



Master 2
Pilotage des politiques et actions en
santé publique

Promotion : **2016-2017**

< Construction et pertinence des
recommandations destinées aux médecins
généralistes sur les parcours de soins des
malades chroniques: une revue narrative de la
littérature >

Bareen YOURISH

28/08/2017

RESUME DE LA RECHERCHE

INTRODUCTION : En France, la loi et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont donné au Médecin Généraliste (MG) la responsabilité de la coordination du parcours de soins des patients. Le nombre de patients atteints des maladies chroniques ne cesse de croître. Par ailleurs, la plupart des maladies chroniques sont associées à d'autres pathologies. Les MGs prennent en charge la majorité de ces patients chroniques et leurs comorbidités dans un contexte de vie socio-professionnelle donné. Il est difficile pour les MGs d'être à jour des multiples Recommandations de Bonne Pratique (RBP) régulièrement produites par la HAS. Le but de cette étude est d'étudier la genèse et la pertinence pour les MGs des RBPs concernant le parcours de soins de malades chroniques, avec un focus concernant la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). **Méthode**: Cette recherche est une revue narrative de la littérature anglophone et francophone conduite entre Avril et Juillet 2017 sur les bases de données électroniques PubMed, Scimedirect, BASE (*Bielefeld Academic Search Engine*), Cairn, Google Scholar et la BDSF (Banque de Données en Santé Publique). **Résultats** : 62 études ont été sélectionnées. En raison du faible nombre de publications scientifiques concernant la perception des MGs des RBPs, la revue inclut des études avec un désign, une durée de suivi et des mesures plutôt hétérogènes. 41 articles concernent la genèse des RBPs et 21 articles analysent la pertinence des RBPs pour les MGs parmi lesquels 9 concernent particulièrement le cas spécifique de la BPCO. Cette étude montre que le développement des guides de bonne pratique ne garantit pas l'utilisation de ceux-ci. Les études analysées proposent que pour optimiser l'utilisation des guides, il faut améliorer la cohérence entre les méthodes du développement de ces guides et les barrières rencontrés par les MGs lors de l'application des recommandations. **Discussion** : L'analyse des expériences internationales montre que dans la majorité de ces pays les RBPs ne sont pas pertinentes pour les MGs. Par ailleurs, l'analyse du cas particulier de la BPCO a montré que les MGs n'adhèrent pas aux recommandations pour le parcours de soins de la BPCO. Les barrières devant l'application des guides sont à la fois liées aux attitudes des MGs mais aussi liées aux recommandations présentes dans les guides (i.e la complexité des recommandations, les preuves scientifiques contestées ou insuffisantes etc.). Par ailleurs, l'application des guides est différente selon la nature des recommandations. Les recommandations diagnostiques sont plus faciles à appliquer que les recommandations thérapeutiques. **CONCLUSION** : Les recommandations telles qu'elles sont construites ne sont pas transposées dans la pratique des MGs malgré l'effort des pays développés pour construire des recommandations basées sur des méthodologies rigoureuses. L'étude propose des stratégies pour une meilleure application des guides de bonne pratique pour les MGs.

Remerciements

Je voudrais adresser mes vifs remerciements à toute l'équipe du Département Médecine Générale (DMG) de Rennes qui m'ont aidée à réaliser ce stage dans les conditions de travail favorable.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon maître du stage, Dr. Anthony Chapron, Chef de Clinique Associé au DMG, qui a bien voulu m'accueillir comme stagiaire dans son entreprise et s'est montré très disponible pour répondre à mes questions tout au long de la réalisation de ce mémoire de recherche.

Je voudrais également remercier pleinement Madame le Dr. Jeanine Pommier, la directrice adjointe du Département des Sciences Humaines et Sociales à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) . En tant que directrice de mémoire, elle m'a guidé dans mon travail et m'a aidé à trouver des solutions pour avancer.

Enfin, je remercie mon responsable de Master, Monsieur Arnaud Campéon, qui m'a conseillée et a répondu régulièrement à mes questions tout au long de ce travail.

Que tous ceux qui m'ont contribué à mener à bien ce mémoire du Master trouvent ici l'expression de ma parfaite considération.

Sommaire

INTRODUCTION	1
A) <i>Choix du sujet et contexte</i>	1
B) <i>Problématique:</i>	2
C) <i>Annonce du plan</i>	4
I. Element d'information portant sur les maladies chroniques et la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).....	5
A) <i>Maladies chroniques</i>	5
B) <i>Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)</i>	8
II. Parcours de soins coordonnés et le rôle pivot du Médecin Généraliste (MG)	11
III. Le rôle de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la gestion du parcours de soins et sa mission de l'élaboration des recommandations de bonne pratique	13
IV. Recommandations de bonne pratique en santé: Concept et définition	14
A) <i>Présentation des guides de parcours de soins des maladies chroniques</i>	16
B) <i>Présentation du Guide parcours de soins BPCO</i>	18
V. Objectifs	21
METHODOLOGIE	21
A) <i>Type d'étude</i>	24
B) <i>Protocole de la recherche</i>	24
a) Les critères d'inclusions	24
b) Les bases de données étudiés.....	26
c) Les mots clés utilisés et la stratégie de la recherche	26
RESULTATS	28
A) <i>L'inclusion des études</i>	28
B) <i>Description des études incluses</i>	30
I. La genèse des recommandations professionnelles	31
A) <i>L'émergence des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) au niveau international</i>	31
B) <i>L'histoire de la mise en place des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) en France</i>	33
C) <i>Les organismes responsables et la méthodologie de l'élaboration des recommandations</i>	34
a) <i>Les organismes nationaux</i>	36
b) <i>Les organismes Internationaux</i>	43
D) <i>Niveau de preuves</i>	47
II. Pertinence des guides parcours de soins des maladies chroniques pour les médecins généralistes	49

A) La pertinence pour les Médecins généralistes des guides de bonne pratique : le cas général des guides parcours de soins pour les maladies chroniques	50
<i>a) La pertinence des recommandations professionnelles pour la population en soins primaires</i>	50
<i>b) L'attitude des Médecins généralistes envers les recommandations professionnelles</i>	52
<i>c) L'utilisation des recommandations professionnelles par les MGs dans leurs pratiques quotidiennes</i>	58
<i>d) L'application des guides de bonne pratique pour les patients polypathologiques</i>	61
B) La perception des Médecins généralistes des guides parcours de soins de la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)	62
<i>a) L'attitude des médecins généralistes envers les recommandations professionnelles de la BPCO</i>	62
<i>b) L'utilisation des recommandations professionnelles pour la BPCO par les MGs dans leur pratique quotidienne</i>	68
<i>c) L'application des guides de bonne pratique pour les patients polypathologiques</i>	70
DISCUSSION	72
A) Analyse des résultats	72
B) Les forces et les limites de l'étude	76
C) Les recommandations retirées de la revue narrative de la littérature	78
CONCLUSION	80
Bibliographie	81
Liste des annexes	89

Liste des sigles utilisés

ACP : American College of Physicians
AGREE II: Appraisal for Guideline Research and Evaluation
AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality
ALD : Affections de Longue Durée
AM : Assurance Maladies
ANAES: Agence National de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé
ANDEM : Agence National pour le Développement de l'Education Médicale
BPCO :BronchopneumopathieChronique Obstructive
CDC :Centers for Disease Control and Prevention
CIC : Centre d'Investigation Clinique
CPG : Clinical Practice Guidelines
CSMC : Commission Spécialisée des Maladies Chroniques
CSS: Code de la Sécurité Sociale
CV : Capacité Vitale
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DM : Disease Management
DMG : Département de Médecine Générale
DREES: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EBM : Evidence BasedMedicine
EFR : Exploration Fonctionnelle Respiratoire
EHESP: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EU : European Union
ETP : Education Thérapeutique du Patient
GIN : Guidelines International Network
GOLD :Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
GP: General Practitioner
GRADE :Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSF : Haut Conseil de la Santé Publique
HIQA : Health Information and Quality Authority
HPST : Hôpital, Patients, Santé et territoires
HTA : HealthTechnologyAssessment
INCa : Institut National du Cancer

<Bareen YOURISH> -

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS: Institut de Veille Sanitaire
IOM : Institute of Medicine
MD : Doctor of Medicine
MDS : Méthode des Scénarios
MG : Médecin généraliste
NCC : National CollaboratingCenters
NCGC :National Clinical Guideline Center
NGC: National Guidelines Clearinghouse
NHS : National Health Services
NICE : National Institute for Health and Care Excellence
NIH : National Institute of Health
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PPASP : Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique
PIB : Produit Intérieur Brut
RBP: Recommandations de Bonne Pratique
RCF : Recommandations par Consensus Formalisé
RMO: Références Médicales Opposables
RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique
SPLF : Société de Pneumologie de la Langue Française
USPSTF : United States Preventive Services Task Force
VEMS : Volume Expiratoire Maximum Second
WHO : World Health Organization

INTRODUCTION

A) Choix du sujet et contexte

Ce travail de recherche s'inscrit dans le cadre d'un stage de Master 2 Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique (PPASP) au sein de l'équipe de la recherche en soins primaires au Département Médecine Générale (DMG) de Rennes. Ce mémoire de recherche émane d'une demande institutionnelle émise de la part de Dr. Anthony Chapron, chef de clinique associé au DMG et responsable de l'équipe de recherche en soins primaires rattachée au Centre de l'Investigation Clinique (CIC) de l'Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) à Rennes. Les DMGs ont pour mission de former les étudiants inscrits en Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) à la pratique de la médecine générale, veiller à ce que les enseignements, les maquettes et les obligations légales nécessaires à la validation du DES (selon les critères officiels nationaux) soient respectés, organiser les stages en soins primaires des internes en médecine et s'investir dans la recherche en soins primaires.

La thématique et la méthodologie de cette étude m'ont été proposées pendant une réunion avant le début du stage par le Dr. Jeanine Pommier, la directrice adjointe du Département des Sciences Humaines et Sociales à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), et mon maître du stage, Dr. Anthony Chapron. Cette thématique est parfaitement en lien à la fois avec ma formation initiale comme Docteur en Médecine (MD) et surtout avec ma spécialité, la Médecine Générale, mais aussi avec le Master PPASP. Ce travail de recherche me permettra de postuler pour une école doctorale dans l'avenir. Il sera également un atout considérable pendant toute ma carrière académique en médecine. Ce mémoire pourra également servir comme une base pour les futurs travaux de recherches dans ce domaine.

Les maladies chroniques sont la première cause du décès et de l'handicap dans le monde (WHO, 2017). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les maladies chroniques sont responsables de 63% des décès dans le monde (OMS, 2017). Dans les pays à revenus élevés les maladies mentales (i.e la dépression et les troubles anxieux), les troubles musculo-squelettiques (i.e la lombalgie), la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), l'asthme et les diabètes sont parmi les causes essentielles de la perte de l'incapacité chronique (*Institute of Health Metrics and Evaluation, 2013b*). L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans son

<Bareen YOURISH> -

rapport, *Health at a Glance: Europe 2016*, annonce que: « Les maladies chroniques sont à l'origine d'une perte de 115 milliards € par an (0,8% du Produit Brut Intérieur (PIB) de l'Union Européenne (UE)) » (OECD and EU, 2016, p. 33). Dans les pays de l'UE, en 2006, 40% de la population de 15 ans et plus avaient des problèmes de santé chronique (TNS Opinion & Social, 2007).

La prise en charge des maladies chroniques est aujourd'hui un point d'intérêt majeur pour les systèmes de santé dans le monde (Brunn and Chevreul, 2013). Dans la plupart des pays industrialisés l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques a abouti au renforcement des soins primaires comme la porte d'entrée du système de soins pour la population. Les investissements sont faits plus particulièrement pour renforcer le rôle des Médecins Généralistes (MG) dans la prise en charge préventive et thérapeutique des affections chroniques, en tant que coordonnateurs du parcours de soins des patients. Les nouvelles politiques et actions concernant la prise en charge des maladies chroniques ont pour but d'améliorer les compétences cliniques des MGs et la promotion de plusieurs outils en tenant compte des recommandations de bonne pratique en santé (RBP) dans leur pratique et l'élargissement de leur champ d'action (Rico et al., 2003). En France, la loi donne aux MGs un rôle pivot dans la coordination des parcours de soins des patients atteints des maladies chroniques (article L.4130-1 du code de la santé publique). La Haute Autorité de Santé (HAS) produit des guides parcours de soins pour les maladies chroniques notamment destinés aux MGs. Ces guides ont pour but d'aider les MGs à appliquer les RBPs dans leur pratique quotidienne.

B) Problématique:

L'objectif essentiel des RBPs est d'informer les professionnels des données acquises de la science afin d'améliorer la qualité des soins. Cependant, plusieurs études ont montré que les recommandations professionnelles sont parfois difficiles à mettre en oeuvre : elles demandent du temps, elles sont complexes et tendent à traiter les pathologies d'une manière trop isolée du contexte (Trépos and Laure, 2008, p. 221). En 2011, la base de données internationale pour les recommandations professionnelles en santé, le Guidelines International Network (GIN), a listé plus de 3700 recommandations (en général) créée par 39 pays (Institute of Medicine, 2011, p. 2). Pour les maladies chroniques ces recommandations sont diffusées sous formes des guides parcours de soins destinées aux médecins, notamment aux MGs.

L'élaboration exhaustive de ces recommandations et leur complexité a rendu impraticable leur « accessibilité », leur « manipulation » et leur « appropriation » pour les praticiens (Laure and Trépos, 2006, p. 574). Cette problématique concerne à priori les MGs qui sont les acteurs de première ligne dans la prise en charge des patients notamment ceux atteints des maladies chroniques. Les MGs sont face aux patients qui ont des pathologies multiples et complexes et de multiples recommandations qui viennent de diverses sources, et surtout des recommandations pathologie par pathologie alors que le médecin gère un patient donné avec un caractère singulier dans un cadre et un contexte de vie donné et ont besoin de prendre en charge la situation des patients dans sa globalité (Jami et al., 2015). Récemment une étude anglaise a montré que 62% des publications citées dans les guides du *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)¹ pour mettre en évidence les recommandations en soins primaires ne sont pas pertinentes pour cette population (Steel et al., 2014, p. 1251).

Une question se pose alors:

Dans quelle mesure les recommandations professionnelles sur les parcours de soins des patients atteints des maladies chroniques sont-elles pertinentes pour les Médecins Généralistes ?

C'est précisément dans ce contexte que s'inscrit ce mémoire de recherche. Le but de cette recherche est d'étudier la genèse et la pertinence pour les MGs des RBPs concernant le parcours de soins de malades chroniques, avec un focus concernant la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO).

La BPCO est une maladie respiratoire chronique. Cette pathologie est reconnue en France comme une priorité des politiques de santé publique du fait de sa forte prévalence, de son très important sous-diagnostic, du diagnostic tardif souvent au stade des complications, et de son impact médico-économique élevé (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2004, pp. 7–11). Il existe de multiples recommandations sur la détection et la prise en charge de la BPCO (Roche, 2015, p. 6S44). En revanche peu de données existent sur la perception des médecins des recommandations pour la BPCO (Menezes et al., 2015, p. 160). Une enquête internationale sur l'attitude des médecins face à la BPCO « Continuing to confront COPD », réalisée du janvier 2013 au mai 2013,

¹ En Angleterre, NICE est un organisme public indépendant qui a un rôle de consultation et de l'orientation pour le National Health Services (NHS), le système de la santé publique du Royaume-Unis. NICE est chargé de la production et de la diffusion des guides de bonne pratique en Angleterre.

dans 12 pays du monde dont la France, a montré qu'en France parmi l'échantillon de 100 médecins (74 MGs et 26 pneumologues) seulement 56% des médecins français (MG : 45%, Pneumologue : 89%) ont affirmés connaître les recommandations professionnelles françaises pour la prise en charge de la BPCO. Par ailleurs, selon cette étude la connaissance des recommandations internationales du Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011, est déclarée par seulement 34% des médecins français (MG : 19%, Pneumologue : 77%) contre 67% des médecins de tous les autres pays inclus dans l'étude (Menezes et al., 2015, pp. 159–172). Un extrait des communications orales du 19^e Congrès de Pneumologie de Langue Française, discutant dans une partie les résultats de l'enquête ci-dessus, annonce que : « *Le niveau de connaissance et de suivi des médecins français pourrait être amélioré, ce qui devrait déboucher sur la mise en place d'interventions ciblées afin d'améliorer la prise en charge et l'état de santé global des patients BPCO* » (Roche et al., 2015, pp. 1–2).

C) Annonce du plan

Ce mémoire se divise en trois parties. La première partie est une partie introductive qui contient un état de l'art et une présentation des maladies chroniques, la BPCO, les Recommandations de bonne pratique en santé (RBP), les guides parcours de soins des maladies chroniques, le guide parcours de soins de la BPCO et les objectifs de cette recherche.

La deuxième partie présente la méthodologie de l'étude « revue narrative de la littérature ». La troisième partie concerne les résultats de la revue narrative.

Enfin, la dernière partie est dédiée à la formulation de quelques recommandations pour améliorer la fonction de la coordination des parcours de soins, qui seront basées sur les résultats de l'analyse de la littérature ainsi que sur une présentation simple des nouvelles modalités de la fonction de la coordination appliqués en France et dans les pays étrangers ou des fonctions qui sont au cours de l'expérimentation

I. Element d'information portant sur les maladies chroniques et la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)

A) Maladies chroniques

Les maladies chroniques occupent aujourd'hui une place de plus en plus importante au sein de la société française. En France, les maladies chroniques touchent près de 20 % de la population, 15 millions des français, et sont l'une des causes principales du décès et de l'handicap (InVS, 2014). Les derniers rapports de la Cours des Comptes de l'Assurance Maladie (AM) notamment celui de 2016 ont montré une très forte croissance de nombre des patients atteints des maladies chroniques, au cours des dernières années. (Sécurité sociale, 2016, p. 212). Ceci est dû à la fois à une augmentation de l'espérance de vie de la population de manière générale mais aussi aux progrès scientifiques qui sont à l'origine de la transformation des maladies autrefois mortelles, aux maladies chroniques.

L'OMS définit les maladies chroniques comme « des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement ». Pour les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux États-Unis, les maladies chroniques sont définies comme « *des affections non transmissibles, de longue durée, qui ne guérissent pas spontanément une fois acquises, et sont rarement curables* ». La définition qui est souvent retenue en France est celle du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP): « *la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ; une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ; un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ; une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle; la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social* ». Les maladies chroniques peuvent être transmissibles (certains maladies infectieuses i.e. VIH et Hépatite C) ou non transmissibles (dans la plupart des cas). Les maladies chroniques non transmissibles comptent pour 88% des décès en France (Briançon, S. et al., 2010, p. 14). Ces maladies sont souvent associées à une perte d'autonomie et/ou aboutissent à des complications graves. Elles comprennent des maladies comme le cancer, le diabète, l'insuffisance

rénale chronique, le Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), les maladies cardiovasculaires, la sclérose en plaques, l'Alzheimer etc.

