniers sur la justesse et la convenance des examens et des traitements à donner en cas de première convulsion en apyrexie. Il a aussi participé à la diminution de la variabilité des pratiques et, par conséquent, des coûts des soins de santé. Bien que la dissémination du GPC ait été passive, elle a engendré un effet sur le changement de comportement des médecins.

Cependant, ce guide devrait aussi porter davantage l'attention des médecins sur les pratiques ineffectives, dangereuses et inutiles. De nombreux efforts de diffusion

subsistent pour optimiser le guide. En effet, ce véhicule devrait permettre de rejoindre un grand nombre de professionnels pour communiquer de nouvelles connaissances et faire le point sur des sujets controversés.[44] Néanmoins, l'étude a prouvé qu'il persiste encore un manque de connaissance sur la pratique adéquate lors d'un cas de 1^{ière} convulsion en apyrexie. Il est alors primordial d'allier, au sein du CHPR, des interventions de formation médicale continue impliquant des leaders d'opinion à la mise sur pied de mécanismes d'évaluation et de rétroaction. Ainsi, il sera plus facile de discuter des difficultés à adopter et à appliquer les recommandations et des ajournements possibles et plus adaptés au contexte.

En définitive, cette étude a permis de démontrer que la modification comportementale dépend, non seulement, des caractéristiques personnelles des médecins, mais aussi de celles de leur contexte clinique. L'interaction entre les facteurs organisationnels et les facteurs psychosociologiques, alliés aux stratégies d'implantations sélectionnées, rend le processus de prise de décision plus complexe. Cette évaluation a donné des résultats qui pourront être exploités par le CHPR. En effet, depuis l'implantation du guide, aucune appréciation de l'intervention n'a été développée, alors que de nombreux professionnels souhaiteraient connaître l'évolution de leur pratique suite à la venue du GPC. Cette étude encourage l'équipe du GPC et la direction de l'hôpital à adopter un comportement attentif aux impacts, à long terme, de cette initiative.

RECOMMANDATIONS

Afin d'optimiser davantage les efforts effectués pour le développement et l'implantation du GPC auprès du CHPR, une série de recommandations est suggérée. Celle-ci est aussi inspirée par des demandes d'évaluation évoquées lors des entrevues. En effet, certains professionnels sont conscients de l'insuffisance de la diffusion du guide et des progrès qu'il reste à faire.

- Organiser de nouvelles journées de formation à l'hôpital pour faire connaître et inciter à l'utilisation des protocoles cliniques.
- Planifier des réunions de service hebdomadaires pour soutenir les bonnes pratiques.

- Identifier une équipe de médecin 'Leader' disponible et motivée pour le suivi du plan d'action et l'évaluation des pratiques au fur et à mesure.
- Impliquer davantage la direction pédiatrique à réaliser des réunions fréquentes pour garantir la participation et l'engagement des médecins.
- Présenter les résultats et préparer avec les professionnels de l'hôpital un plan d'action pour la mise en place des changements de pratiques désirés.
- Inciter et assurer une bonne tenue des dossiers patients ainsi qu'un archivage plus précis.
- Obtenir des modifications des pratiques par un effort soutenu de communication interne : affichage des recommandations dans les salles d'urgence et enseignement systématique à l'ensemble des acteurs du service répété tous les 6 mois.
- Combiner plusieurs types d'interventions pour la diffusion et l'implantation des recommandations (audits, *feedbacks*, aide-mémoire, distributions de documents imprimés; support électroniques).
- Développer une *culture* de la remise en question des pratiques basées sur les évidences.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dubois, A., *Rapport de fermeture du projet Canada-Uruguay (projet de transfert technologique 2000-2005)*. 2006, Unité de Santé Internationale Université de Montréal Montréal. p. 42.
2. Committee to advise the public health service on clinical practice guidelines, *Clinical practice guidelines : directions for a new program* in *National academy press*, M. Field and K. LOHR, Editors. 1990. p. 38.
3. Eccles, M.P. and J.M. Grimshaw, *Selecting, presenting and delivering clinical guidelines: are there any "magic bullets"?* *The Medical journal of Australia*, 2004. **180** (6 Suppl): p. S52-4.
4. Burgers, J.S., *Guideline quality and guideline content: are they related?* *Clinical chemistry*, 2006. **52**(1): p. 3-4.
5. Woolf, S.H., et al., *Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*. *BMJ (Clinical research ed)*, 1999. **318**(7182): p. 527-30.
6. Davis, D.A. and A. Taylor-Vaisey, *Translating guidelines into practice. A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines.[see comment]. [Review] [61 refs]*. 1997.
7. Miller, M. and N. Kearney, *Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation*. *International journal of nursing studies*, 2004. **41**(7): p. 813-21.
8. Benabdelaziz, A., *Attitudes et attentes des médecins généralistes à l'égard de la formation médicale continue*. *Pédagogie Médical*, 2002. **3**: p. 101-107.