Les maladies chroniques ont un caractère évolutif et accompagnent le patient pendant toute la durée de sa vie, depuis son apparition. A cela s'ajoute le poids de la comorbidité liée à ses pathologies. Ainsi, les répercussions sociales, familiales et professionnelles de ces pathologies sont importantes. Comme le décrit le Ministère des affaires sociales et de la santé dans son Plan 2007-2011 pour les maladies chroniques « *De l'asthme infantile au diabète du jeune adulte, une maladie chronique, quelle qu'elle soit, détériore la qualité de vie. Elle peut entraîner des difficultés à suivre la scolarité ou une formation, un risque de perte d'emploi en raison d'une inadaptation au poste de travail, un refus d'assurance ou d'emprunt, une limitation de la pratique du sport et d'autres activités nécessaires à l'équilibre personnel* (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2010) ». Le caractère durable et handicapant de ces maladies rend leur prise en charge complexe et coûteuse tant pour l'autorité sanitaire que pour les patients et leurs familles (ibid.).

Malgré l'évolution progressive des techniques de la prise en charge médicale et paramédicale des patients, les affections chroniques présentent aujourd'hui de véritables enjeux sanitaires et économiques. Le cloisonnement du système de santé français, avec la segmentation des compétences et des responsabilités entre les professionnels est l'enjeu principal à la fois pour les patients atteints des maladies chroniques mais aussi pour les soignants (Briançon, S. et al., 2010). Par ailleurs, les maladies chroniques sont souvent diagnostiquées tardivement en raison de leur caractère asymptomatique ou leur symptomatologie atypique. Dans la situation asymptomatique, ces affections restent non-diagnostiquées pendant longtemps. Elles sont découvertes tardivement, parfois aux stades de complications graves. Aussi, la sévérité de l'affection engendre des dépenses supplémentaires pour le patient et pour le système de santé. C'est pourquoi l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques est une priorité pour le système de santé en France (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2010).

Dans de telle situation, les maladies chroniques nécessitent une prise en charge complexe et coordonnée. L'OMS fait de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des maladies chroniques une priorité (Briançon, S. et al., 2010, p. 20). Le but de la prise en charge des patients atteints des maladies chroniques n'est pas la « cure » du patient, mais plutôt de renforcer leur capacité fonctionnelle, minimiser leurs symptômes pénibles, prolonger leur vie par les soins secondaires et d'améliorer leur qualité de vie (Grumbach,

<Bareen YOURISH> -

2003). Le dernier rapport 2015 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur l'état de santé de la population en France annonce la progression des maladies chroniques comme un des 3 défis majeurs pour la santé des français, les deux autres étant l'allongement de la durée de vie et la persistance des inégalités de santé. La France comme la plupart des pays développés a mis en place un nombre important des dispositifs pour la prise en charge des maladies chroniques. Le plus important étape dans cette voie était la mise en place du Plan 2007-2011 d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes des maladies chroniques, prévu dans la loi de santé publique du 9 août 2004.

La prise en charge des patients atteints des maladies chroniques s'organise autour du dispositif Affections de Longue Durée (ALD). Etabli en 1945 avec la création de l'AM, le dispositif ALD est une prise en charge des soins des patients atteints d'une maladie chronique bénéficiant d'un traitement au long cours et coûteux². Les dépenses de santé des patients en ALD sont prises en charge à 100% par l'AM. Près de 400 pathologies sont aujourd'hui regroupées dans 30 ALD (Liste d'ALD dans l'annexe I). La création de ce dispositif est suivie par de nombreuses réformes.

Depuis la loi du 13 août 2004, il existe une obligation de créer un protocole de soins pour les patients atteints d'une ALD. Ainsi, la loi de 2004 a donné à la Haute Autorité de Santé (HAS), la compétence de la gestion du parcours de soins des patients en ALD. La HAS diffuse des guides et des recommandations notamment sur les ALD. Le parcours de soins est une notion fréquemment utilisée dans le système de santé en France. Selon la HAS, la promotion de parcours de soins est un élément essentiel pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique.

La publication de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 21 juillet 2009 a abouti à la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en avril 2010. Ces nouvelles organisations entraînent des modifications importantes dans le domaine des maladies chroniques. Les ARS insistent sur le rapprochement des secteurs sanitaires et médico-sociaux et des domaines curatifs et préventifs. La loi HPST définit également la notion de soins de premier recours en insistant sur le rôle central du MG dans l'orientation des patients vers d'autres professionnels de santé, la coordination des soins, le respect des protocoles pour les maladies chroniques. Cette loi introduit également la coopération interprofessionnelle dans la prise en charge de ces maladies et l'éducation thérapeutique

² Les dépenses de santé des patients en ALD sont prises en charge à 100% par l'AM. Trente maladies ou groupes de maladies sont aujourd'hui reconnus comme des ALD.

<Bareen YOURISH> -

du patient (ETP) comme une priorité nationale qui permet de transformer le patient à l'acteur de sa propre santé (Briaçon, S. et al., 2010).

Par ailleurs, les mesures de la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé répondent notamment aux trois défis majeurs de la santé de la population française, décrite dans le rapport 2015 du DREES, incluant le développement progressive des maladies chroniques.

B) Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)

La BPCO est une cause principale du décès et de la morbidité dans le monde (Hillas et al., 2015, p. 95). La BPCO est actuellement la 4^e cause du décès dans le monde mais est prévue d'en devenir la troisième à partir de 2020 (Lozano et al., 2012). Le poids de la maladie est prévu d'augmenter dans les futurs décennies à cause de l'exposition continue aux facteurs du risque de la BPCO et le vieillissement de la population (Mathers and Loncar, 2006). Cette pathologie est reconnue en France comme une priorité des politiques de santé publique du fait de sa forte prévalence, de son très important sous-diagnostic, du diagnostic tardif souvent au stade des complications, et de son impact médico-économique élevé (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2004, pp. 7–11).

La BPCO est définie par des symptômes respiratoires persistants et une limitation obstructive non réversible des débits aériens d'apparition progressive, associée à une réponse inflammatoire anormale pulmonaire à des particules ou gaz nocifs. Il s'agit d'une maladie chronique inflammatoire lentement progressive, atteignant les bronches et le parenchyme du poumon (GOLD, 2017, p. 6). Les définitions précédentes de la BPCO mettaient l'accent sur le « Emphysème » et la « Bronchite Chronique ». Cependant, l'emphysème, « la destruction des alvéolis, les surfaces de l'échange des gaz », est seulement un des abnormalitiesstructurals survenant au cours de la BPCO. La Bronchite Chronique, ou la présence d'une toux et une expectoration habituelle pendant au moins trois mois chaque année, au cours d'une période de deux années consécutives, reste un terme Clinique et épidémiologique important, mais est présente seulement chez une minorité des patients atteints de la BPCO. Les symptômes peuvent apparaître chez des individus qui ont une Exploration Fonctionnelle Respiratoire (EFR) normale ou en revanche un nombre important de fumeurs sans les symptômes et sans limitation des débits aériens peuvent avoir un emphysème (GOLD, 2017, pp. 6–7).

Les études épidémiologiques de la prévalence de la BPCO en France sont peu nombreuses, en raison de : la difficulté de la réalisation d'EFR dans le cadre d'études épidémiologiques en population générale et le sous-diagnostic important de la maladie (Santé Publique France, 2017). Les résultats d'une enquête téléphonique internationale en population française en 2000, a mesuré une prévalence de la BPCO à 3,2% des personnes de plus de 45 ans ayant fumée plus de 10 paquet-années (PA)³ (Fuhrman et al., 2002, pp. 2–28). Selon le Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), la prévalence de la BPCO est forte chez les fumeurs âgés de plus de 40 ans et les personnes exposée aux fumées de la biomasse (GOLD, 2017, p. 7). En France, en 2014, le nombre du décès liée à la BPCO a été estimé 11/100 000 décès pour les hommes avec un taux de mortalité de 0,06, et 8/100 000 décès pour les femmes avec un taux de mortalité de 0,04 (Santé Publique France, 2017). Les principales causes du décès chez les patients atteints de la BPCO sont l'insuffisance respiratoire, les maladies cardiovasculaires et les cancers (en particulier le cancer bronchique) (SPLF, 2009). Par ailleurs selon l'Inserm « *La BPCO est une pathologie associée à de nombreux autres maladies. De travaux récents ont permis de passer en revue 79 comorbidités observées chez les patients et de montrer que douze d'entre elles constituent des facteurs de mauvais pronostic et accroissent le risque de décès dans les cinq années suivantes.* (Inserm, 2017) ».

GOLD recommande la considération de la BPCO chez tous les patients qui présentent une dyspnée⁴, une toux chronique ou une expectoration, et/ou une histoire de l'exposition aux facteurs du risque de la maladie. En présence de ces caractéristiques, la réalisation d'une spirométrie⁵ avec test de bronchodilatation est indispensable pour le diagnostic de la BPCO. L'EFR consiste notamment de la mesure du rapport du volume expiratoire maximum second (VEMS)⁶ sur la capacité vitale (CV)⁷. Une VEMS/CV<70% est retenue par GOLD comme la seuil de la confirmation de la présence de la limitation persistentes des débits aériens ce qui affirme le diagnostic de la BPCO chez les individus avec des symptômes prédefinis et étant significativement exposés aux facteurs de risques (GOLD, 2017).

³ Paquet-Années: Le nombre de paquets consommés par jour (en prenant pour référence un paquet de cigarettes américain, soit 20 cigarettes)

⁴ Dyspnée: Difficulté respiratoire

⁵ La spirométrie mesure le flux d'air entrant et sortant des poumons en fonction du temps, notamment les principaux débits expiratoires maximaux mesurés (VEMS et CV)

⁶ Le VEMS est le volume maximale d'air expiré pendant la première seconde d'une expiration forcée ou lente.

⁷ La CV correspond au volume mobilisé au cours d'une expiration en partant de la position d'inspiration complète.

En France, l'amélioration de la prise en charge de la BPCO constitue un des objectifs prioritaires inscrits dans la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 (Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique). Les objectifs directs ou indirects de la loi de 2004 en lien avec la BPCO sont de: réduire les limitations et les restrictions d'activités liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de la vie ; abaisser la prévalence du tabagisme chez les fumeurs quotidiens et diminuer le tabagisme passif ; et l'objectif général d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes des maladies chroniques.

Le « Programme d'action en faveur de la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive 2005-2010 : Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO » est le dispositif essentiel mis en place pour la prise en charge de la BPCO. Les deux grands objectifs de ce programme sont de: diminuer, à terme, la fréquence de la BPCO dans la population générale; et diminuer la mortalité évitable, les hospitalisations, réduire le handicap respiratoire et améliorer la qualité de vie et l'insertion socio-professionnelles des malades par un dépistage, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée. Ce programme a été développé par la Société de Pneumologie de la Langue Française (SPLF) à la demande de la Direction Générale de la Santé de l'époque⁸. L'axe 4 de ce programme porte sur l'amélioration de la formation des professionnels de santé sur la BPCO, ses enjeux de prévention, son diagnostic et sa prise en charge. L'utilisation des recommandations de bonne pratique par les médecins généralistes et les médecins pneumologues fait l'objet de mesures 3, 4, 5, 7 et 8 de cette axe. Les mesures 1 et 2 de l'objectif général « Améliorer le diagnostic précoce de la BPCO parmi la population cible : fumeurs de plus de 40 ans, personnes exposées professionnellement, sujets symptomatiques » de l'axe 5 « Améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des maladies » de ce programme portent notamment sur la formation des MGs et leur implication dans le dépistage et le diagnostic précoce de la BPCO (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2004).

⁸ La SPLF est la société représentative de l'exercice de la pneumologie en France, créée en 1905 sous le nom de Société d'études scientifiques sur la tuberculose, qui a pris son nom actuel en 1983.

II. Parcours de soins coordonnés et le rôle pivot du Médecin Généraliste (MG)

En France, la loi du 13 août 2004 relative à l'AM invite tous les patients à s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés et de choisir un médecin traitant⁹. La loi prévoit de confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de la santé pour un même assuré afin de rationaliser et de personnaliser de façon optimale ses soins. Cette loi donne au MG, un rôle pivot dans la coordination du parcours de soins des patients notamment ceux atteints des maladies chroniques, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique). Parcours de soins/ parcours clinique, aussi appelé parcours critiques, chemins de soins, parcours de soins intégrés, parcours de soins cliniques ou carte de soins ont pour but de planifier et suivre de manière systématique un programme de soins patient-centré ("European Pathway Association | CARE PATHWAYS," n.d., 2017). Le parcours de soins est un enchaînement des étapes fondés sur des bonnes pratiques, au sein d'une équipe, qui implique la coordination entre les différents professionnels qui assurent la fonctionnalité des différents niveaux de la prise en charge et de l'offre de soins (i.e. soins primaires ou secondaires) et qui devrait soutenir les différentes dimensions du circuit de soins d'un même patient (Kredo et al., 2016a, p. 123).

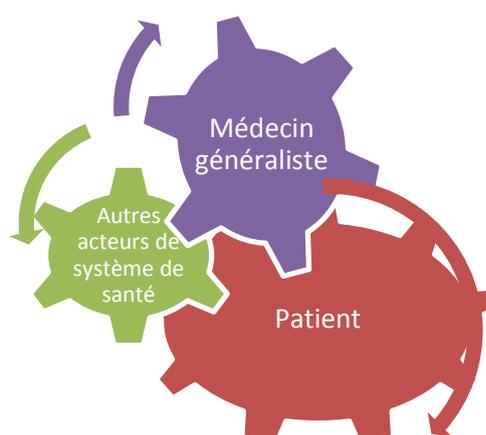


Figure 1 : Parcours de soins coordonnés : place du patient, rôle du Médecin Généraliste et les autres professionnels de santé

⁹En France les médecins généralistes représentent 95% des médecins traitant. (Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, Cours de compte, 2013, p.200).

L'organisation du parcours de soins repose sur une modification de la prise en charge au niveau des soins primaires, qui est le niveau de contact maximum entre le patient et le système sanitaire. Ainsi, les soins primaires contribuent pleinement à une meilleure prise en charge des maladies chroniques (Brunn et al., 2013, p.91). Les MGs ont un rôle central dans la coordination du parcours de soins des patients notamment ceux atteints des maladies chroniques. Dans de nombreux pays industrialisés, la prévalence croissante des maladies chroniques a abouti à avoir recours aux soins primaires en première intention. En particulier des investissements ont été réalisées pour le développement du rôle stratégique des Médecins Généralistes (MG) comme des fournisseurs principaux des services de médecine préventive et curative aux personnes atteintes des maladies chroniques et en tant que régulateurs des consultations des patients avec des spécialistes (Fantini et al., 2012, p. 68). Selon la WONCA (World organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians), le médecin généraliste doit maîtriser six compétences fondamentales : la gestion des soins de santé primaires, les soins centrés sur la personne, l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, l'approche globale, l'orientation communautaire et l'adoption d'un modèle holistique. Dans ce cadre, le médecin généraliste est responsable de prendre en compte l'ensemble des caractéristiques de l'individu dans sa globalité, afin de pouvoir répondre à ces objectifs (WONCA, 2002). Le MG s'assure de la cohérence et de la continuité des soins. La pratique de la coordination repose non seulement sur une organisation des soins primaires mais aussi prend en compte la relation des soins primaires avec l'hôpital et les services d'aide à domicile et d'autres services existantes pour la prise en charge patients.

La loi Hôpital, Patients, Santé et territoires (HPST) de 2009 renforce le rôle des MGs de premier recours dans le parcours de soins, en leur attribuant la responsabilité de « veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et de contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ». Par ailleurs, la nouvelle loi du 26 Janvier 2016, « la loi de modernisation de notre système de santé » rappelle ce rôle du médecin généraliste dans l'article 64, du Chapitre I, du Titre II : « Définition des équipes de soins primaires organisées autour du MG du premier recours ». Selon cet article : « l'ensemble des professionnels de santé autour des MGs du premier recours, contribuent à la structuration du parcours de santé des patients, ... ». Aussi, l'article 76 du Chapitre II, du Titre II, de cette loi, prévoit: « la mise en place du médecin traitant pour les individus âgés de moins de 16 ans ».

<Bareen YOURISH> -

III. Le rôle de la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la gestion du parcours de soins et sa mission de l'élaboration des recommandations de bonne pratique

L'amélioration du parcours de soins des patients est une priorité stratégique pour la HAS (Site web HAS, 2014). La HAS vise à promouvoir un parcours de soins des personnes respectueux des bonnes pratiques, adapté à chaque situation et dont les différentes interventions sont coordonnées entre elles (Site web HAS, 2017).

Depuis la loi du 13 août 2004, « *La HAS est chargée d'élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines* (Loi du 13 août 2004 relative à l'AM, Titre II, Chapitre Ier bis, article L. 161-37) ». La loi de modernisation de notre système de santé rappelle ce rôle de la HAS : « Attribution à la HAS de la mission d'élaborer des fiches de bon usage des médicaments et un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces » (Article 143, Chapitre III, Titre III, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). La recommandation n° 9 de la Commission Spécialisée des Maladies Chroniques au sein du Haut Conseil de la Santé Publique (CSMC) chargée de la prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes des maladies chroniques, en 2008, a insisté sur l'amélioration de la diffusion des connaissances et des informations à l'usage des professionnels et des personnes atteintes de ces maladies. Dans ce but, elle a recommandé l'élaboration des guides destinés aux patients, aux médecins et aux soignants, pour toutes les affections chroniques (Briançon, S. et al., 2010, p. 45). Le Projet Stratégique de Développement pour les Années 2009-2011 de la HAS implique « d'engager les praticiens dans une démarche continue d'analyse de leurs pratiques au regard des référentiels valides de bonne pratique ».

Dans le cadre de sa mission de la gestion des maladies chroniques et sa responsabilité de l'élaboration des RBP, et pour favoriser l'utilisation de ces recommandations par les professionnels de santé, la HAS construit et diffuse des guides et tout autre document d'information notamment sur les affections de longue durée (ALD) (article R. 161-72 du CSS). Les premiers guides ALD ont été ceux du Diabète et de l'Hépatite C qui ont été publiés et diffusés le 31 mai 2006 (HAS, 2006, p. 2).

IV. Recommandations de bonne pratique en santé: Concept et définition

Les « Recommandations de Bonne Pratique (RBP) », appelé précédemment les Références Médicales Opposables (RMO), est un outil parmi plusieurs utilisés globalement par les systèmes de santé afin d'atteindre le but commun – fournir des soins de qualité pour tous les patients et à tout moment. Les RBPs sont définies dans le champ de la santé comme « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* (Site web HAS, consulté le 05/05/2017) ». Cette définition proposée premièrement en 1990 par *Institute of Medicine* (IOM), est globalement acceptée. Les synonymes des RBPs sont, « Best Practice Recommendations » et « Clinical Practice Guidelines », en anglais et « Recommandations de Bonne Pratique Médicale », « Recommandations Professionnelles » ou « Référentiels ou Guides de Bonne Pratique », et « normes de pratiques médicales », en français.

Les RBPs sont, en effet, des modalités de politiques publiques et un instrument pour la rationalisation de la pratique médicale (Rolland, C. and Sicot, F., 2012). La RBP est un outil de l'amélioration de la qualité parmi plusieurs créé pour la pertinence, l'efficacité et l'efficience des services de santé. Elle est perçue à la fois comme un outil d'aide à la décision clinique mais aussi comme un levier pour la décision politique. Trépos et al., présentent les recommandations comme un dispositif de politique professionnelle *top-down* (Trépos and Laure, 2008, p. 222). L'objectif de recommandations est « *d'informer les professionnels de santé et les patients et usagers du système de santé sur l'état de l'art et les données acquises de la science afin d'améliorer la prise en charge et la qualité des soins* (HAS, 2017) ». Elles sont construites pour arriver à un consensus sur la prise en charge des patients en liant les données issues de la recherche scientifique et l'expérience des professionnels du terrain. Les RBP reposent sur les données scientifiques les plus récentes, sur le modèle porté par l'*Evidence Based Medicine* (EBM), la médecine fondée sur des preuves », le concept émergeant aux Etats-Unis à partir des années 1970. L'EBM est défini comme « *l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient* (Sackett et al., 1996, p. 26) ». En pratique l'EBM a pour but de combiner les meilleures données scientifiques avec l'expérience clinique des praticiens et les attentes des patients (Sackett et al., 1996) (**Figure 2**). La RBP est en effet un outil pour la mise en application de l'EBM.

<Bareen YOURISH> -



Figure 2 : **Décision clinique: Le paradigme Evidence Based Medicine (EBM)** (Sackett et al., 1996, pp. 71–72)

En résumé, les RBP sont construites pour : proposer des recommandations professionnelles pour les praticiens afin de les aider dans la démarche de la prise en charge de ses patients ; produire des normes pour évaluer la pratique clinique des professionnels de la santé ; assurer la formation continue des professionnels de la santé ; et aider les patients à prendre de bonnes décisions concernant leur santé (Legido-Quigley et al., 2013, pp. 4–5).

L'objectif politique de l'élaboration des RBP est d'améliorer la qualité des soins et de maîtriser les dépenses de santé. Elles contiennent des propositions concernant les différents aspects de la pratique clinique. Elles peuvent offrir des guides sur la prescription des tests de diagnostic et de dépistage, le choix des thérapeutiques médicamenteuses ou des procédures chirurgicales, le délai d'hospitalisation du patient, et les autres démarches de la pratique clinique (HIQA, 2011).

Depuis plus de 20 ans, plusieurs recommandations sont élaborées par différentes organisations internationales, des autorités sanitaires nationales et des sociétés savantes en médecine. En 2011, le Guidelines International Network (GIN) a listé plus de 3700 recommandations créées par 39 pays (Institute of Medicine, 2011, p. 2). En Europe, le rapport *Clinical Guidelines for Chronic Conditions in European Union* publié en 2013

distingue 3 catégories des pays selon leur niveau du développement des RBP (Legido-Quigley et al., 2013, pp. 17–22):

1 - Les pays ayant des recommandations professionnelles « bien établies » : Belgique, Angleterre, France, Allemagne, Pays Bas, Finlande, Norvège et Suède.

2 - Les pays « en progrès » : Luxembourg, Lettonie, Hongrie, Malte

3- Les pays « débutant » ou les pays où l'élaboration des recommandations professionnelles est « à la phase de la planification » : Slovénie, Grèce

Il existe des recommandations concernant un nombre important de maladies notamment celles qui posent un enjeu majeur pour le système de santé. Les maladies chroniques font l'objet de nombreuses recommandations dans un nombre substantiel des pays du monde. En Europe, d'après le même rapport de l'Union Européenne mentionné ci-dessus, il n'y a aucun pays sans recommandations professionnelles pour les maladies chroniques. Selon ce rapport la France fait partie des pays où les recommandations sont bien établies.

Dans les pays comme la France et l'Angleterre, les recommandations pour les maladies chroniques sont intégrées dans les guides parcours de soins ou Chronic Care Pathway qui sont des documents de références à destination des professionnels de la santé notamment les MGs. L'utilisation des recommandations est volontaire et non obligatoire.

A) Présentation des guides de parcours de soins des maladies chroniques

Les recommandations de bonne pratique pour les maladies chroniques sont intégrées dans des guides parcours de soins destinés aux professionnels de la santé notamment aux MGs. Le but des guides parcours de soins est de faciliter la mise en application des recommandations professionnelles en pratique.

La HAS définit le guide parcours de soins comme un document de référence qui est composé des recommandations et des guides sur le parcours de soins destinées aux médecins et qui décrit la prise en charge générale d'un patient atteint d'une maladie

<Bareen YOURISH> -

chronique notamment l'information et l'éducation thérapeutique des patients. Selon la HAS: « *Ce guide décrit l'ensemble du parcours de soins d'un patient et notamment le rôle de chaque professionnel de santé et les articulations entre les différents professionnels ainsi que la démarche diagnostique, le cas échéant le repérage précoce, la prise en charge thérapeutique et le suivi de la maladie (HAS, 2017a) ».*

Les guides parcours de soins traduisent les recommandations de bonne pratique aux protocoles de la prise en charge. Plusieurs pays dans le monde surtout dans les pays développés construisent des guides du parcours de soins pour les maladies chroniques. Les guides sont nombreux et sont actualisés régulièrement. Les guides de parcours de soins sont présentés de différentes manières dans les pays.

En France, la HAS a mise en place trois outils complémentaires: un « guide médecin » à destination du médecin traitant décrivant les modalités de prise en charge d'une ALD, une liste d'actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection, et un guide patient. Prioritairement destinés aux médecins traitants, les guides médecins sont élaborés à partir des recommandations professionnelles françaises et internationales existantes concernant la prise en charge médicale et paramédicale de l'affection concernée, et complétés le cas échéant par des avis d'experts (Briançon, S. et al., 2010, p. 26). Les premiers guides des maladies chroniques de la HAS ont été ceux de l'Hépatite C Chronique, du Diabète de type 1 de l'adulte, du Diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent et du Diabète de type 2, publiée au 31 mai 2006 (HAS, 2006, p. 2).

Depuis le décret n° 2011-74 du 19 janvier 2011, une nouvelle génération de guides et outils pour le traitement, le suivi et l'accompagnement des personnes ayant une maladie chronique est proposée. La HAS fait évoluer les guides médecins ALD vers les guides parcours de soins qui contiennent des recommandations privilégiant une approche globale de la maladie dès le diagnostic et non plus seulement lorsque le patient rentre dans le dispositif ALD. Trois enjeux ont en effet été identifiés : évoluer vers une gestion plus coordonnée de la prise en charge avec une approche prospective ; identifier les points critiques du parcours de soins et harmoniser les pratiques en regard ; et promouvoir le rôle clé et l'implication de la personne malade, voire de son entourage, notamment par l'éducation thérapeutique. L'objectif de cette seconde génération de guides et outils est d'améliorer la qualité de la prise en charge et de rendre le parcours de soins plus « fluide » grâce à une mise en œuvre coordonnée des bonnes pratiques professionnelles en ville, en lien avec l'hôpital, et en intégrant la dimension médico-sociale, voire sociale (HAS, 2012a, p. 5). La HAS a jusqu'ici produit des guides de

<Bareen YOURISH> -

parcours de soins concernant: la BPCO, la maladie rénale chronique, la maladie de Parkinson, l'insuffisance cardiaque, la maladie coronarienne stable, la fibrillation auriculaire, le diabète du type 2 de l'adulte, le lymphome d'Hodgkin classique, le cancer bronchopulmonaire et le mésothéliome pleural malin (HAS, 2017a).

Dans les guides de la HAS, un intérêt particulier est porté sur les points critiques du parcours de soins. L'élaboration du guide de parcours de soins est basée sur la recherche de l'évidence scientifique, le consensus pluridisciplinaire et la concertation de tous les acteurs concernés, notamment les associations de patients et l'Assurance maladie. Ce guide décrit la prise en charge optimale des patients. La HAS aussi met à disposition des professionnels sur son site internet, des documents de synthèse qui réunissent les messages clés du parcours de soins. Par ailleurs, la HAS fait réunir les recommandations sur des points communs à la plupart des maladies chroniques dans des guides communs de parcours de soins. Les guides parcours de soins « *annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique* » et le « *guide parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative* » sont des guides sur les points communs aux maladies chroniques disponible sur le site web de la HAS. Le service Bonnes pratiques professionnelles de la HAS se trouve sous la direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (HAS, 2017).

En Angleterre, les guides parcours de soins sont désignés sous forme de représentations graphiques ou d'algorithmes qui s'appellent le NICE Pathway (National Institute for Health and Care Excellence) (Legido-Quigley et al., 2013, p. 8). NICE Pathway est construit pour faciliter l'accessibilité et l'usage des guides de bonnes pratiques aux professionnels de santé. Les guides sont organisés sous formes de diagrammes interactifs contenant des titres pour chaque conditions ou recommandations. Les utilisateurs peuvent y avoir accès facilement en cherchant et choisissant d'abord leur thème d'intérêt dans la rubrique NICE Pathway du site web du NICE. Ensuite, ils peuvent naviguer dans le diagramme NICE Pathway en cliquant sur les recommandations de choix.

B) Présentation du Guide parcours de soins BPCO

Le guide parcours de soins BPCO est établi dans l'objectif d'aider les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la BPCO à en retirer les points essentiels pour l'organisation du parcours de soins de leurs patients. Même si les

guides parcours de soins sont considérés d'être un outil pour améliorer la qualité des soins, peu d'études existent notamment sur l'efficacité des guides parcours de soins BPCO (Lodewijckx et al., 2011).

En France le guide parcours de soins BPCO repose sur les recommandations nationales et internationales publiées depuis moins de 5 ans à la date de sa construction et les avis des experts d'un groupe de travail et d'un groupe de lecteur se composant des professionnels de santé concernés par la thématique et l'association des usagers (HAS, 2014a, p. 7). Il décrit l'ensemble de la prise en charge des patients atteints de la BPCO, les différents professionnels impliqués dans le management de la BPCO, le rôle et la place de chacun de ces professionnels dans le parcours de soins de la BPCO et les modalités de la coordination interprofessionnelle (HAS, 2017b). Le guide parcours de soins de la BPCO met en évidence notamment la prise en charge de la BPCO en médecine générale. Pourtant ce guide ne contient pas des recommandations sur la prise en charge hautement spécialisée des patients atteints de la BPCO. Outre les MGs, ce guide est destiné aux pharmaciens, infirmier(e)s, kinésithérapeutes et aussi aux spécialistes comme les pneumologues, les spécialistes de la médecine physique et de la réadaptation, les diététiciens etc (HAS, 2014a, p. 6). Pour faciliter l'utilisation des guides parcours de soins par les professionnels, la HAS met également à disposition de ces professionnels la synthèse des points critiques de la prise en charge dans le cadre de la BPCO et un schéma du parcours de soins de patient. La HAS décrit les principaux points critiques du parcours de soins de la BPCO comme étant les suivants : Le sous-diagnostic de la BPCO; La nécessité impérieuse d'obtenir un sevrage tabagique et ce quel que soit le stade d'évolution de la maladie ; L'efficacité de la réhabilitation respiratoire qui associe en particulier réentraînement à l'exercice et éducation thérapeutique dès la présence d'une incapacité (HAS, 2012b). La dernière version du guide parcours de soins de la BPCO est celle de 2014. La HAS dans ce guide recommande de : penser à la BPCO chez un adulte y compris l'adulte jeune exposé à un facteur du risque (la consommation de plus de 20 PA du tabac chez l'homme et plus de 15 PA chez la femme associée ou non à la consommation du cannabis et le tabagisme passif ; une exposition professionnelle ou domestique aux produits toxiques ou irritants) et en cas de présence d'un seul des signes comme une toux et une expectoration chronique depuis plus de 2 à 3 mois, dyspnée persistante, progressive, induite à l'exercice ou au decours d'une bronchite; réaliser une spirométrie chez un patient suspect afin de confirmer le diagnostic de la BPCO (diagnostic positif en cas de découverte d'un rapport VEMS/CF < 70% après l'administration du bronchodilatateur) ; faire le diagnostic différentiel de la BPCO avec d'autres maladies; évaluer la sévérité de la maladie (la sévérité de l'obstruction des voies

<Bareen YOURISH> -

respiratoires, l'incapacité, le handicap, le nombre d'exacerbations par an); rechercher des complications et des comorbidités; demander l'admission du patient en ALD ; demander l'avis des pneumologues (pour confirmer le diagnostic, pour évaluer le score de la sévérité, pour réaliser des examens non systématiques i.e l'endoscopie bronchique et pour prescrire dans certains cas); impliquer le patient dans sa prise en charge(i.e développement d'un Plan Personnalisé de Soins); organiser et réaliser la prise en charge thérapeutique du patient; aider le patient au sevrage tabagique ; et le suivi du patient.

En Angleterre, le dernier guide parcours de soins BPCO disponible sur le site internet du NICE est celui de 2010. Le NICE a identifié quelques priorités pour le parcours de soins des patients atteints de la BPCO. Ces priorités sont: le diagnostic de la BPCO doit-être considéré chez tous les patients âgés de 35 ans qui ont un facteur de risque (en général le tabagisme) et qui manifestent une dyspnée d'effort, une toux chronique, des expectorations régulières, la bronchite fréquente d'hiver ou la respiration sifflante ; tous les professionnels de santé doivent avoir accès à une spirométrie et doivent réaliser une spirométrie post-bronchodilatateur pour confirmer la présence de l'obstruction des voies respiratoires chez les patients suspects de la BPCO; tous les patients fumeurs atteints de la BPCO doivent-être aidés au sevrage tabagique; la thérapie de maintenance (LABA¹⁰ ou LAMA¹¹ si $FEV_1 \geq 50\%$ ou LABA avec un CSI¹² ou LAMA si $FEV_1 < 50\%$ ou LAMA avec LABA+CSI chez ceux qui ne répondent pas au LABA+CSI indépendamment de la mesure du FEV_1) doit-être considérée auprès des patients atteints de la BPCO stable qui présente toujours la dyspnée ou des exacerbations malgré l'utilisation des traitements de la première ligne, les bronchodilatateurs d'une durée d'action courte; la réhabilitation respiratoire doit-être accessible à tous les patients compatibles atteints de la BPCO; l'insuffisance respiratoire aiguë (hors le contexte de la phase chronique de la BPCO) doit-être géré par les techniques de prise en charge non invasives i.e la ventilation non invasive ; et le management de parcours de soins de la BPCO doit-être multidisciplinaire.

¹⁰LABA : Long acting Beta₂ agonist

¹¹ LAMA : Long acting Muscarinic agonist

¹²Corticostéroïdes inhalés

V. Objectifs

Cette réflexion a pour objectif d'identifier la littérature qui porte sur :

- 1) La genèse (l'origine, l'évolution et la méthodologie de la construction) des recommandations professionnelles sur les parcours de soins des patients atteints de maladie chronique au niveau international et en France.
- 2) La pertinence des recommandations professionnelles pour les médecins généralistes, (Comment les MGs perçoivent les recommandations professionnelles, la manière dont les recommandations sont perçues par les MGs et si elles sont transposées (ou non) dans leurs pratiques.)

Ce travail aboutira à la formulation de quelques recommandations, qui seront basées sur les résultats de l'analyse de la littérature, a fin d'améliorer la pertinence des recommandations professionnelles concernant les parcours de soins de maladies chroniques pour les MGs.

METHODOLOGIE

Pour atteindre l'objectif mentionné ci-dessus une revue narrative de la littérature anglaise et francophone a été effectué. Il faut noter que dans ce travail, le choix de la littérature anglophone et francophone en aucun cas n'a pas pour but de faire une comparaison entre la France et les autres pays mais c'est plutôt une synthèse simple ou une mise en évidence de la charge et/ou de la réalité de la problématique dans les différents pays du monde. Pourtant cela n'empêchera pas d'en retirer des recommandations issues des enseignements étrangers.

Le tableau 1 présente les sous-objectifs et la méthode de la recherche et les dimensions étudiées.

Tableau 1 : Objectifs et méthodes de la recherche et les dimension étudiées

Sous-objectifs	Méthodes	Dimension étudiée
I. Genèse des recommandations professionnelles	Revue narrative de la littérature	1) L'émergence des recommandations professionnelles au niveau international 2) L'histoire de la mise en place des recommandations en France 3) Les organismes responsables de l'élaboration des recommandations 4) La méthodologie de la construction des recommandations professionnelles en général, celles des parcours de soins des maladies chroniques et celles de la BPCO 5) Rigueur scientifique de la construction des recommandations : La gradation des recommandations et le niveau de preuves, les conférences du consensus, les avis des experts, les groupes de travail et les comités pluridisciplinaires pour certains des maladies chroniques
II. Pertinence des guides parcours de soins des maladies chroniques pour les MGs	Revue narrative de la littérature	1) La pertinence pour les Médecins généralistes des guides de bonne pratique: le cas général des guides parcours de soins pour les maladies chroniques <ul style="list-style-type: none"> ● La pertinence des recommandations professionnelles pour la population en soins primaires ● L'attitude des médecins généralistes envers les recommandations professionnelles ● L'utilisation des recommandations professionnelles par les MGs dans leur pratique quotidien ● L'application des guides de bonne pratique pour les patients polypathologiques

<Bareen YOURISH> -

		<p>2) La pertinence pour les MGs des guides parcours de soins de la BPCO</p> <ul style="list-style-type: none">● L'attitude des médecins généralistes envers les recommandations professionnelles pour la BPCO● L'utilisation des recommandations professionnelles pour la BPCO par les MGs dans leur pratique quotidien● L'application des guides de bonne pratique pour les patients polypathologiques
--	--	--

A) Type d'étude

Une revue narrative de la littérature a été effectuée pour atteindre l'objectif de cette recherche. L'objectif d'une revue de la littérature est de faire un état de l'art des connaissances actuelles sur une thématique en s'appuyant sur les recherches antérieures. Une revue de la littérature fournit au lecteur une information compréhensive sur le sujet et lui permet de mettre en perspective ces informations. Ces revues se contiennent des preuves de haut niveau de confiance qui permettent aux décideurs de prendre des décisions pratiques. La revue narrative de la littérature est une revue non-systématique qui a pour but de synthétiser les contenus des articles précédents sur la thématique sous un format condensé (Green et al., 2006, pp. 102–104). La revue narrative de la littérature est la base pour la synthèse des revues médicales. Leur nombre par an dans la base de données Medline a dépassé celui des revues systématiques (Ferrari, 2015, p. 230). L'importance des articles de revue est en croissance notamment dans le domaine des sciences médicales. Fréquemment, lorsque les cliniciens veulent mettre à jour leur connaissance et construire des recommandations sur un sujet, la méthode de revue est le point de départ pour eux (Gülpınar and Güçlü, 2013, p. 44).