9. Robinson, M.B., *Evaluation of medical audit*. Journal of epidemiology and community health, 1994. **48**(5): p. 435-40.
10. Greco, P.J. and J.M. Eisenberg, *Changing physicians' practices*. The New England journal of medicine, 1993. **329**(17): p. 1271-3.
11. Greer, A.L., *The state of the art versus the state of the science. The diffusion of new medical technologies into practice*. International journal of technology assessment in health care, 1988. **4**(1): p. 5-26.
12. Hadorn, D., McCormick K, and D. A, *An annotated algorithm approach to clinical guideline development*. JAMA, 1992. **267**: p. 3311-14.
13. Montgomery, L.A. and G.K. Budreau, *Implementing a clinical practice guideline to improve pediatric intravenous infiltration outcomes*. 1996.
14. Feifer, C., et al., *The logic behind a multimethod intervention to improve adherence to clinical practice guidelines in a nationwide network of primary care practices*. Evaluation & the health professions, 2006. **29**(1): p. 65-88.
15. Locatelli, F., S. Andrulli, and L. Del Vecchio, *Difficulties of implementing clinical guidelines in medical practice*. Nephrol Dial Transplant, 2000. **15**(9): p. 1284-7.
16. Feder, G., et al., *Clinical guidelines: using clinical guidelines*. [Review] [25 refs]. 1999.
17. Soumerai, S.B. and J. Avorn, *Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making*. Jama, 1990. **263**(4): p. 549-56.
18. Duff, L.A., et al., *Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation*. Journal of advanced nursing, 1996. **23**(5): p. 887-95.

19. Rogers, E.M., *The Diffusion of innovations*. 4th ed, ed. T.f. press. 1995.
20. Lecompte, R. and L. Rutman, *Introduction aux méthodes de recherche évaluative*. Les presses de l'université Laval, Québec, 1982.
21. Barberger-Gateau, P., *L'évaluation en santé*. Revue d'Epidémiologie et Santé Publique, 2000. **48**(6): p. 513-516.
22. Contandriopoulos, A.-P., et al., *Savoir préparer une recherche* ed. G. morin. 2005, Canada.
23. Denis, J.-L. and F. CHAMPAGNE, *Pour comprendre les changements dans les organisations*. Gestion 1990. **15**: p. 44-55.
24. Denis, J.-L., F. Champagne, and A.-P. Contandriopoulos, *L'analyse de l'implantation* 1990.
25. Pathman, D.E., et al., *The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline compliance. The case of pediatric vaccine recommendations*. Med Care 1996. : p. 873-889
26. Yin, R.K., *Case study research: Design and methods*. Rev. Ed. ed, ed. S. Publishing. 1989, Beverly Hills, CA.
27. Pires, A., *De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales*, in *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, G.t. Morin, Editor. 1997: Montréal- Paris-Casablanca. p. 3-54.
28. Baraibar, A., et al., *Atención de niños con una primera convulsión en apirexia - Encuesta a profesionales* Archivo pediátrico Uruguay, 2004. **75**: p. 224-228.