B) Protocole de la recherche

La littérature incluse dans cette étude est rapporté selon les critères du checklist PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols) 2015, avec quelques ajustements du protocole pour la méthode revue narrative de la littérature. Le PRISMA-P est une ligne directrice utilisée pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Même s'il n'existe pas des critères bien définies pour l'écriture et la lecture des revues narratives mais la qualité de ces revues peut être améliorée en s'appuyant sur des recommandations de PRISMA-P (Ferrari, 2015, p. 231). Moher et al., les auteurs du PRISMA-P 2015, proposent aussi d'utiliser ce checklist pour les revues qui ne s'agissent pas de la revue systématique ou du méta-analyse mais qui n'ont pas un protocole propre, comme ici dans le cas de la revue narrative de la littérature (Moher et al., 2015, p. 3).

a) Les critères d'inclusions

Les critères d'inclusion et d'exclusion des études ont été définis avant la mise en route de la revue de la littérature.

<Bareen YOURISH> -

1. Types d'études

Tous les types d'études scientifiques internationales et nationales quantitatives et qualitatives répondant aux objectifs de la recherche précédemment définis, seront inclus. De plus, des études sociologiques répondant aux objectifs de cette recherche, si disponible, feront aussi l'objet de cette revue. Les études conduites de 2000 à 2017 ont été intégrées. Les études qui ne rentrent pas dans ces définitions ont été exclues. La littérature anglaises et françaises, a été prise en compte.

2. Population d'étude

Cette revue narrative de la littérature porte sur les médecins généralistes exerçant en ambulatoire.

3. Interventions

Cette revue se concentre sur les interventions conduites sur la pertinence des recommandations professionnelles pour le parcours de soins des maladies chroniques pour les MGs (Guides de parcours de soins) et sur les interventions pour le cas particulier de la BPCO. De plus, les études contenant des interventions conduites sur la pertinence des recommandations professionnelles dans sa globalité, pour les MGs, seront aussi incluses

4. Résultats

Les points principaux à chercher lors de l'analyse de la littérature seront:

- La fréquence de l'utilisation des recommandations professionnelles sur le parcours de soins des patients atteints des maladies chroniques en particulier de la BPCO dans la pratique des Médecins Généralistes (i.e utilisation de la spirométrie)
- Le point de vue des MGs sur la qualité et l'efficacité de ces recommandations
- La possibilité de l'implication de ces recommandations dans le contexte de soins primaires

- Les facteurs déterminant la pertinence de ces recommandations pour les MGs et/ou les barrières auxquels les MGs sont confrontés lors de l'application des recommandations
- Le rigueur de la genèse des recommandations ou les points faibles des méthodologies de la construction des recommandations
- Le niveau d'évidence scientifique selon laquelle les recommandations sont proposées i.e gradation des recommandations
- L'émergence et l'évolution des recommandations professionnelles au cours de temps

b) Les bases de données étudiés

La littérature a été cherchée entre avril et juillet 2017 sur les bases de données électroniques PubMed, Sciencedirect, BASE (*Bielefeld Academic Search Engine*), Cairn, Google Scholar et la Banque de Données en Santé Publique (BDSP). D'autres publications ont été trouvées à partir de l'analyse de la bibliographie des articles les plus pertinents. De plus, une recherche manuelle a été effectuée sur le moteur de recherche Google pour trouver des articles pertinents récemment publiés dans la presse ou les articles non-indexés sur les bases de données mentionnées ci-dessus ou les articles dans les revues sanitaires notamment les revues des sociétés savantes en médecine générale. Les articles publiés par les mêmes auteurs des articles identifiés ont aussi été cherchés, afin de s'assurer de l'exhaustivité des données. La littérature grise, comme des extraits de conférences et des textes législatifs, a aussi été cherchée. Par ailleurs une recherche complète a été effectuée sur les sites web de la HAS, du NICE, de GIN et de l'OMS.

c) Les mots clés utilisés et la stratégie de la recherche

Un nombre exhaustif et une combinaison variées des mots clés a été utilisées pour interroger les bases de données. La recherche sur Pubmed a été effectuée notamment en utilisant le MeSH (Medical Subject Headings), le thesaurus de référence dans le domaine médical. Pour les autres bases de données, une méthode similaire a été utilisée selon la particularité de la base de données. Les opérateurs booléens ont été également utilisées pour connecter des mots-clés entre eux afin de faciliter la stratégie de la recherche (**Tableau 2**). Les mots-clés suivants ont été cherchés selon la méthode mentionnée ci-dessus: « Chronic disease management », « Clinical guidelines »,

<Bareen YOURISH> -

« Clinical practice guidelines », « Care pathway », « Integrated pathway », « Chronic disease », « Maladies chroniques », « Affections de Longue Durée (ALD) », « Recommandations de bonne pratique », « Recommandations de bonne pratique clinique », « Recommandations professionnelles », « Guide de bonnes pratiques », « Guide parcours de soins », « Best practice recommendations », « Médecins généralistes », « General Practitioner », « FamilyPhysician », « Soins primaires », « PrimaryHealth Care », « Bronchopneumopathie Chronique Obstructive », « BPCO », « Chronic Obstructive PulmonaryDisease », « COPD », « Médecine fondée sur des preuves », « Evidence Based Medicine », « adherence » et « attitude ». L'exhaustivité des mots clés relève du fait que la terminologie utilisée pour définir notamment les « recommandations de bonne pratique clinique » et le « Médecin généraliste » est variée selon les pays et même dans les pays ainsi que du fait d'explorer les bases de données anglophones et francophones.

Tableau 2 : Les bases de données essentielles et les mots clés recherchés

Base de données	Mots-clés
Pubmed (Medline)	1- Adherence to COPD Guidelines 2- Adherence to Chronic Disease Guidelines 3- (Family Physicians "MeSH Terms" and (Guidelines "MeSH Terms") 4-(General Practitioners"MeSH Terms") and (Guidelines "MeSH Terms")
Science Direct (BMF)	1- Adherence to COPD Clinical Practice Guidelines (mots-clés) 2- TITLE (recommandations) and TITLE (Médecin généraliste) 3- TITLE (Primary Care) and TITLE (COPD Guidelines) 4- Pertinence des recommandations (Mots-clés) 5- Guide ALD (Mots-clés) 6- Pertinence des recommandations BPCO (Mots-clés) 7- Guide BPCO et Médecin généraliste (Mots-clés) 8- Médecin généraliste et recommandations BPCO (Mots-clés) 9- Médecin généraliste et parcours de soins (Mots-clés) 10- Chronic Diseases and Family Physician (Mots-clés) 11- Maladies chroniques et Médecin generalist (Mots-clés)
BASE	Adhérence to COPD guidelines (Document entier)
CAIRN	1- Perception des recommandations professionnelles (Mots-clés) 2- Parcours de soins coordonnées (Mots-clés) 3- Guide Affections de Longue Durée (Mots-clés)

RESULTATS

Dans cette partie, tout d'abord le processus de l'inclusion des études sera décrit. Ensuite, une description des études incluses sera fournie.

A) L'inclusion des études

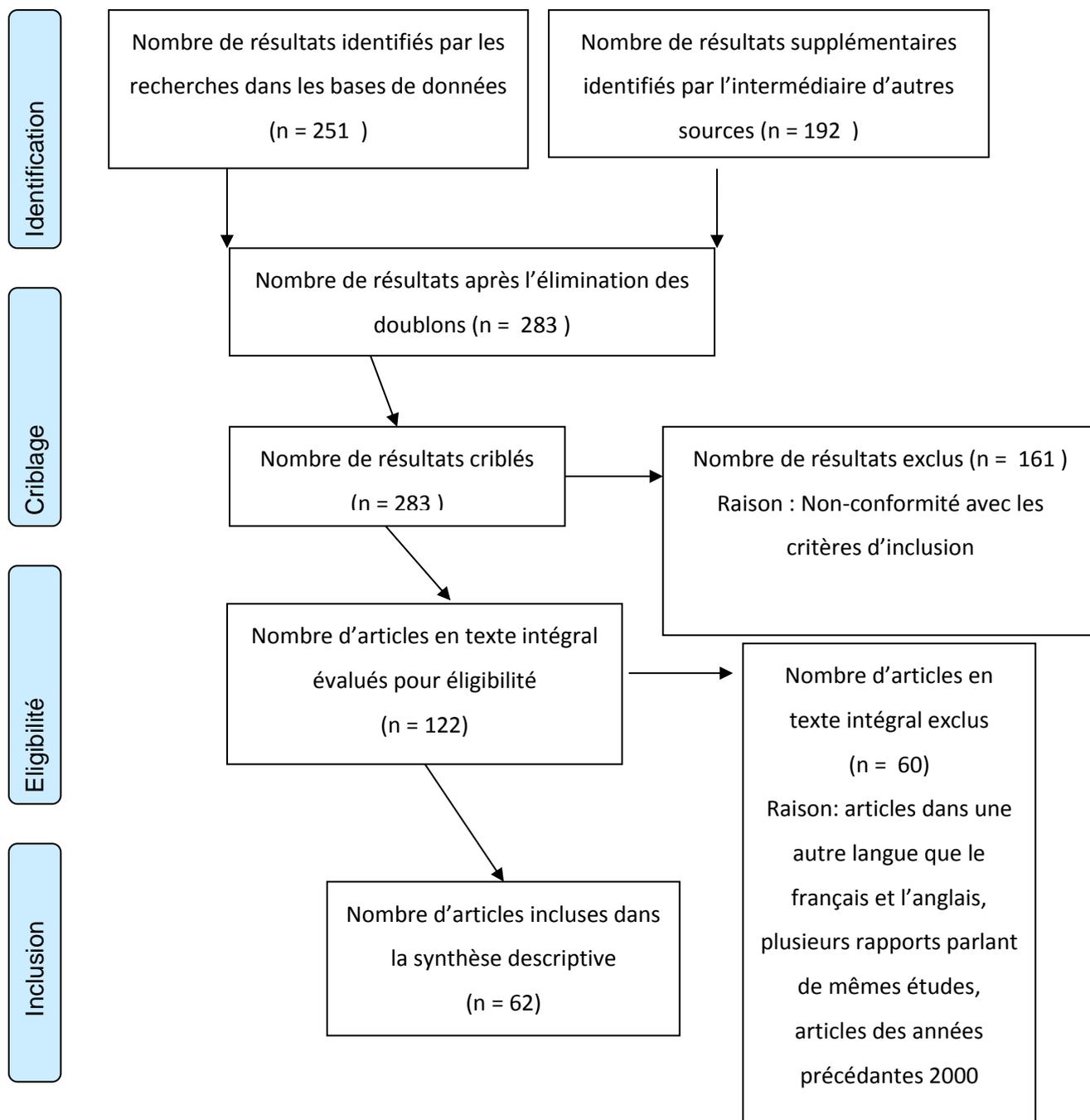
Trois cent vingt-cinq articles ont été trouvés suite à la recherche des mots-clés dans les bases de données choisies. Suite à la lecture du résumé des articles, N=251 études ont été sélectionnés (**Tableau 3**). La même stratégie a été appliquée aux articles trouvés dans les autres bases de données qui a abouti à l'identification de N=192 articles. Un nombre total de 443 articles ont été évalués pour l'élimination des doublons. Le nombre des doublons était 160. Ensuite, N=283 références ont été criblées. Parmi celles-ci, N=161 articles ont été exclus en raison de leur non-conformité avec les critères d'inclusion de cette étude. Un nombre total de 122 articles en texte intégral ont été évalués pour l'éligibilité. Finalement après l'élimination de N=60 articles un nombre total de N = 62 articles ont été inclus (**Figure 3**).

Tableau 3: Nombres d'articles identifiés

Base de données	Nombres d'articles trouvés selon titres/mots-clés	Nombre d'articles sélectionnés dans la première phase de sélection après avoir lu le résumé des articles
Pubmed(Medline)	109	72
ScienceDirect (BMF)	169	138
BASE	32	27
CAIRN	15	14
Total	325	251



Figure 3: Diagramme du flux, selon le guideline PRISMA 2009¹³

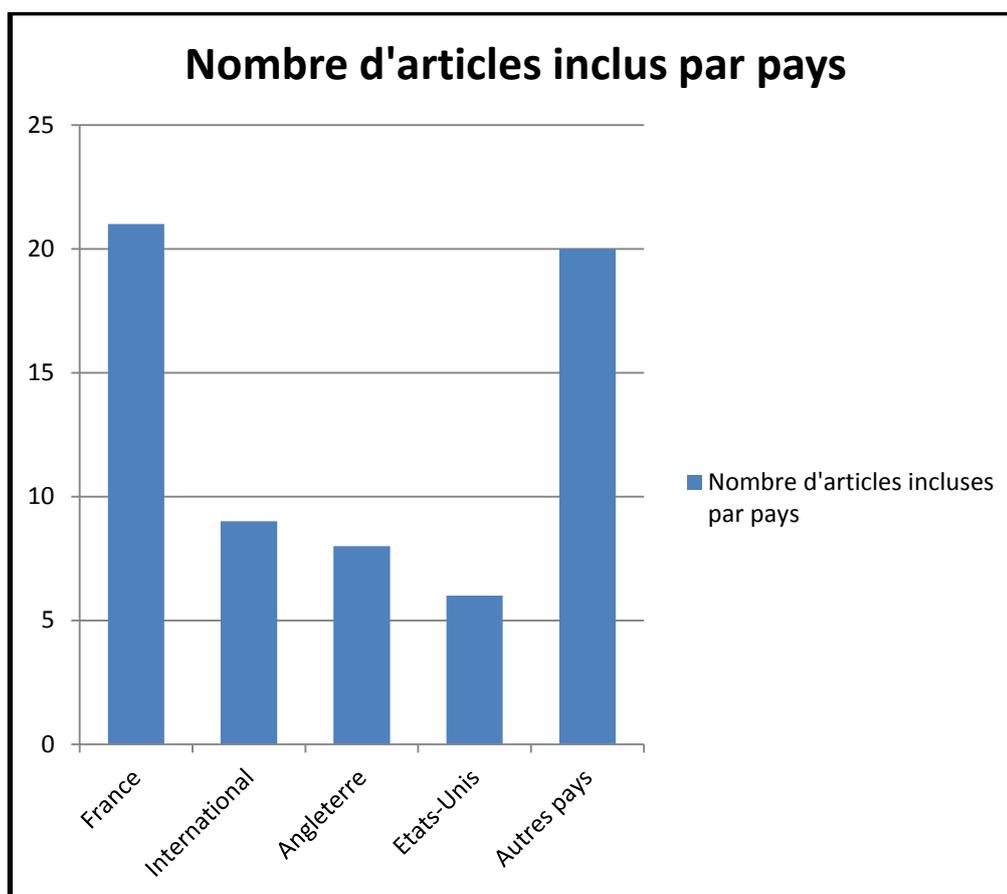


⁸- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

B) Description des études incluses

Un ensemble de N= 62 études ont été sélectionnées qui avaient comme objectif d'étudier la pertinence pour les MGs des recommandations professionnelles notamment pour le parcours de soins des maladies chroniques et en particulier celles de la BPCO.

Figure 4 : La distribution des articles inclus par pays



*International : Articles des organismes internationales responsables de l'élaboration des recommandations.

N=41 articles concernent la genèse des recommandations professionnelles. N= 21 articles analysent la pertinence des recommandations de bonne pratique pour les MGs. N=9 articles concernent particulièrement le cas spécifique de la BPCO.

I. La genèse des recommandations professionnelles

Cette première partie de la revue narrative de la littérature répond aux points suivants:

- 1- L'émergence des recommandations professionnelles au niveau international
- 2- L'histoire de la mise en place des recommandations en France
- 3- Les organismes responsables de l'élaboration des recommandations
- 4- La méthodologie de la construction des recommandations professionnelles en général, celles des parcours de soins des maladies chroniques et celles de la BPCO
- 5 - Rigueur scientifique de la construction des recommandations : La gradation des recommandations et le niveau de preuves, les conférences du consensus, les avis des experts, les groupes de travail et les comités pluridisciplinaires pour certains des maladies chroniques

A) L'émergence des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) au niveau international

Les RBP sont perçues comme un élément essentiel de la qualité des soins depuis plusieurs décennies (Kredo et al., 2016a). Les premiers guides de pratique clinique remontent à l'époque d'Hippocrate (Evicore healthcare, 2017). Aussi, les premières recommandations ont été celles produites en 1938 par American Academy of Pediatrics, intitulé « Redbook of Infectious Diseases » (Institute of Medicine, 2011, p. 34). Cependant il n'existait pas des mesures normalisées et généralisées pour assurer une décision clinique fondée sur des approches scientifiques et critiques (Daly, 2005). L'âge moderne des RBP commence à partir des années 1990. L'IOM aux Etats-Unis a publié à cette période le premier rapport sur les RBPs « Clinical Practice Guidelines: Directions for a new program » où il a défini les RBP comme « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données (IOM, 1990)* ». Suite à ce rapport de l'IOM plusieurs pays ont commencé à élaborer et diffuser des recommandations professionnelles pour la pratique clinique. Les RBP ont subi une progression significative au cours des dernières années à la fois d'un point de vue méthodologique mais aussi en terme de son usage (Institute of Medicine, 2011).

En Europe, Amérique du Nord, Australie, Nouvelle Zélande et Afrique, l'émergence des RBP est due à la : croissance des dépenses de santé ainsi que l'augmentation du recours aux soins de la population, l'émergence des nouvelles technologies coûteuses, le vieillissement de la population, des variations entre les pratiques cliniques des professionnels de santé libéraux et des professionnels hospitaliers, la particularité des régions, la volonté intrinsèque des professionnels pour offrir des services aux patients et vice versa (Woolf et al., 1999, p. 527).

D'un point de vue des recherches en sociologie, l'émergence des RBP s'inscrit dans une démarche de la « rationalisation des pratiques médicales ». Ce dernier a pour but de promouvoir au sein de la profession médicale une attitude « critique et scientifique ». Le « Programme pour une thérapeutique rationnelle » qui est né aux Etats-Unis au début de XX^e siècle, fait partie de l'un des premiers mouvements dans ce but. Ce programme a été destiné à contrôler la mise sur le marché des nouveaux médicaments produits par des industries pharmaceutiques de cette époque. Par ailleurs, parmi les scientifiques en France, Claude Bernard a joué un rôle principal dans ce mouvement en introduisant au début de XIX^{ème} siècle la méthode expérimentale, l'étude en laboratoire de l'action des médicaments, comme le « moteur du progrès scientifique et médicale » (Rolland, 2011).

De nombreux facteurs ont conduit à l'émergence de l'EBM, en particulier la grande variation dans la pratique clinique pour les patients similaires « Variation de la petite-zone », la dure réalité de la médecine que la plupart des décisions cliniques prises au quotidien ne sont pas fondée sur des faits scientifiques valables, une volonté de réduire les dépenses de santé et une meilleure utilisation des ressources, le développement de patient-centered care et une volonté croissante des patients à participer à la démarche de la décision clinique les concernant (Legido-Quigley et al., 2013). L'émergence de l'EBM a introduit un changement explicite vers une évaluation critique et méthodologique de l'évidence et l'utilisation des revues systématique de la littérature comme une base pour l'élaboration des guides cliniques valables (Legido-Quigley et al., 2013). Cependant, en pratique l'EBM a pour but de combiner les meilleures données scientifiques avec l'expérience clinique des praticiens et les attentes des patients (Sackett et al., 1996). Les RBP comme un outil de la mise en application de l'EBM contribuent à réaliser cet objectif. La plus récente définition des RBP illustre ce fait: « *Les RBPs sont un moyen pratique pour synthétiser les données des preuves scientifiques et de présenter des recommandations aux décideurs de la santé publique* (Kredo et al., 2016a, p. 123) ».

B) L'histoire de la mise en place des Recommandations de Bonne Pratique (RBP) en France

En France, le développement des RBP s'inscrit dans un mouvement international de la « légitimation professionnelle par la science » et un mouvement étatique de la « rationalisation des pratiques médicales » (Rolland, C. and Sicot, F., 2012, p. 57). Les premiers mouvements vers les RBP datent des années 1970 où la volonté politique de la rationalisation de la profession médicale, la maîtrise des dépenses de santé et la régulation du système de santé ont été au cœur des débats. Le besoin aux recommandations a été né initialement du terrain de la pratique des médecins, qui étaient face à une « multiplication des données scientifiques », à la « complications des cas cliniques traités » et aux « préoccupations de coûts, de la transparence et de la sécurité des soins » (Castel and Robelet, 2009, p. 100). C'est ainsi que l'Etat a commencé à réfléchir sur l'élaboration des dispositifs pour la rationalisation de la pratique médicale (dispositif top down). En 1988, le syndicat des MGs en France a produit un rapport sur l'évaluation médicale en France, à la demande du Claude Evin, le ministre de la santé de l'époque. Ce rapport a abouti à la création de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) en 1989, chargée de la diffusion vers les médecins des résultats des conférences du consensus et les RBP élaborées par les sociétés savantes (Rolland, C. and Sicot, F., 2012, pp. 59–60). L'ANDEM était un organisme scientifique et technique indépendant qui avait pour objet la conduite de toute action dans le domaine de l'évaluation médicale, des soins et des technologies médicales ayant un impact en terme de santé publique (HAS, 2005, p. 1). L'ANDEM, a ensuite été transformée en Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES) suivant l'ordonnance du 26 Avril 1996 du plan Juppé instauré en 1995 (Rolland and Sicot, 2012, p. 60). L'ANAES est un établissement public administratif qui a les mêmes missions de l'ANDEM avec quelques nouvelles missions comme: l'accréditation des établissements de santé, la nomenclature (c'est-à-dire l'émission d'avis scientifiques et techniques, par le développement des études d'évaluation technologique, sur la liste des actes, des prestations et des fournitures qui sont remboursés par l'AM) et l'évaluation d'actions et des programmes de santé publique (HAS, 2005, p. 2).

En 1993, les Références Médicales Opposables (RMO), premièrement apparues dans la convention nationale des médecins, se voient développer en France. Nées de la loi Teulade (loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'AM), les RMO sont définies comme : « des critères scientifiques reconnus qui

définissent les soins et les prescriptions médicalement inutiles, redondants et dangereux » (Allemand H. et al., 2000). En 1994, l'ANDEM a été chargée de l'élaboration des RMO. La loi du 25 Avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a désigné l'ANAES et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), les responsables de l'élaboration des RMO pour la santé et pour des médicaments. Les RMO ont été utilisées par les partenaires de la Convention Médicale (caisses nationales d'assurance maladie et organisations syndicales représentatives des médecins libéraux) pour être rendues opposables à la pratique des médecins, dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (ANAES, 1999, p. 5). Elles sont présentées par l'AM comme « *des outils répondant à des critères de transparence, de conformité aux données actuelles de la science, de qualité et de sécurité des soins* » (Rolland, C. and Sicot, F., 2012, p. 61). L'introduction des RMO visait à éliminer les actes de soins et des prescriptions médicamenteuses inutiles ou inadéquats. Les RMO malgré leur réussite à contrôler les dépenses de santé, ont été remplacées par la suite par les RBPs, du fait de leur caractère opposable (possibilité de sanctionner financièrement leur non-respect).

Les RBP ont été en effet développées comme des outils complémentaires aux RMO. La loi du 13 août 2004 portant la réforme de l'AM a prévu la transformation de l'ANAES à une nouvelle instance, la HAS à partir du 1^{er} janvier 2005. La HAS est dédiée à la création et la diffusion des RBPs, dans un objectif de l'amélioration de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses de santé. Les recommandations établies par la HAS contiennent toujours quelques références qui sont opposables (Rolland and Sicot, 2012, pp. 53–75).

C) Les organismes responsables et la méthodologie de l'élaboration des recommandations

Dans la plupart des pays les recommandations sont coordonnées au sein des organismes centraux (organismes publiques ou indépendantes) avec la participation des sociétés savantes en médecine notamment ceux travaillant directement sur le sujet en question (Legido-Quigley et al., 2013, p. 27). De plus, l'élaboration des RBP en santé est un sujet d'intérêt commun au niveau international et fait l'objet de la coopération entre différents pays. En pratique cet intérêt est démontré par la présence des réseaux internationaux des CPGs, comme le GIN, et au niveau européen les recommandations du Conseil de l'Europe et le projet AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), un outil d'évaluation du processus de développement des recommandations (Legido-Quigley et al., 2013, p. 17). En plus de ces organismes internationaux

<Bareen YOURISH> -

mentionnées ci-dessus, il existe des réseaux internationaux de l'élaboration des recommandations qui sont entièrement dédiés à la production des recommandations pour une maladie précise. Parmi ceux-ci GOLD est un bon exemple qui élabore et produit des guides internationaux pour la BPCO basés sur des preuves scientifiques récentes (GOLD, 2017). L'OMS construit aussi des recommandations pour les pays qui les souhaitent. Ces demandes viennent des pays lorsqu'ils se trouvent dans l'ambiguïté de choisir entre plusieurs politiques et interventions. Plusieurs raisons peuvent être à l'initiation de celle-ci: l'émergence d'un nouveau problème, une situation d'urgence, un manque de l'évidence scientifique de bonne qualité et des ressources limitées (Oxman et al., 2007). L'AGREE II (Appraisal for Guideline Research and Evaluation) est un outil d'évaluation des recommandations, qui sert également de cadre pour guider la démarche de l'élaboration des recommandations. Il contient la stratégie méthodologique pour la construction des recommandations et définit quelle information doit être signalée et comment (Brouwers et al., 2010).

Même si certaines similarités sont trouvées entre les pays pour les différentes étapes de l'élaboration des recommandations, chacun des pays notamment quelques pays Européens incluant la France et les Etats-Unis disposent d'un manuel propre à lui-même pour construire les guides de bonne pratique . Quelles que soient les méthodes de la construction des guides, une méthode rigoureuse est nécessaire, prenant en compte à la fois les données scientifiques issues de la littérature mais aussi les besoins des patients et les expériences cliniques des professionnels, comme évoqué dans la plus récente définition des RBP proposée par l'IOM en 2011: « *Les recommandations de bonne pratique en santé sont des propositions qui incluent des recommandations particulières destinées à optimiser les soins d'un patient, elles doivent s'appuyer sur une synthèse méthodique des données issues de la recherche scientifique et mentionner les avantages et les inconvénients des options alternatives de soins* (Institute of Medicine, 2011) ». L'OMS, le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), le NICE et le Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) sont des organismes internationaux et nationaux bien crédités pour leur méthodologie du développement des RBP clinique (Kredo et al., 2016b, p. 123).

Dans cette étude le choix a été fait pour décrire les organismes responsables et la méthodologie de l'élaboration des guides de bonne pratique en France et en Angleterre comme des pays Européens disposant des guides « bien établis » selon le rapport précédemment mentionné de l'UE 2013, et les organismes responsables aux Etats-Unis comme le pays initiateur des guides cliniques de bonne qualité. Les organismes et/ou les

<Bareen YOURISH> -

réseaux internationaux responsables du processus de la construction des recommandations seront aussi étudiés. La méthodologie de l'élaboration des guides aux Etats-Unis ne sera pas décrites en détaille puisque une similarité très proche a été vue entre la méthodologie des organismes internationales chargés de l'élaboration des guides et celle des Etats-Unis.

a) Les organismes nationaux

1. France

En France, depuis la loi du 13 août 2004, « *La HAS est chargée d'élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines* (Loi du 13 août 2004 relative à l'AM, Titre II, Chapitre 1er bis, article L. 161-37) ». La HAS est l'organisme central de l'élaboration et de la diffusion des RBP médicales. Cependant, elle n'est pas la seule instance qui assure cette fonction. D'autres organisations sanitaires comme l'Institut National de Cancer (INCa) ou des agences responsables des affaires médico-sociales collaborent avec la HAS dans la production de ces recommandations. Les sociétés savantes en médecine comme la Société de Pneumologie de la Langue Française (SPLF), produisent des RBP pour les maladies particulières, dans ce cas les maladies respiratoires, qui sont ensuite validées par la HAS. Tous les guides produits par d'autres organismes et des sociétés savantes doivent recevoir le label méthodologique de la HAS afin d'obtenir l'autorisation d'être publiés. La HAS ayant le statut indépendant de promoteur public, assure lui-même le financement des guides qu'elle produit et diffuse (HAS, 2016).

La HAS élabore les RBPs selon deux méthodes: La méthode « Recommandations pour la pratique clinique » (RPC) ou la méthode « Recommandations par consensus formalisés » (RCF). La méthode RPC est utilisée dans la plupart des cas alors que la méthode RCF est utilisée dans la condition de « l'absence ou insuffisance de littérature de fort niveau de preuves répondant spécifiquement aux questions posées » ; « la possibilité de décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables (listes d'indications, de critères, etc.) »; « le controversé, avec nécessité d'identifier par un groupe indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée ». Pour choisir la méthode RCF au moins deux des conditions précédentes doivent être présentes (HAS, 2016, p. 5).

Dans le cadre de sa mission de l'élaboration des recommandations de bonne pratique la HAS a publié le 31 mai 2006, ces premières recommandations pour les maladies chroniques sous formes de 4 guides parcours de soins pour l'Hépatite C Chronique, le Diabète de type 1 de l'adulte, le Diabète de type 1 de l'enfant et de l'adolescent et le Diabète de type 2 (HAS, 2006, pp. 2–3). La méthodologie de l'élaboration des RBPs en France est décrite dans les tableaux suivants.

Tableau 4 : Méthodologie de l'élaboration des RBPs en France : Phase de cadrage (HAS, 2014b)

Étape	Participants
Initiation de l'élaboration des recommandations	
Inscription du thème de la recommandation au programme de la HAS	<ul style="list-style-type: none"> - Autosaisine de la HAS - Demande d'autres organismes i.e les sociétés savantes
Phase de cadrage	
Recueil d'informations sur le thème: Préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus, les professionnels et les usagers concernés ainsi que les parties prenantes; Rechercher les données disponibles sur la question concernée;	<ul style="list-style-type: none"> - chef de projet - demandeur(s) et parties prenantes (organisations professionnelles et association des patients et d'usagers du système de santé)
Elaboration des questions à traiter et les modalités de la réalisation des recommandations: proposer les questions à traiter; déterminer la méthode à retenir (RPC ou RCF), les professionnels et les usagers à impliquer; le calendrier prévisionnel; et les actions à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> - chef de projet
Une réunion de cadrage (facultative)	Chef de projet et les demandeurs et parties prenantes
Rédaction de la note de cadrage	Chef de projet
Validation de la note de cadrage	Collège de HAS

Tableau 5: Méthodologie de l'élaboration des RBPs en France : La méthode « Recommandations pour la pratique clinique » (HAS, 2016)

Etape	Participants
<p>Revue systématique et synthèse de la littérature</p> <p>Réalisation d'une recherche bibliographique systématisée et sélection des références conformes aux critères de sélection préétablis(en continu de la recherche bibliographique conduite dans la phase de cadrage) ; analyse critique de la littérature; rédaction de l'argumentaire scientifique (la méthode de travail, la stratégie de la recherche documentaire, présentation du thème des recommandations et la contextualisation, synthèse critique de la littérature et les niveaux de preuve, l'avis du groupe de travail et les recommandations gradées); et rédaction des propositions de recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le ou les chargé(s) de projet - chef de projet
<p>Rédaction de la version initiale des recommandations :</p> <p>Discussion sur l'argumentaire scientifique et des propositions de recommandations; et rédaction de la version initiale des recommandations (avec grades) pendant 2 réunions ou plus si nécessaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - les membres du groupe de travail
<p>Lecture : Consultation d'un groupe de lecture et des parties prenantes– avis individuel par voie électronique sous le forme des cotations et des commentaires par groupe de lecture et sous le forme des commentaires par les parties prenantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - groupe de lecteur (professionnels de terrain) - parties prenantes (organisations professionnelles, association d'usagers, institutionnels, etc. concernés par le thème)
<p>Finalisation : analyse des réponses du groupe de lecture et des parties prenantes ; discussion des commentaires ; finalisation du texte des recommandations pendant 1 réunion ou 2 si nécessaires; validation et diffusion de l'argumentaire scientifique, des recommandations et de sa synthèse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - groupe de travail - Collège de HAS
<p>Actualisation des recommandations</p>	

Tableau 6: Méthodologie de l'élaboration des RBPs en France : La méthode « Recommandations par consensus formalisés »

Etape	Participants
<p>Phase de revue systématique et synthèse de la littérature: Identification, sélection, analyse critique et synthèse de la littérature sous forme d'un argumentaire scientifique ; Préparation d'une liste de propositions (avec niveaux de preuves) à destination du groupe de cotation (pendant 2 à 3 réunions)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - groupe de pilotage - le ou les chargés de projet et - le chef de projet
Phase de cotation	
<p>Premier tour de cotation: Soumission en ligne de l'argumentaire scientifique et la liste des propositions et un questionnaire à chaque membre du groupe de cotation par le chef de projet; l'analyse des réponses de premier tour de cotation par le chef de projet afin de préparer les éléments à discuter pendant la réunion de cotation ; Réunion du groupe de cotation: pour discuter des propositions jugées « incertaines ».</p> <p>Second tour de cotation : conduite pour les propositions d'un accord faible</p> <p>Analyse des réponses de deuxième tour de cotation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le président du groupe de pilotage - le chargé de projet - le chef de projet et - le groupe de cotation
<p>Phase de rédaction de la version initiale des recommandations: Rédaction de la version initiale du texte des recommandations et mise en forme du questionnaire à la destination du groupe de lecture</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le président du groupe de pilotage - le chef de projet et - le chargé de projet
<p>Phase de lecture : avis du groupe de lecture et ou des parties prenantes sur le texte initial par cotations et commentaires</p>	<ul style="list-style-type: none"> - le chef de projet et - le président du groupe de pilotage
<p>Phase de finalisation: Analyse des réponses de groupe de lecture et des parties prenantes ; discussion des commentaires ; finalisation du texte des recommandations pendant 1 réunion ; validation et diffusion de l'argumentaire scientifique, des recommandations et de sa synthèse</p>	<ul style="list-style-type: none"> - groupe de pilotage et - groupe de cotation
<p>Diffusion et actualisation des recommandations</p>	

2. Angleterre

En Angleterre, le NICE est chargé de la construction des guides méthodologiques pour l'élaboration des guides de bonnes pratiques, depuis le Health and Social Care Act 2012. Le NICE est en effet un organisme public indépendant qui a un rôle de consultation et de l'orientation pour le National Health Services (NHS)¹⁴ (Site web de NICE, 2017). Les guides de bonne pratique sont construits par de diverses comités indépendants qui sont spécialistes des sujets spécifiques ou des sujets variées. Ils sont ensuite diffusés par le NICE dans différents formats accessibles pour les praticiens et les patients. Le NICE pathways est un outil en ligne qui réunit tous les guides concernant le même sujet dans une rubrique. Elle contient aussi des liens internet qui renvoient l'utilisateur aux autres guides associés au même sujet. Les guides du NICE contiennent des recommandations sur l'organisation des soins dans différents niveaux, préventives, thérapeutiques et interventionnelles (NICE, 2014). Le NICE est financé par le NHS dans sa mission du développement des guides (Site web de NICE, 2017).

Les recommandations professionnelles pour la prise en charge des maladies chroniques sont développées par le National Clinical Guideline Center for Acute and Chronic Conditions (NCGC) financé par le NICE. Il se trouve au Royal College of Physicians (RCP) du Londres (Site web de NCGC, 2017). Les recommandations pour les maladies chroniques sont adaptées et implantées au niveau local par des hôpitaux, des *Purchasers*¹⁵ du système de soins et des organisations publics ou privées. Les guides du NICE consistent des recommandations sur des nouveaux médicaments et des médicaments de l'usage courant, des traitements et des procédures (Legido-Quigley et al., 2013, p. 38).

La méthodologie de la construction des recommandations du NICE est décrite dans les tableaux suivants.

¹⁴ NHS : le système de la santé publique du Royaume-Uni.

¹⁵ Un terme anglais qui signifie au Royaume Uni les organisations qui achètent des services de santé des Primary Care Trusts ou des hôpitaux.