29. Haycox, A., A. Bagust, and T. Walley, *Clinical guidelines-the hidden costs. [Review] [14 refs]*. 1999.
30. Durieux, P., et al., *From clinical recommendations to mandatory practice. The introduction of regulatory practice guidelines in the French healthcare system*. 2000.
31. Carpenter, C.E., N.E. Johnson, and J.F. Rosenfeld, *The impact of clinical guidelines on practice patterns: doing more versus doing less*. 1998.
32. Aldrich, R., et al., *Using socioeconomic evidence in clinical practice guidelines*. BMJ (Clinical research ed, 2003. **327**(7426): p. 1283-5.
33. Cabana, M.D., et al., *Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement*. Jama-Journal of the American Medical Association, 1999. **282**(15): p. 1458-1465.
34. Fervers, B., et al., *Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure*. Int J Qual Health Care, 2006. **18**(3): p. 167-76.
35. Beaulieu, M.-D., et al., *L'élaboration et l'application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales-Projet QC303*. 2000, Fonds pour l'adaptation des services de santé : Montreal p. 87.
36. Bouvenot, J., *Facteurs influençant l'appropriation des recommandations médicales par les médecins*. la presses médicale, 2002. **31**: p. 1831-5.
37. Hiss, R.G., R. Macdonald, and W.K. Davis, *Identification of physician educational influentials (EIS) in small community hospitals*. Res Med Educ, 1978. **17**: p. 283-88.

38. Lomas, J., *Diffusion, dissemination, and implementation: who should do what?*. [Review] [19 refs]. 1993.
39. Smith, W.R., *Evidence for the effectiveness of techniques To change physician behavior*. 2000.
40. Bandura, A., *Social foundations of thought and action*, ed. E.C. Prentice-Hall. 1986. 544.
41. Conroy, M. and W. Shannon, *Clinical guidelines: their implementation in general practice*. [Review] [54 refs]. 1995.
42. Tunis, S.R., et al., *Internists' attitudes about clinical practice guidelines*. [see comment]. 1994.
43. Naylor, C., *Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine*. *Lancet*, 1995. **345**: p. 840-2.
44. Natsch, S. and J.W. van der Meer, *The role of clinical guidelines, policies and stewardship*. [Review] [25 refs]. 2003.