<Bareen YOURISH> -

Tableau 7 : Méthodologie de la construction des recommandations en Angleterre : Phase de cadrage (NICE, 2014)

Étape	Participants
Initiation de l'élaboration des recommandations	
Inscription du thème de la recommandation au programme du NICE	- Autosaisine du NICE
Phase de cadrage	
Recueil d'informations sur le thème: Rechercher des recommandations précédentes du NICE (si existe) et des autres évidences scientifiques, des politiques, des revues systématiques et épidémiologiques sur le thème;	- le documentaliste du NICE - l'équipe développeur des recommandations(administrateurs, coordonnateurs et le/les chargés de projet)
Construire le cadre conceptuel du guide	- Groupe de la mise en œuvre des guides du NICE - l'équipe développeur des recommandations
Identification de la population concernée et les points clés: préciser l'objectif des recommandations et les bénéfices attendus; préciser les professionnels et les usagers concernés par la recommandation ; déterminer les questions à traiter ;	- L'équipe développeur du guide
Planification du NICE Pathways Mise en relation des recommandations proposées avec les autres recommandations et guides du NICE	- L'équipe chargée de la publication du guide - L'équipe développeur du guide
Cosultation des parties prenantes sur le brouillon de la note de cadrage : demander l'avis des parties prenantes sur le choix de la population concernée et les questions à traiter directement sur le site internet du NICE; mettre en place d'un atelier de la consultation dans certain cas	- les parties prenantes - L'équipe de l'assurance de qualité du NICE - L'équipe développeur du guide - Les organismes réglementaires - L'équipe du programme de la participation du public
La signature et la diffusion de la note de cadrage définitive	

<Bareen YOURISH> -

**Tableau 8 : Méthodologie de la construction des recommandations en Angleterre :
Recommandations pour la pratique clinique (NICE, 2014)**

Étape	Participants
<p>1) Formulation des questions de recherche selon PICO: Population, intervention, Comparaison et résultat (outcome) ou SPICE : (Contexte (Setting), perspectif, Intervention, Comparaison et Evaluation).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'équipe développeur du guide - Les membres du comité chargé de l'élaboration des recommandations - L'équipe de l'assurance de qualité du NICE
<p>2) Programmation de la recherche des évidences: Etablissement d'un protocole de recherche (contexte, objectifs et méthode) mise en ligne 6 semaines avant la diffusion des propositions des recommandations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'équipe chargée de la recherche des évidences - L'équipe de l'assurance de qualité du NICE
<p>3) Revue systématique de la littérature : Identification, sélection et analyse critique de la littérature; évaluation de la qualité des revues avec le système GRADE ; demande d'avis des parties prenantes ; et synthèse de la littérature.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'équipe chargée de la recherche des évidences - L'équipe développeur du guide - Le comité du NICE expert du thème - Les parties prenantes - Les organismes réglementaires
<p>4) Rédaction définitive des recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les membres du comité chargé de l'élaboration des recommandations

3. Etats-Unis

Aux Etats-Unis les guides de bonnes pratiques sont élaborés par les agences du gouvernement comme le Centers for Disease Control and Prevention, les sociétés savantes comme le Infectious Disease Society of America et le American College of Clinical Pharmacy, Le Managed Care Organizations (MCO) ¹⁶, les tiers payants, les panels d'experts, et les organisations d'assurances de la qualité comme le National Quality Forum (Cruz et al., 2015). L'Institute of Medicine (IOM), nommé maintenant le National Academy of Medicine, a été chargée, depuis la loi 2008 *Medicare Improvements for Patients and Providers Act*, de réaliser une étude sur les meilleures méthodes de l'élaboration des guides cliniques (Medicare Improvements for Patients and Providers Act of 2008, section 304). Depuis, l'IOM a établie des standards de la transparence et de l'évidence pour la gradation des recommandations, afin d'assurer la dépendabilité des guides cliniques (Cruz et al., 2015). Les autres organisations des soins et des agences de gouvernance produisent des manuels pour l'élaboration des guides cliniques qui sont toujours en conformité avec les standards définis par l'IOM (Cruz et al., 2015). Le National Guideline Clearinghouse (NGC) est notamment responsable de la dissémination et de la diffusion des guides de bonnes pratiques. En plus, le U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) développe particulièrement des guides médicales en soins primaires depuis les années 1980. Le National Institute of Health (NIH) élabore aussi des guides de bonnes pratiques notamment avec son National Heart, Lung and Blood Institute qui a produit 12 guides diffusés par le NGC en 2009. Le American Thoracic Society et le American College of Physicians sont aussi reconnus pour le développement des guides de bonnes qualités (Institute of Medicine, 2011, p. 36).

b) Les organismes Internationaux

1. *Guidelines International Network (GIN)*

Le GIN est un réseau international des créateurs des guides de bonnes pratiques, fondée en 2002. Il est composé de 103 organisations et 156 experts représentant 47 pays (GIN, 2017). Le GIN dispose d'une bibliothèque en ligne qui contient 6495 guides (GIN annual report, 2016). Ce réseau recommande une liste de 11 critères à prendre en compte lors de l'élaboration des guides de bonnes pratiques. Selon, le GIN ces critères sont des éléments clés pour la construction des guides de haute qualité, et doivent être

¹⁶ Le **Managed Care Organization (MCO)** est un type d'organisation d'assurance maladie aux États-Unis. Il compte deux types d'organisations avec des modèles différents : les PPO (Preferred provider organization (en)) et les HMO (Health maintenance organization (en)).
<Bareen YOURISH> -

adaptés selon la situation locale de chacun des pays élaborateurs. Ces critères sont (Qaseem et al., 2012, p. 526):

Box 1 : Critères du GIN pour l'Elaboration des guides de bonnes pratiques

1 - La composition du groupe de l'élaboration des guides : Un groupe de l'élaboration des guides de bonne pratique doit se composer des diverses parties prenantes reliés au thème du guide, comme les professionnels de santé, les méthodologistes, les experts du thème et les patients.
2 - Le processus de la prise de décision : Un guide de bonne pratique doit décrire le processus du consensus entre les membres du groupe du travail, et si possible doit être validé par l'organisation parraineur. Le processus doit être établi avant commencer l'élaboration des guides.
3 - La déclaration du conflit d'intérêt : Un guide doit contenir une déclaration du conflit d'intérêt financiers ou non financiers des membres du groupe de travail. Le guide doit aussi décrire comment les conflits identifiés ont été notés et résolus.
4 - La portée (scope) du guide : Un guide doit contenir un/des objectif(s) clair(s) et une portée précise
5 - Les méthodes : Un guide doit décrire clairement et en détail, les méthodes utilisées pour son élaboration.
6 - La recherche de l'évidence : Les élaborateurs d'un guide doit utiliser les méthodes de la revue systématique de l'évidence scientifique concernant le thème du guide.
7- Les recommandations des guides : Les recommandations doivent être clairement décrite et doivent être basée sur l'évidence scientifique concernant leurs avantages, désavantages, et si possible, leurs coûts.
8 - L'évaluation de l'évidence et les recommandations : Un guide doit être basé sur un système de l'évaluation qui présente la qualité et la fiabilité de l'évidence et la vigueur des recommandations.
9 - Examens par les paires et les parties prenantes : Une évaluation par les parties prenantes extérieures doivent être réalisée avant la publication des guides.
10 - L'échéance des guides et leurs actualisation : Une date de l'échéance doit être spécifiée pour le guide et/ou la procédure utilisé par les élaborateurs du guide pour leurs actualisation doit être décrite.
11 - Le support financier et le sponsor des guides : Un guide doit contenir des informations sur l'organisme ou le sponsor responsable du financement de celui-ci.

2. AGREE (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation ou la Grille d'Evaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique)

L'AGREE est une collaboration formée en 1998 qui a pour but de coordonner la méthodologie de l'élaboration des recommandations entre les organismes responsables de la construction des recommandations dans tous les pays. En 2003, l'AGREE a créé un outil « AGREE I » afin de répondre à la problématique de la variabilité de la qualité des RBP. Il est aujourd'hui le standard pour l'évaluation et le développement des guides de bonne pratique (AGREE, 2017). L'AGREE I a été mise à jour en 2010 en « AGREE II » qui contient 23 éléments regroupés en six domaines. Au contraire de la

<Bareen YOURISH> -

grille AGREE I, la grille AGREE II est générique et peut être appliquée aux recommandations concernant les problèmes de santé publique aussi. (Brouwers et al., 2010, pp. 1–42).

Box 2 : Grille d'Evaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (AGREE II)

<p>Domaine I : Champ et objectifs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement. 2. La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement. 3. La population (patients, public, etc.) à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite.
<p>Domaine II : Participation des groupes concernés</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés. 5. Les opinions et les préférences de la population cible (patients, public, etc.) ont été identifiées. 6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.
<p>Domaine III : Rigueur de l'élaboration des recommandations</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques. 8. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits. 9. Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies. 10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites. 11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations. 12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent. 13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication. 14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.
<p>Domaine IV : Clarté et présentation</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté. 16. Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées. 17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.
<p>Domaine V : Applicabilité</p> <ol style="list-style-type: none"> 18. La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles. 19. La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique. 20. Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées. 21. La RPC propose des critères de suivi et de vérification
<p>Domaine VI : Indépendance éditoriale</p> <ol style="list-style-type: none"> 22. Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC. 23. Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés.

3. ADAPTE

L'ADAPTE est un groupe international des chercheurs et d'experts impliqués dans l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique, mise en place depuis janvier 2004. L'ADAPTE a été créée dans un temps où la plupart des organisations responsables de l'élaboration des guides de bonne pratique ont été sous pression de la création exhaustive des guides dans un temps court avec des ressources limitées. Malgré l'existence des critères internationaux, un nombre important des organismes construisaient des guides de bonnes pratiques sur la même thématique, ce qui parfois

<Bareen YOURISH> -

aboutissait à une « duplication des efforts ». Aussi, le contexte d'un pays à l'autre étant différent, le besoin de l'adaptation des recommandations au contexte d'un pays ou une population particulière a été ressenti. C'est ainsi que l'ADAPTE a été établi dans un but d'assister à l'adaptation des guides de bonne pratique. Il a construit une boîte à outils qui est désormais utilisée globalement. Depuis 2010, l'ADAPTE a été fusionné avec le GIN afin de faciliter la distribution de ces outils. Le boîte à outils ADAPTE est désormais disponible gratuitement sur le site internet du GIN (The ADAPTE Collaboration, 2009).

Box 3: Les phases du déroulement du processus d'Adaptation

1- Phase d'installation :

C'est une phase qui se déroule avant le début du processus de l'adaptation. Elle inclut l'identification des compétences et des ressources nécessaires avec la détermination de la faisabilité de l'adaptation.

2- Phase d'adaptation :

La phase d'adaptation aide aux organismes de l'élaboration des guides à identifier les questions de recherches essentielles autour d'un thème prédéfini, chercher et récupérer des guides de bonne pratique, évaluer la cohérence de l'évidence et la qualité, l'acceptabilité, le contenu et l'applicabilité du guide, prendre une décision pour l'adaptation et préparer le brouillon de guide de bonne pratique adapté.

3- Phase terminale :

Cette phase guide les élaborateurs du guide dans le processus de l'obtention des retours sur le document d'adaptation auprès des parties prenantes, consultation sur les sources utilisées dans le processus d'adaptation, établissement d'un processus pour la revue et l'actualisation du guide adapté, et la construction du document final.

4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)

Le GOLD est un programme destiné à la gestion de la prise en charge de la BPCO. Initié dans les années 1998, un des objectifs de ce programme est de produire des recommandations professionnelles pour la prise en charge de la BPCO basées sur la meilleure évidence scientifique disponible. Le premier rapport GOLD a été publié en 2001. Une révision complète de ce document a été faite en 2006 et ensuite en 2011. Ce document est utilisé globalement par un nombre important des pays incluant la France. Le

<Bareen YOURISH> -

rapport GOLD est disponible dans plusieurs langues sur le site internet du GOLD. Depuis 2013, le rapport GOLD est mis à jour annuellement. De plus, les membres du comité scientifique du GOLD se réunissent deux fois par an pour discuter chaque publication qui est considérée par au moins un des membres du comité, avoir une influence significative sur le management de la BPCO. La référence est ensuite incluse dans le rapport GOLD selon un consensus des membres du comité ou le rapport GOLD est modifié. Le rapport de 2017 est le résultat d'une quatrième révision complète de ce document par le comité scientifique du GOLD qui s'est déroulée entre 2015 et 2016. Le but de la révision est l'actualisation des recommandations pour la BPCO. Le rapport de 2017 est produit à partir d'une revue systématique de la littérature publiée entre 2015-2016 (GOLD, 2017, p. 6). Une des nouveautés du rapport GOLD 2017 est la prise en compte du rôle pivot des MGs et le rôle des autres professionnels de soins primaires qui sont les premiers à recevoir les patients avec des symptômes respiratoires, dans le diagnostic de la BPCO (GOLD, 2017, p. 2).

GOLD élabore des recommandations sur le diagnostic et l'évaluation de la BPCO et la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique de la maladie dans ses différentes phases (BPCO stable, l'Exacerbation de la BPCO, la BPCO avec des comorbidités). GOLD recommande la considération de la BPCO chez tous les patients qui présentent une dyspnée, une toux chronique ou une expectoration, et/ou une histoire de l'exposition aux facteurs du risque de la maladie. En présence de ces caractéristiques, la réalisation d'une spirométrie avec test de bronchodilatation est indispensable pour le diagnostic de la BPCO. Une VEMS/CV<70% est retenue par GOLD comme le seuil de la confirmation de la présence de la limitation des débits aériens persistants ce qui affirme le diagnostic de la BPCO chez les individus avec des symptômes prédéfinies et étant significativement exposés aux facteurs de risques (GOLD, 2017).

D) Niveau de preuves

L'analyse critique de la littérature scientifique internationale est l'étape la plus importante dans l'élaboration des recommandations professionnelles. Plusieurs systèmes de la gradation des recommandations existent parmi lesquels, le système GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) est le mieux accepté et adopté au niveau international (Kredo et al., 2016b, pp. 122–128).

Le niveau de preuve d'une étude est la capacité de l'étude à répondre à la question posée. En France la HAS utilise un système de niveau de preuve et de gradation

<Bareen YOURISH> -

des recommandations de bonne pratique développé par l'ANAES en 1999. L'ANAES a classifiée les recommandations en trois grades: Grade A - Preuve scientifique établie, Grade B – Présomption scientifique et Grade C – Faible niveau de preuve (HAS, 2013).

Grade A (Niveau de preuve 1)

Une recommandation de Grade A est basée sur une preuve scientifique établie venant d'au moins deux études de fort niveau de preuve (méta-analyse, essais comparatifs randomisés de grande puissance aux résultats indiscutables).

Grade B (Niveau de preuve 2)

Une recommandation de Grade B est basée sur une présomption scientifique forte, établie par des études de niveau de preuve intermédiaire (essais comparatifs randomisés de faible puissance).

Grade C (Niveaux de preuves 3 et 4)

Une recommandation de Grade C est basée sur des études de faible niveau de preuve (cohortes, études cas-témoins).

Un Accord Professionnel (AP) est nécessaire pour les recommandations, en l'absence de précisions.

Le GRADE a classifiés les recommandations en:

Recommandations fortes : Quand le groupe de travail est confiant dans le fait que les effets souhaitables de l'adhésion à une recommandation l'emportent sur les effets indésirables.

Recommandations faibles : Indique que les effets souhaitables de l'adhésion à une recommandation l'emportent probablement sur les effets indésirables, mais le groupe de travail est moins confiant.

II. Pertinence des guides parcours de soins des maladies chroniques pour les médecins généralistes

Le but de cette partie est de faire une synthèse des publications traitant de la pertinence des recommandations de bonne pratique concernant les parcours de soins et destinées aux MGs.

Les dimensions suivantes seront abordées dans des sous chapitres prochains:

1- La pertinence pour les Médecins généralistes des guides de bonne pratique : le cas général des guides parcours de soins pour les maladies chroniques

- La pertinence des recommandations professionnelles pour la population en soins primaires
- L'attitude des médecins généralistes envers les recommandations professionnelles
- L'utilisation des recommandations professionnelles par les MGs dans leur pratique quotidien
- L'application des guides de bonne pratique pour les patients polypathologiques

2 – La pertinence pour les MGs des guides parcours de soins de la BPCO

- L'attitude des médecins généralistes envers les recommandations professionnelles pour la BPCO
- L'utilisation des recommandations professionnelles pour la BPCO par les MGs dans leur pratique quotidien
- L'application des guides de bonne pratique pour les patients polypathologiques

A) La pertinence pour les Médecins généralistes des guides de bonne pratique : le cas général des guides parcours de soins pour les maladies chroniques

a) La pertinence des recommandations professionnelles pour la population en soins primaires

En 2014, Steel et al. ont réalisé une revue de la littérature portant sur toutes les publications du NICE publiées en 2010 et 2011 contenant des recommandations pour les soins primaires. Un total de 45 publications (ou guides) a été évalué pour identifier « la pertinence des guides cliniques et ses recommandations professionnelles, pour les soins primaires ». L'équipe de la recherche ont étudié les 45 publications et ont exclus parmi celles-ci les guides portant sur des soins hors le contexte des soins primaires. Les recommandations dans les publications inclus (N=22) ont été classifiées par 5 MGs chercheurs en 3 groupes : « particulièrement pertinentes », « pertinentes » et « non pertinentes » aux soins primaires. Chaque recommandation a été ensuite évaluée indépendamment par deux critiqueurs qui ont en cas de contradiction discuté les éléments par voie téléphonique ou par courrier électronique. En cas de désaccord des critiques, une troisième personne de la même qualification était contactée pour évaluer la recommandation. Toutes les publications citées comme référence pour ces recommandations ont été évaluées pour identifier les publications basées sur des études conduites sur la population en soins primaires. Elles étaient ensuite classifiées selon le degré de leur pertinence pour le contexte des soins primaires. La plupart des études étaient la revue systématique de la littérature. Les 22 guides contenaient 1185 recommandations parmi lesquelles (N=495) ont été identifiées suite à la phase précédente comme étant pertinentes pour les soins primaires. Les 495 recommandations se basent sur l'évidence de 1573 publications de recherche, parmi lesquelles seulement 590 (38%) ont été identifiées pertinentes pour la population de soins primaires. Dans d'autres mots cette étude a montré que presque deux tiers (62%) des recommandations professionnelles anglaises ne sont pas pertinentes pour les soins primaires (Steel et al., 2014, p. 1251).