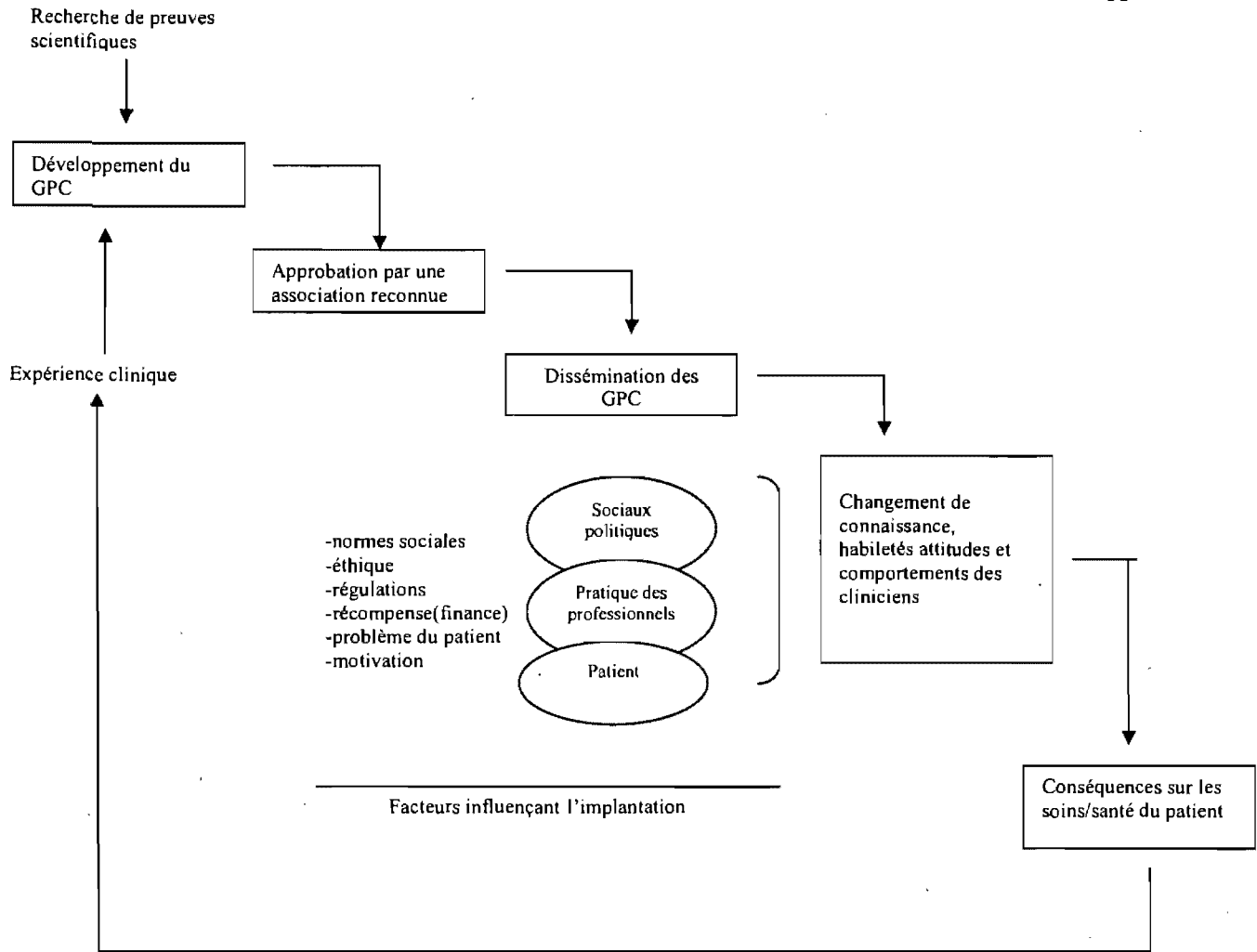


Schéma la cascade du GPC

Les étapes de développement et d'implantation de GPC et les facteurs influençant son adoption.
(Adapté de Fox, Mazmanian et Putman)