Par ailleurs, dans une étude de Sullard et al., « Does the evidence referenced in NICE guidelines reflect a primary care population? » ou « Est-ce que l'évidence citée dans les guides du NICE représente une population en soins primaires? », publiées en

mars 2013 dans le British Journal of General Practice, 3 guides de bonnes pratiques: « La prescription des antibiotiques en soins primaires, pour les infections autolimitées des voies respiratoires inférieures des enfants et des adultes (CG69) », « Hypertension artérielle: Le management de l'hypertension artérielle de l'adulte en soins primaires (CG34) » et « Bronchopneumopathie Chronique Obstructive: Le management en soins primaires et secondaires, de la BPCO de l'adulte (CG12) », publiés respectivement en juillet 2008, juin 2006 et février 2004, ont été évalués pour identifier dans quelles mesures les recommandations de soins primaires dans les guides de bonne pratique sont basées sur les études scientifiques menées dans le contexte des soins primaires. Ces guides ont été choisis selon deux critères: Ces maladies sont des conditions souvent vues en médecine générale et ont été les thématiques des guides du NICE dans les 5 années précédentes. Chaque guide a été analysé indépendamment par deux chercheurs. Dans le cas des infections de voies respiratoires inférieures, le guide sélectionné est adressé seulement à la population de soins primaires. Le guide de l'hypertension artérielle est pour les non-spécialistes et particulièrement pour les MGs. Les soins primaires et secondaires tous les deux faisaient l'objet du guide de la BPCO. Les chercheurs ont seulement analysé les recommandations pour les soins primaires existantes dans ces guides. Ce qui veut dire que toutes les recommandations dans les guides des infections de voies respiratoires inférieures et de l'hypertension artérielle ont été analysées. Pour la BPCO, les chercheurs ont indépendamment identifiées les recommandations pertinentes pour les soins primaires, à partir du guide de bonne pratique de la maladie. Pour ce dernier, seulement 97 recommandations ont été retenues dans l'étude comme étant en lien avec les soins primaires. Dans tous les 3 guides, en total, 115 recommandations ont été identifiées comme étant pertinentes en soins primaires. Parmi ceux-ci, après une phase de la revue des études scientifiques (N=160) soutenant ces recommandations, et cela indépendamment par deux chercheurs, 80% des études dans le guide des infections respiratoires des voies inférieures, utilisées pour en retirer les recommandations pertinentes pour les soins primaires, ont été jugées comme étant basées sur les recherches conduites dans le contexte des soins primaires. Ces résultats ont été 26% et 67% pour les guides de l'hypertension artérielle et de la BPCO respectivement. La conclusion des chercheurs est qu'une proportion significative des études de références pour les recommandations en soins primaires sont celles qui ne sont pas conduites dans le contexte des soins primaires (Scullard et al., 2011, pp. e112–e113).

b) L'attitude des Médecins généralistes envers les recommandations professionnelles

En novembre 2014, Abdelhamid A. et al. ont réalisé une étude sur le « point de vue des MGs sur l'application de l'évidence scientifique des recommandations des guides du NICE à la population en soins primaires ». Conduite entre novembre 2012 et février 2013, cette étude utilisait une méthode de consensus du type ronde Delphi en deux tours à partir de, deux groupes de discussions en soins primaires, en Angleterre. Un nombre total de 28 MGs ont été recrutés par des annonces en lignes sur le site internet de Society for Academic Primary Care et le bulletin du Royal College of General Practitioners et le Primary Care Research Network à l'Est de l'Angleterre. Par ailleurs, un nombre total de 20 professionnels, 10 MG et 10 infirmiers, ont été recrutés pour les groupes de discussions. Ils étaient répartis en 1 groupe de MGs et 1 groupe d'infirmiers. Le sondage réalisé du novembre 2013 au janvier 2013, consistait en premier tour, des questions démographiques sur l'activité des MGs et leur participation dans la démarche de l'élaboration des guides de bonne pratique et des questions concernant l'application de l'évidence des soins primaires et les caractéristiques qui ont de l'influence sur l'utilisation des guides. 14 recommandations en soins primaires retirées de plusieurs guides du NICE ont été présentées aux participants pour une évaluation par score de 1 à 9. Après la première phase de l'évaluation, une synthèse de l'application en soins primaires de l'évidence scientifique des recommandations a été donnée aux MGs. Ensuite, ils ont été demandé de réévaluer les recommandations en prenant en compte leur pertinence pour les soins primaires. Le deuxième tour de la ronde Delphi consistait à évaluer de 1 à 5 les caractéristiques qui ont de l'influence sur l'utilisation des guides. Les caractéristiques étaient présentés aux MGs en 4 catégories: Le titre des guides, les caractéristiques des guides, l'accessibilité des guides et l'évidence sur laquelle se base les recommandations. Une dernière évaluation a été demandée aux participants en 2nd tour après leur avoir envoyé les scores moyens du sondage et les scores individuels. Les groupes de discussions se sont déroulés ensuite (janvier 2013-février 2013) en se basant sur les résultats obtenus de sondage du Delphi. Les résultats ont montré que parmi les 25 MGs sur 28 (89%) qui ont complété le premier tour et parmi les 21 sur 25 (84%) qui ont complété le second tour du sondage jusqu'au fin, 22 (88%) n'ont jamais participé à l'élaboration des recommandations. Les scores moyens concernant l'applicabilité des recommandations pour les patients en soins primaires, ont été plutôt élevés avant la présentation des synthèses de l'application des évidences scientifiques des recommandations au contexte du soins primaires, alors que après cela les scores moyen sont diminués pour les recommandations qui étaient jugées dans les notes de synthèses,

<Bareen YOURISH> -

de ne pas être basées sur des preuves pertinentes pour les soins primaires. En revanche, les scores moyens sont restés stables ou ont augmenté pour les recommandations dans le cas inverse. Les scores n'ont pas changé suite au deuxième tour du sondage. De plus, les MGs ont insisté dans ses commentaires, sur la nécessité de la prise en compte de leur perspective, dans toutes les étapes de l'élaboration des guides. Les scores pour les caractéristiques qui influencent l'utilisation des guides ont été élevé d'une manière générale sauf un score de 3 sur 5 : « L'évidence qui sous-tend les recommandations est basée sur la population en soins secondaires ». Ces derniers scores sont restés stables suite au deuxième tour du sondage. Par ailleurs, les 6 MGs (sur 10) et 10 infirmiers qui ont participé aux groupes de discussions (sur des thèmes: Utilisation des guides, l'évidence des recommandations, barrières à l'utilisation des guides et « pay for performance »), avaient en générale un avis favorable sur les guides de bonne pratique du NICE comme une source d'accompagnement à leur pratique. Ils se plaignaient de la multiplicité des guides et ont déclaré leurs besoin aux résumés de ces guides. De plus, ils ont déclaré un intérêt pour les versions simplifiées électroniques des guides et ont souhaité la signalisation claire des guides pertinents pour les soins primaires. En conclusion, l'étude a montré que les MGs suivent mieux les guides de bonne pratique lorsque l'évidence derrière les recommandations sont applicables à la population en soins primaires, et moins lorsqu'ils sont basées sur les études scientifiques conduites dans le contexte de soins secondaires. Les praticiens dans les groupes de discussions ont insisté sur le fait que les recommandations particulièrement liées à la population en soins primaires doivent être signalisées clairement. Ils ont aussi souhaité que les guides soient brefs, clairs et mieux accessibles (Abdelhamid et al., 2014, pp. 719–720).

Par ailleurs, une étude a été conduite par Lugtenberg et al. aux Pays-Bas du mars au juin 2008, sur « les barrières pour les MGs néerlandais devant l'application des recommandations des guides de bonnes pratiques ». Une enquête qualitative sous forme de 6 groupes de discussions a été menée auprès de 30 MGs réparties dans les groupes avec un moyen de 7 MGs par groupe. Un ensemble de 12 guides de bonne pratique contenant 56 recommandations clés ont fait l'objet de discussions pendant cette enquête. Les participants étaient recrutés par une annonce en ligne sur le site web du collège des MGs néerlandais (NHG) et par le bulletin électronique du collège. Chaque groupe a reçu les recommandations clés des guides une semaine avant le début de l'enquête. Pour les groupes de discussions les guides ont été distribués deux par groupe. Chaque groupe a ensuite décrit pendant les discussions les barrières perçues devant l'application des recommandations dans ces guides. Après l'analyse des données par les chercheurs, 3 catégories de barrières ont été identifiées: barrières liées à la connaissance des MGs (pour

<Bareen YOURISH> -

46% des recommandations); barrières liées à l'attitude des MGs (pour 91% des recommandations); et barrières externes (pour 82% des recommandations). La barrière la plus rapportée par les MGs était le désaccord des MGs avec les recommandations (pour 68% des recommandations dans les guides). 57% des recommandations étaient jugées comme n'étant pas pertinentes pour la population en soins primaires. 23% des recommandations étaient jugées par les MGs comme n'étant pas basées sur une preuve scientifique. La deuxième barrière la plus rapportée par les MGs était les facteurs environnementaux pour 52% des recommandations (la manque du temps et la manque des ressources). La troisième barrière était leur non-familiarité avec les recommandations. Cette barrière était rapportée pour 46% des recommandations. La dernière barrière la plus importante rapportée par les MGs était les facteurs liés aux recommandations. Cette barrière était présente pour 43% des recommandations présentées aux MGs dans le cadre de l'étude (la non clarté et la complexité des recommandations). Les barrières liées aux patients étaient présentes pour 40% des recommandations (la préférence des patients). En conclusion, l'étude a montré qu'il existe plusieurs barrières devant l'application des guides de bonne pratique par les MGs. La barrière la plus importante est le désaccord des MGs avec les recommandations à cause de la non pertinence des recommandations pour la population en soins primaires (Lugtenberg et al., 2009).

En France, en 2012, une étude a été conduite sur « les représentations et ressentis des MGs sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés ». L'étude a été réalisée sous le forme des enquêtes qualitatives par entretiens individuels semi-directifs et des questions ouvertes avec un échantillon de 16 MGs sélectionnés par un tirage au sort à partir de l'annuaire en ligne de « Portail-Médical.com ». Les entretiens ont eu lieu du 7 avril au 24 mai 2012 dans les cabinets des MGs recrutés. Selon cette enquête les MGs pensent que les normes de pratiques médicales ont un caractère « prescriptif ». Les normes médicales selon eux sont « des bornes qu'ils ne faut pas dépasser », « un espace dans lequel les pratiques médicales devraient s'effectuer ». Les MGs ont insisté sur le fait que « les normes ne prennent pas en compte la réalité à laquelle les médecins sont confrontée lors de la prise de décision concernant un patient ». Selon les MGs « les normes sont constituées d'une manière rigoureuses mais ils peuvent contenir des erreurs et ils sont quand même discutables notamment entre les confrères ». Les MGs ont mis en question les preuves sur lesquelles se basent les recommandations. Selon eux, « les preuves scientifiques ne sont pas toujours spécifiques à un contexte donné » et « l'échantillon sur laquelle l'étude est conduite n'est pas toujours représentatif de toute la population ». Ils ont également signalé que « les

<Bareen YOURISH> -

études conduites au niveau d'une population ne pourraient pas expliquer parfois la réalité de la situation individuelle du patient qui a son contexte particulier socio-économique et ses attentes et ses besoins spécifiques ». Cependant les médecins ont dit que « les recommandations leurs permettent d'encadrer leur pratique ainsi que de progresser ». Ils ont déclaré que « ils suivent une recommandation lorsqu'ils jugent qu'elle est efficace et améliore la qualité des soins, mais tout en l'adaptant à leur pratique habituelle ». « La préférence des patients pour les soins », « la non accessibilité des MGs aux quelques techniques de soins recommandés dans les guides », « la non clarté des recommandations », « l'évolution rapide des guides », sont des freins auxquels sont confrontés les MGs dans leur pratique quotidienne. « La diversité des champs d'actions dans la médecine générale » est aussi un obstacle qui a été présenté par les MGs les obligeant à suivre toutes les recommandations. Les MGs souhaitent avoir des synthèses accessibles et régulières des recommandations. Par ailleurs, les MGs se méfient des institutions qui sont impliquées dans le processus de l'élaboration des recommandations. Ils souhaitent l'amélioration de la participation des MGs dans le processus de la construction des recommandations. Ils ne font pas de la confiance sur les médecins de l'AM qui participent à l'élaboration des recommandations mais qui selon eux n'ont pas d'activités du terrain. Les MGs ont montré de l'intérêt à la rémunération supplémentaire reçue par l'AM mais en condition que cela ne risque pas leur « autonomie » dans leur métier (Jami et al., 2015).

En Norvège, Carlsen et al. ont conduit une étude en 2008 dans le but de « comprendre l'attitude des médecins envers les RBPs et les raisons pour leur scepticisme vis-à-vis des recommandations » ainsi que « faire une comparaison entre l'attitude des MGs et les autres médecins envers les recommandations ». L'étude a été conduite sous la forme des enquêtes par questionnaires. Un questionnaire a été envoyé aux 1649 médecins enregistrés dans la base de données de Norwegian Medical Associations (NMA). Le questionnaire contenait des questions sur : l'attitude générale des médecins envers les guides de bonne pratique ; et les différentes barrières à l'adhésion aux guides. Les réponses ont été classifiées selon un score de 1 (Complètement en accord/ en désaccord) à 4 (partiellement en accord/ en désaccord) pour le premier groupe de questions et 1 (non significative), 2 (légèrement significative), 3 (plutôt significative) et 4 (très important) pour le deuxième groupe des questions. Parmi les 1649 médecins, 1072 (65%) ont répondu au questionnaire suite à 1 rappel. Parmi ceux-ci 25.7% (N=240) étaient des MGs alors que les MGs représentaient 25.5% des médecins actives en Norvège en ce temps-là. Les réponses ont été analysées statistiquement ensuite. Les résultats ont montré qu'une majorité des médecins (MGs : 97.2% ;

<Bareen YOURISH> -

Autres médecins : 97.8%) déclarent être familiers avec les guides et les suivent la plupart du temps (MGs : 97.6% ; Autres médecins : 98.8%). Les MGs ont besoin plus que les autres médecins de chercher les guides (MGs : 38.2% ; Autres médecins : 28.7%) alors que les autres médecins déclarent que les guides sont intégrés dans leurs pratiques et ils n'ont pas besoin de les chercher. La majorité des médecins notamment les MGs ont confiance dans les guides produits par des autorités sanitaires (MGs : 87.5% ; Autres médecins : 88.3%) notamment ceux produits par le NMA (MGs : 98.0% ; Autres médecins : 93.3%). Les médecins notamment les MGs n'ont pas confiance dans les guides produits par l'industrie pharmaceutique (MGs : 73.4% ; autres médecins : 62.2%). Les MGs sont notamment incertains et confus avec le volume des guides de bonne pratique (MGs : 55.6% ; autres médecins : 21.5%), la clarté des guides (MGs : 67.3% ; Autres médecins : 41.1%), l'accessibilité des guides (MGs : 57.7% ; Autres médecins : 41.2%), les sources des guides (MGs : 70.9% ; Autres médecins : 56.9%) et la cohérence des guides (MGs : 78.6% ; Autres médecins : 71.3%). L'étude a montré que la majorité des médecins préfèrent utiliser leur jugement médical pour adapter leurs pratiques aux besoins individuels. Les raisons fournies par les médecins étaient dans l'ordre : « Le guide n'est pas adapté au patient individuel » (MGs : 85.4% ; Autres médecins : 80.1%) ; « Les guides ne sont que des suggestions, le jugement clinique doit être appliqué » (MGs : 82.4 % ; Autres médecins : 79.4%) ; « Les guides répondent aux soucis économiques plus qu'aux soucis cliniques » (MGs : 70.1% ; Autres médecins : 64.9%) ; « J'ai un doute sur l'évidence des guides » (MGs : 67.5% ; Autres médecins : 73.4%) ; « La recommandation ne correspond pas à la préférence du patient » (MGs : 53.3% ; Autres médecins : 49.9%) ; « Les guides sont ennuyeux et prennent du temps à saisir » (MGs : 50.2% ; Autres médecins : 29.8%) ; « Je ne peux pas passer du temps à négocier avec le patient seulement pour suivre les guides » (MGs : 28.5% ; Autres médecins : 18.6%) et « Je n'ai pas du temps pour actualiser mes connaissances des nouveaux guides » (MGs : 27.5% ; Autres médecins : 20.5%). En conclusion, l'étude a identifié que la majorité des médecins ont confiance dans les guides produits par des autorités sanitaires et des associations médicales. Selon cette étude les barrières auxquelles les médecins sont confrontés sont plutôt des contraintes liées aux attitudes des médecins que des contraintes pratiques mais les MGs signalent plutôt les difficultés pratiques comme raisons de leur non adhérence aux guides de bonne pratique en comparaison avec les autres médecins (Carlsen and Bringedal, 2011).

En France, une enquête téléphonique transversale a été conduite en 2007, pour analyser la pratique des MGs dans 5 régions: Basse-Normandie, Bourgogne, Pays de la Loire, Bretagne et Provence-Alpes-Côtes d'Azur. Les MGs ont été sélectionnés par un

<Bareen YOURISH> -

échantillonnage aléatoire stratifié parmi les MGs inscrites dans la base de données du ministère de la santé publique « ADELI ». Parmi 3354 MGs éligibles, 56.8% (N=1905) ont accepté à participer à l'enquête. L'enquête a été conduite par téléphone entre l'enquêteur et le MG. Parmi les questionnaires remplis N=1759 ont été retenues dans l'étude et N=146 ont été exclus parce qu'ils n'étaient pas complètement remplis. 13 items du questionnaire évaluaient l'attitude des MGs envers les recommandations professionnelles. Les réponses étaient gradées dans le questionnaire du « complètement d'accord » au « complètement en désaccord ». Les questions concernaient des guides de bonne pratique pour 6 maladies : l'asthme, la dépression, le dyslipidémie, l'hypertension artérielle, la migraine et l'obésité chez les enfants et les adolescents. Les données recueillies ont été ensuite analysés statistiquement. Les résultats ont montré que la connaissance des MGs des RBPs varie de 46.1% au 88.8% selon les maladies. 30.5% - 82.8% de ceux qui ont déclaré connaître les RBPs, ont dit qu'ils ont appliqué les RBPs pour ces maladies pour le dernier patient qu'ils ont vu. En ce qui concerne l'attitude des MGs envers toutes les RBPs, les résultats ont été catégorisés en 3 groupes. Le premier groupe inclus ceux qui ont une attitude « positive forte » vis-à-vis des recommandations (58% des participants) : parmi eux 98% ont dit que les recommandations contiennent des « évidences fiables » et 87.4% ont rapporté que les RBPs sont « généralement appropriées » pour la pratique de médecine générale en libérale. Le deuxième groupe 32.9% ont une attitude « modérément favorable » envers les recommandations : dans ce groupe 91.2% des MGs pensent que il y a « trop de recommandations », et 87.9% ont dit que le lecteur des recommandations prenaient un « large temps ». Dans le 3^{ième} groupe (9.1% des participants), les MGs sont « défavorables » aux recommandations : parmi eux 52.8% croient que l'évidence des RBPs « ne sont pas fiables », et 0.6% sont « d'accord » avec les contenus des guides. En conclusion, l'étude a trouvé une association positive entre ces 3 catégories ci-dessus et le degré de la connaissance des guides mais une association n'a pas été trouvée entre ces catégories et l'utilisation des guides (Clerc et al., 2011).