Annexe 2

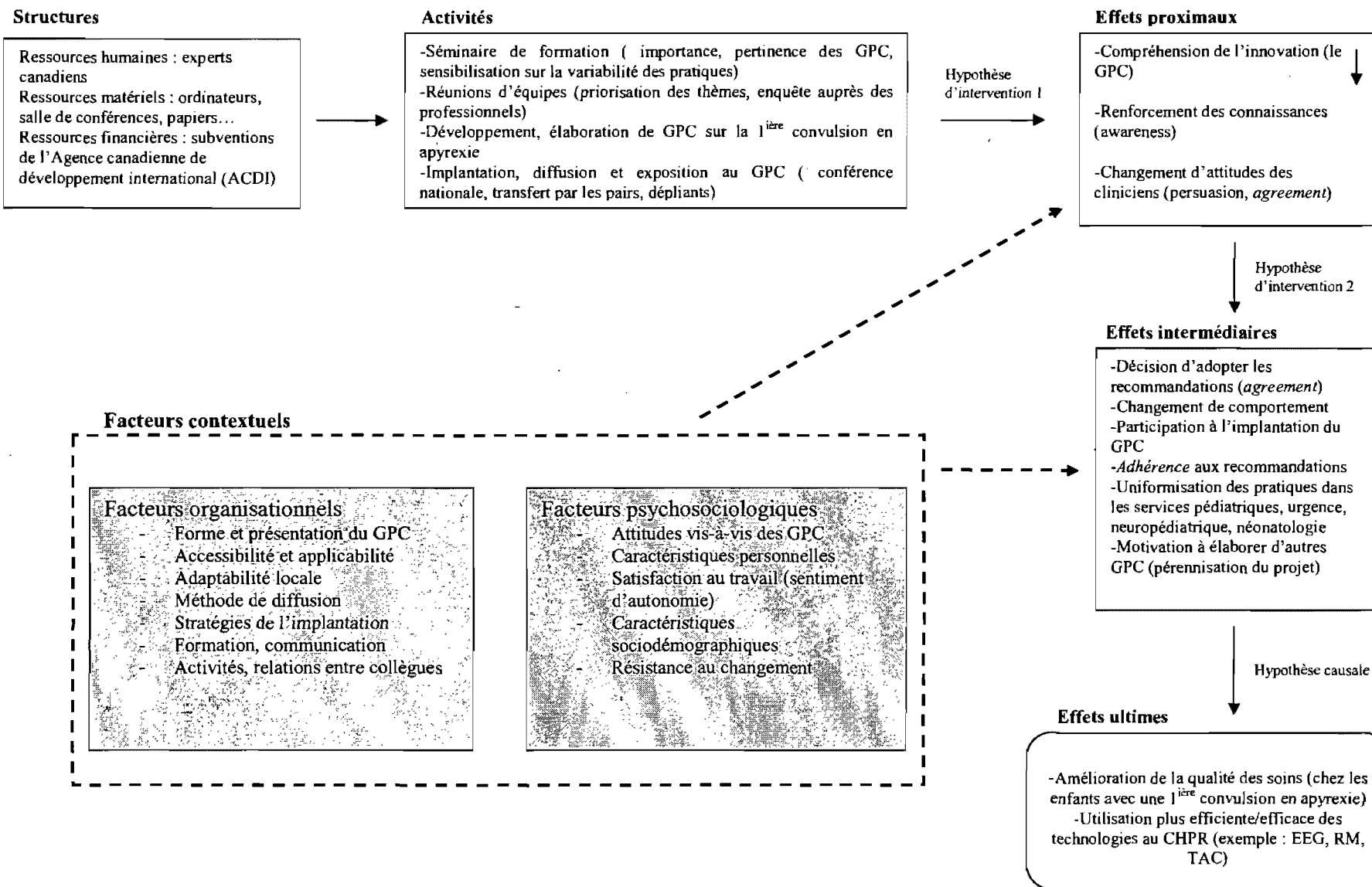


Schéma représentant le modèle logique théorique et opérationnel de l'intervention : «développement, élaboration et implantation de GPC», dans le cadre du projet de Transfert technologique Canada- Uruguay

Annexe 3

GRILLE D'ENTREVUE

Les thèmes de la grille d'entretien, semi-structuré :

1. Niveau d'information vis-à-vis du GPC

- Etes-vous au courant de la présence du guide sur la première convulsion en apyrexie chez les enfants de 1 mois à 14 ans ? Si oui, depuis combien de temps ?
- Avez-vous eu l'opportunité de vous y référer dans vos pratiques quotidiennes ?

2. Facilité d'accès à l'information

- Format et présentation
- Quelle est votre opinion sur le GPC en général ?
- Comment percevez-vous l'accès à l'information quand vous avez le guide sous la main ? (est-ce que la documentation est facile à exploiter ?)
- Est-ce que la présentation du GPC (exemple: l'algorithme) vous aide dans la prise de décision? (expliquer)
- Quelle(s) critique(s) avez-vous à donner concernant le format et la présentation du GPC ?
 - Réactions face à un doute/ignorance pour un traitement/pratique
- Lorsque vous avez un doute sur le diagnostic ou le traitement d'un enfant avec une 1^{ière} convulsion en apyrexie, que faites-vous exactement ? Où est-ce que vous allez chercher l'information nécessaire à votre diagnostic ? Pourquoi ?
 - Facteurs influençant la consultation du GPC vs le manque de consultation
- Dans quelles conditions, est-ce que vous consultez le GPC ? (expliquez)

3. Perception du GPC/ changement :

- Utilité ressentie
- Crédibilité des recommandations
- Pensez-vous que ce guide a renforcé vos connaissances concernant le diagnostic et le traitement de la 1^{ière} convulsion en apyrexie? Si oui, de quelle manière ?(Expliquez)
- Avez-vous ressenti un changement dans vos pratiques (et/ou celles de vos collègues) depuis l'adoption de ce guide dans votre service?
- Si oui, comment vous percevez ce changement de pratique? Quel est son impact sur la santé des enfants en tant que tel ?

- Si oui, pouvons-nous interpréter la pratique des pédiatres d'aujourd'hui comme étant plus uniformisée ?

- Résistance au changement

- Comment évaluez-vous l'évolution du changement de vos connaissances depuis l'implantation de ce guide ?

Faible 1 2 3 4 5 6 7 Très forte

- Avez-vous eu de la difficulté à adopter les recommandations du GPC ?

Très peu 1 2 3 4 5 6 7 Beaucoup

- Considérez-vous important (et nécessaire) suivre les recommandations du GPC ?

Pas du tout d'accord 1 2 3 4 5 6 7 Tout à fait d'accord

4. L'attitude vis-à-vis aux GPC de façon générale

- Intérêt pédagogique (petit questionnaire)

Propositions	oui	non	commentaires
GPC est une source de conseils utiles			
GPC est un bon outil pédagogique			
GPC a pour effet d'améliorer la qualité des soins			
GPC a pour effet de diminuer les coûts des soins de santé			
GPC tend à réduire l'autonomie des cliniciens			
GPC est simplifié tel une « recette de cuisine » médicale			
GPC est trop rigide pour l'appliquer aux patients individuellement			

- Motivation ultérieure

- Aimerez-vous avoir recours à d'autres GPC développés par une équipe de professionnels du *Perreira Rossel* ? (quels thèmes ?)

5. Information générale

-titre :

-nombre d'années au service (si depuis 2002, demandez l'affiliation au service, A, B ou C)

-âge :

-nombre d'heures au service/semaine

Annexe 4

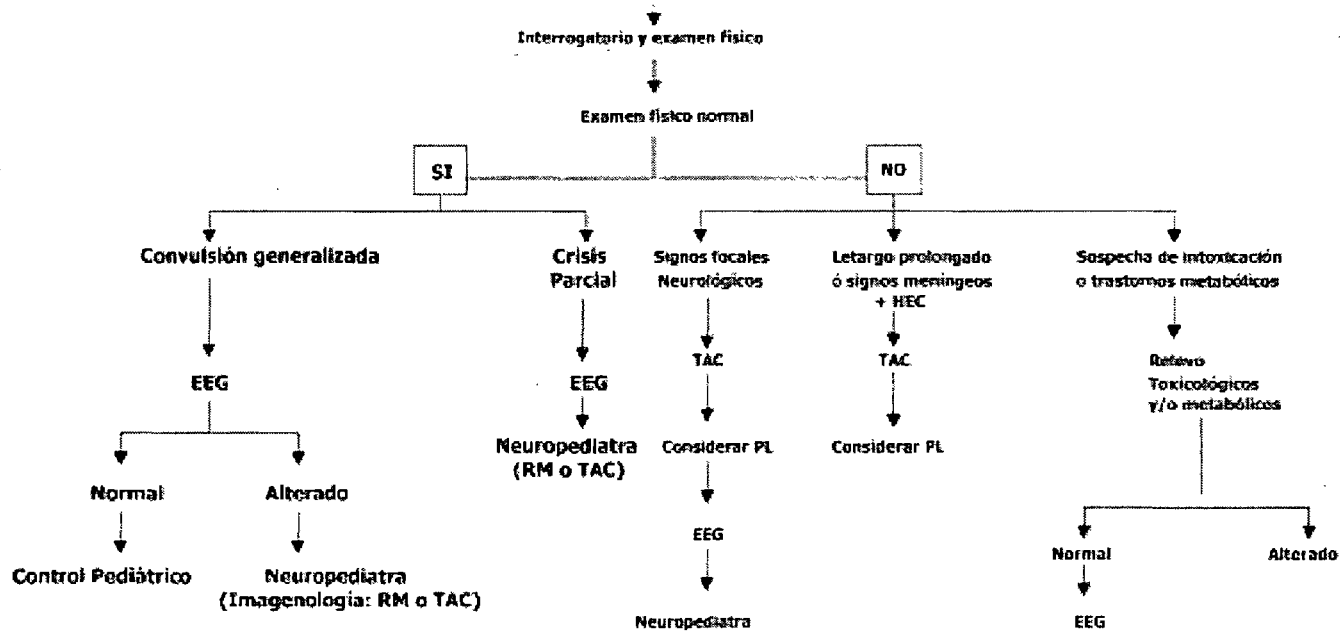
Prix unitaire en pesos uruguayen des divers examens effectués au CHPR en 2006.

Type d'examens	Prix unitaire (2006)*
EEG	220
TAC	1300
Glycémie	33
Ionogramme	168
PL (ponction lombaire)	300
Fond d'œil	600
Gazométrie	448
Torch	2240
Ecographie transfontanéliaire	2030
Hémogramme	78,40
Dosification de toxines	300
Hémoculture	100
Screening métabolique	1244
PCR	130
RNM	6900
Velocidad de eritrosedimentacion	33
Azotémie	33
créatinine	128
Examen d'urine	64
Calcémie	33
ECG	390
Magnésémie	96
Cytochimie	64

Les prix sont donné en monnaie locale, le pesos uruguayen : 1 \$ US = 24,35 pesos uruguayen

Source: UCAMAE (*Unidad Centralizada de Adquisiciones de Medicamento y Afines del Estado*).

ALGORITMO: Sospecha de primera convulsión no febril, en niños entre 1 mes a 14 años de edad sin síntomas de enfermedad aguda, ni antecedentes de encefalopatía previa



EEG = Electroencefalograma; RM = Resonancia Magnética; TAC = Tomografía axial computada; PL = Función lumbar; HEC = Hipertensión endocraneana

1- Otros exámenes:

- Menores de 3 meses evaluar PL.
- Menores de 6 meses solicitar ionograma y glicemia.

2- Tratamiento:

- Si es necesario se realizará tratamiento para yugular la crisis.
- No se recomienda iniciar tratamiento anticonvulsivante a largo plazo frente a la primera crisis en apirexia no provocada.

3- Criterios de internación:

- Menores de 12 meses: internación en sala.
- Mayores de 12 meses que no reitera crisis y examen normal, 12 horas de observación: alta a domicilio. EEG diferido.
- Crisis reiteradas en las primeras 24 horas o examen anormal: internación en sala.
- Estado epiléptico: internación.
- Sospecha de maltrato y/o intoxicación: internación (evaluar paraclínica de acuerdo a orientación).

Faculté de médecine
Vice-décanat
Recherche et études supérieures

**CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)**

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

Évaluation de l'impact du développement d'un guide de pratique clinique sur l'uniformité des
pratiques en milieu hospitalier en Uruguay

présenté par : Mme Amal Ben Ameer et Dr Lucien Albert

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

[information retirée / information withdrawn]

Dr Yvette Lajeunesse, présidente

Date d'étude : 15 mai 2007
Date d'approbation : **Approuvé le** 15 mai 2007
Numéro de référence : CERFM- 84 (07) 4#245

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le
Comité d'éthique relativement à ce projet.

OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

**SE CONFORMER À L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET
SERVICES SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DE
RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DE DONNÉES CONFIDENTIELLES EN LIEN
AVEC LA RECHERCHE.**

**SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTÉRIEURES AU
PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.**

**TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU CERFM TOUT ÉVÉNEMENT INATTENDU
OU EFFET INDÉSIRABLE RENCONTRÉS EN COURS DE PROJET.**

COMPLÉTER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.