Une autre étude en France, financée par l'ANAES et publiée en 2006, a étudié les « représentations des MGs par rapport aux recommandations professionnelles ». L'étude portait sur un échantillon de 350 MGs libéraux. L'étude s'est déroulée en deux phases. La première phase a été réalisée selon une Méthode des Scénarios (MDS) auprès des MGs. Les scénarios ont été distribués aux MGs par courriel. Les réponses des MGs aux scénarios ont été recueillies par Thalès, un réseau privé, par courriel, courrier ou fax, qui les a ensuite envoyé à l'équipe de la recherche. La deuxième phase était le déroulement d'une négociation autour d'une table-ronde pour arriver à un consensus en se basant sur

<Bareen YOURISH> -

les réponses des scénarios. 15 MGs ont été sélectionnés pour participer à cette négociation après un tirage au sort parmi les MGs qui ont répondu aux scénarios. Parmi les 350 MGs auxquels les scénarios ont été envoyés, 279 (80% ; 252 hommes et 27 femmes; la plupart ayant un âge plus de 50 ans) ont répondu aux scénarios après deux relances. Parmi les 15 MGs invités pour la table-ronde, 11 médecins (7 hommes et 4 femmes) ont participé à la table-ronde. La durée de la négociation était de deux heures. Les réponses des scénarios concernant les recommandations ont été recodées en 3 propositions: « Plutôt inutiles », « Plutôt utiles » et « utiles ». 39% des MGs inclus dans la phase scénario ont jugés les recommandations plutôt « inutiles ». Alors que, pour 33% des répondants les recommandations étaient « plutôt utiles » et pour 28% elles étaient « utiles » mais avaient « besoin d'amélioration ». Les médecins participant à la table-ronde ont déclaré leur intérêt pour les recommandations tout en insistant sur la nécessité d'amélioration de celles-ci. Selon eux, les recommandations sont « trop nombreuses », « trop complexes », « mal présentées », « elles manquent de réactivité » et « elles entrent parfois en contradiction avec l'avis d'autres spécialistes ». En conclusion, les résultats de l'étude ont montré que seulement une minorité des MGs jugent réellement les recommandations peu utiles. La majorité des médecins jugent les recommandations comme un atout et comme une incitation. Cependant, ils les jugent complexes et insistent sur l'amélioration des recommandations (Laure and Trépos, 2006, pp. 573–584)

c) L'utilisation des recommandations professionnelles par les MGs dans leurs pratiques quotidiennes

Au Danemark une étude a été publiée en 2015 sur « L'utilisation des RBP par les MGs dans leur pratique quotidienne ». L'étude a été conduite sous forme d'enquêtes semi-directives individuelles avec 7 MGs pratiquant dans 7 différents cabinets au sud du Danemark. Les entretiens ont duré presque 40 minutes. Les questions contenaient: la réaction du MG le dernier fois qu'il a reçu un guide de bonne pratique ; un exemple d'un guide qui avait apporté des modifications dans la pratique quotidienne du MG ; Son approche pour appliquer ses modifications ; et sa proposition pour mieux apporter des modifications. 3 thèmes essentiels ont été dégagés suite à l'analyse des entretiens: 1) Développement d'intérêt ; 2) Attitude des MGs envers les guides ; et 3) Approche des MGs pour l'implantation des guides dans la pratique quotidienne. Le « titre » des guides est souligné par la plupart des participants comme un élément qui détermine leur intérêt pour les guides. Aussi, 2 MGs ont déclaré que dans leur cabinet ils avaient réparti la prise en charge de certaines maladies aux certains MGs et infirmiers, qui sont

<Bareen YOURISH> -

responsable de l'implantation d'un nouveau guide pour ces maladies. Dans ce cas, lorsque un nouveau guide arrive aux MGs, ces responsables le lisent et identifient les recommandations contradictoires à leurs pratiques. Un MG a dit qu'il se sent complètement responsable devant l'application des guides dans sa pratique quotidienne. Un des autres MGs partageait aussi le même point de vue. Il a déclaré qu'il accepte les guides de bonne pratique comme un guide direct pour sa pratique quotidienne. Les autres MGs n'ont contrairement pas montré autant d'intérêt pour l'application des guides dans leurs pratiques quotidiennes. Ils considèrent les guides comme une inspiration mais ils se sent pas obligé à suivre les guides. Ils lisent les guides rapidement et identifient les recommandations qui leurs semblent nouveau par rapport à leur pratique habituelle. Ils ont recours aux guides en cas de doute sur leur décision clinique. Un des MGs a dit qu'ils discutent informellement l'arrivée d'un guide puis s'ils veulent appliquer les guides chacun le fait de son côté individuellement. Un autre MG a dit que dans leur cabinet ils organisent une réunion officielle pendant laquelle ils discutent de l'arrivée du nouveau guide. Ils font un accord oral informel sur l'utilisation des recommandations. Par contre, la décision de l'application ou non des guides dans la pratique quotidienne est prise quand même individuellement. Un des MGs a dit qu'ils priorisent le temps et les ressources dans leur cabinet lors de l'application des guides. Ils préparent un protocole et un schéma où ils répartissent les tâches, identifient les points critiques du parcours de leurs patients et identifient à quel moment quel type de soins doivent être délivrés aux patients. Ils organisent le suivi des recommandations si besoin et dans ce cas là ils prennent les décisions par rapport aux patients plutôt collectivement. Un autre MG a dit que dans leur cabinet ni une réunion collective est organisée pour l'application des guides ni une décision de la prise en charge d'un patient est prise collectivement. Dans leur cabinet ils préfèrent l'exercice individuelle du métier. En conclusion, cette étude a montré qu'ils existent 3 formes différents de l'implantation des guides dans la pratique quotidienne des MGs. Dans quelques cabinets, les MGs priorisent le temps et les ressources sur les réunions d'activités collectives et suivent les protocoles qui leurs guident vers des activités collectives dans leur pratique quotidienne. L'autre groupe des MGs est celui où ils discutent des nouveaux guides collectivement mais laissent l'application au choix individuel des MGs. Le troisième groupe est celui où les MGs prennent leur décision de manière complètement individuelle sans activités collectives ou des protocoles (Le et al., 2015).

Une enquête qualitative sous formes des groupes de discussion a été réalisée en 2011 à Stockholm en Suède, afin de découvrir l'approche des MGs pour apprendre des RBP et pour l'utilisation de ces recommandations dans leur pratique quotidien en soins

<Bareen YOURISH> -

primaires. L'enquête portait sur 22 MGs (16 MGs et 6 internes en médecine générale) venant de 7 centres de soins primaires (Primary Healthcare Centers) avec un médian de 7 ans du travail dans le domaine des soins primaires. Les enquêtes qualitatives ont été réalisées dans 4 groupes de discussions. 2 groupes de discussions incluaient seulement les MGs spécialistes et ont été conduites dans les lieux de travail des MGs alors que dans les deux autres groupes, les internes en Médecine générale ont été aussi présent. L'enquête de ces derniers groupes a eu lieu dans l'hôpital régional. Les MGs dans les deux premiers groupes se connaissaient. En revanche les MGs dans les deux derniers groupes ne se connaissaient pas. Les enquêtes dans chacun des groupes ont déroulé pendant 1.5 à 2 heures. Les enquêtes ont été qualitatives semi-directives avec les questions ouvertes. Une analyse qualitative des données a été ensuite réalisée. 3 thèmes ont été identifiés suite à l'analyse des données : « apprendre à utiliser des guides par les dialogues interactives contextualisés » ; « apprendre à utiliser des guides pour établir de la confiance vis-à-vis des pratiques cliniques a fin d'améliorer la qualité des soins » ; et « apprendre par l'utilisation de l'évidence pertinente dans le processus de la prise de décision ». Les MGs ont signalé l'efficacité des dialogues interactives sur les recommandations. Selon eux, cela permet d'optimiser la qualité de soins des patients. Aussi selon eux, les guides de bonne pratique sont des moyens importants pour améliorer la qualité des soins des patients. Les MGs ont souhaité avoir des recommandations spécifiques pour la prise en charge des patients polypathologiques. Ils ont déclaré que la coordination avec les soins secondaires fait partie de leur pratique quotidien. Les recommandations spécifiques à une pathologie limitent les MGs lors de la prise en charge des patients polypathologiques, ce qu'ils ont appelé « une forme de contrôle » et ils le trouvent irrespectueux pour leur autonomie en étant des spécialistes en soins primaires. En général les MGs ont affirmé que les guides cliniques sont un support important pour les aider à fin d'acquérir des connaissances pour optimiser la qualité de soins de leurs patients. Un des aspects importants abordé par les MGs était l'utilité des guides pour confirmer leur connaissance et pour s'autoévaluer. La manque du temps est un facteur qui a été évoqué par les MGs comme étant une raison pour leur non-adhésion aux recommandations. Les MGs préfèrent les guides qui sont d'une source fiable et qui sont actualisés régulièrement. Les MGs ont aussi dit que plus les guides sont courts, concises, clairs et présentés sous un format pédagogique, plus ils les utilisent. L'accessibilité des guides ont été aussi discutés par les MGs comme étant un facteur important pour l'adhésion aux recommandations. Les MGs préfèrent mieux les brochures imprimés que les versions électroniques des guides cliniques (Ingemansson et al., 2014).

d) L'application des guides de bonne pratique pour les patients polypathologiques

En Norvège, en 2013, Austad et al. ont évalué l'expérience des MGs et leur réflexion sur « les conséquences de l'application de multiples guides de bonne pratique en médecine générale ». Des enquêtes qualitatives semi-directives ont été menées sous la forme de groupes de discussions construits d'un échantillon de 25 MGs réparties en 4 groupes. Les entretiens avec chaque groupe ont déroulé pendant 60-90 minutes. Au début de l'entretien le lecteur d'un article Norvégien sur l'application des guides de bonne pratique spécifique à une maladie aux patients polypathologiques et plus âgés rencontrés en médecine générale, a été proposé aux participants. Le grille d'entretien se composait des thèmes suivants: L'utilisation des guides de bonne pratique dans la pratique quotidienne des MGs; L'utilisation des guides de bonne pratique pour les patients polypathologiques ; Les facilitateurs et les barrières pour l'adhérence des MGs aux guides; et guides de bonne pratique comme un outil de l'assurance de la qualité des soins. Alors que le but primaire de l'étude était d'analyser les « conséquences » de l'application des guides , les entretiens ont spontanément abouti à la discussion autour des « complications » de ces guides. Les résultats ont montré que même si les MGs percevaient quelques guides comme étant efficace pour l'amélioration de la sécurité des soins et comme un outil d'aide à la décision thérapeutique, néanmoins la multiplicité des guides ont conduit à leur « frustration » et « non-adhérence » à ceux-ci. De plus, les MGs se plaignaient de la non adaptation des guides spécifiques à une maladies au contexte des patients polypathologiques. Les MGs se souciaient aussi de l'insécurité que la présence des guides posent dans leurs pratiques. Selon les MGs, ils avaient peur de l'évaluation de leur pratique professionnelle par les autorités, basée sur l'application des guides, ce qui a abouti à la pratique d'une « médecine défensive », comme la prescription de plus en plus des médicaments non nécessaires et l'augmentation non nécessaires de la fréquence de la référence de leurs patients aux spécialistes. Les GPs ont démontré leurs inquiétudes pour leurs patients sur la polypharmacie, la redondance des recommandations non pharmacologique et une réduction potentielle de la qualité de soins liées à l'application des guides. En conclusion, cette étude a montré que les MGs rencontraient des conséquences négatives lors de l'application des guides de bonne pratique pour une maladie spécifique alors qu'ils sont souvent face aux patients polypathologiques (Austad et al., 2016)

Par ailleurs, un rapport de résumé de l'atelier « Patients polypathologiques en médecine générale », qui a été conduit à Tampere en Finlande en 2013 comme une

<Bareen YOURISH> -

section du 18^{ième} Congrès Nordique de la Médecine générale, a mis en évidence la difficulté de l'application des guides de parcours de soins pour les patients multimorbides en médecine générale. L'atelier se composait de 180 professionnels de santé, la plupart étant les MGs. Le but de l'atelier était d'analyser le point de vue des MGs et leurs attitudes concernant les difficultés et les problèmes rencontrés dans le traitement des patients atteints des polyopathologies. Les participants ont été invités à remplir un questionnaire court ouvert, 46% des participants (N=76) ont rempli ce questionnaire, parmi lesquels N=69 ont introduit leurs professions. Parmi ces derniers 90%(N=62) ont été des MGs et des internes en médecine générale. La méthode Framework Analysis (FA) était utilisée pour dégager des thématiques à partir de ces questionnaires. Parmi les 4 thèmes identifiés, un concerne la complexité des guides cliniques. La difficulté majeure que les MGs ont évoqué, était la multiplicité des guides cliniques, qui obligeait les MGs à chercher plusieurs guides pour trouver des solutions pour la situation de patient polyopathologiques. Selon eux les guides sont souvent construites pour une maladie spécifique, ce qui abouti à une polypharmacie auprès du patient, étant à l'origine des effets négatifs des médicaments sur le patient (Sondergaard et al., 2015).

B) La perception des Médecins généralistes des guides parcours de soins de la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)

a) L'attitude des médecins généralistes envers les recommandations professionnelles de la BPCO

Une enquête internationale « Continuing to confront COPD: International Physician Survey » qui a été réalisée du janvier 2013 au mai 2013, dans 12 pays du monde (Brésil, France, Allemagne, Italie, Japon, Mexique, Pays-Bas, Russie, Corée du Sud, Espagne, Royaume-Uni et Etats-Unis), avait comme objectif d'étudier la connaissance et l'application des recommandations GOLD (2011) par les MGs dans leurs pratiques et de comparer la performance entre les MGs et les médecins pneumologues (Pn). Un échantillon de 1,307 médecins (MG/Pn ratio=3 :1) consultant régulièrement les patients atteints de la BPCO, l'Emphysème ou la Bronchite chronique, a été sélectionné (en moyen plus de 5 ou 6 patients par mois). L'enquête a été menée en ligne, par téléphone ou face à face pour une durée de 20 minutes pour chacun des interviewés. Les médecins ont été interrogés avec les questions sur les facteurs du risque, le pronostic, le diagnostic et le traitement de la BPCO. Une MDS sur les études de cas cliniques réels a été utilisée en plus pour identifier la connaissance des MGs des recommandations GOLD et

<Bareen YOURISH> -

l'application de celles-ci dans leur pratique. Les données ont été statistiquement analysées ensuite. Les résultats de l'étude ont montré que dans tous ces 12 pays, les praticiens ont été hautement sensibilisés (MG : 85% et Pn : 97%) pour tous les guides de bonne pratique (internationaux ou locaux) concernant la BPCO. Dans tous ces pays, la sensibilisation a été presque équilibrée pour ces deux groupes de praticiens à l'exception de la France où parmi l'échantillon de 100 médecins (74 MGs et 26 pneumologues) seulement 56% des médecins français (MG : 45%, Pneumologue : 89%) ont affirmé connaître les recommandations professionnelles françaises pour la prise en charge de la BPCO. Par ailleurs, la connaissance des recommandations internationales GOLD 2011, est déclarée par seulement 34% des médecins français (MG : 19% , Pn : 77%) contre 67% des médecins de tous les pays. La majorité des médecins ont déclaré que les recommandations professionnelles ont influencé leur pratique (MG : 88%, Pn : 97%). Les autres 11% (N=123) des médecins ont dit que les recommandations n'ont pas influencé leur pratique en argumentant: « Je préfère utiliser mon expérience professionnelle (N=41). », « Les guides ne sont pas adaptés aux différentes circonstances du patient (N=35). », « Les choix proposés dans les guides ne sont pas accessibles (N=31) », « Les guides ne sont pas adaptés à mes pratiques/ Je suis en désaccord avec les guides (N=27) » et « Les patients ne préfèrent pas les guides/ les patients ne suivent pas les modalités de la prise en charge proposées par les guides (N=18) ». Pour la connaissance des recommandations du GOLD, les chiffres pour les pneumologues étaient plus élevés que pour les MGs (93% Pn contre 58% MGs) tandis que le pourcentage des MGs qui ont déclaré avoir modifié leur pratique selon les guides était plus élevé que ceux des pneumologues (61% MG contre 51% Pn). 100% des pneumologues et 82% des MGs ont rapporté qu'ils utilisent la spirométrie pour le diagnostic de la BPCO auprès de leurs patients. En conclusion, de manière générale l'enquête a montré que les praticiens connaissent largement des recommandations professionnelles pour le management de la BPCO. 82% des MGs ont déclaré qu'ils utilisent la spirométrie de façon routinière. Le pourcentage de la connaissance des pneumologues des guides du GOLD était plus élevé que celui des MGs, alors qu'en pratique après l'utilisation des méthodes scénarios, il a été prouvé que leur performance n'était pas mieux que les MGs lors de la proposition des traitements selon les recommandations du GOLD (Davis et al., 2014).

En 2012, Perez et al. ont évalué les « barrières pour les MGs pour l'application des guides de bonne pratique pour la BPCO ». L'étude portait sur 154 MGs exerçant dans deux centres des soins primaires à New York, le Mount Sinai Medical Center et le North General Hospital. Un questionnaire a été d'abord distribué aux participants de l'étude. Ce questionnaire contenait des questions sur la socio-démographie, l'année de fin d'études,

<Bareen YOURISH> -

le nombre de patients atteints de la BPCO vu pendant un mois, le mode d'exercice et l'histoire familiale de la BPCO chez les participants. Ensuite les MGs ont été demandés de déclarer leur adhérence aux 7 recommandations du GOLD en lien avec les soins ambulatoires: 1) la prescription de la spirométrie chez les patients fumeurs dyspnéique pour diagnostiquer la BPCO ;2) l'utilisation du mesure de FEV₁ comme un guide pour décider le traitement de la BPCO ; 3) la prescription des corticostéroïdes inhalés pour les patients avec un FEV₁<50% ; 4) la prescription des bronchodilatateurs d'une durée d'action longue auprès des patients qui ont un FEV₁<80% ; 5) la prescription de la réhabilitation pulmonaire aux patients ayant un FEV₁<80% ; 6) l'aide au sevrage tabagique ; 7) la proposition de la vaccination annuelle de la grippe. Les participants ont donné leurs réponses en pourcentage. Ceux qui ont dit avoir suivi une de ces recommandations >75% du temps, ont été classifiés comme étant adhérent à cette recommandation. Les autres catégories ont été classifiés comme non adhérent à cette recommandation. Suite à cette phase, les barrières ont été évalués selon le model connaissance, attitude et comportement. Les participants ont été demandés de dire s'ils avaient déjà entendu parler des recommandations du GOLD et/ou s'ils les avaient déjà lu. Le degré de leur familiarité des 7 recommandations du GOLD a été évalué après, selon un score de 1 (non familier) à 4 (très familier). Les participants ont été ensuite demandé de donner un score de 1 à 4 aux points suivants: Leur niveau d'accord avec les recommandations, leur perception des bénéfices de l'application des pratiques recommandés, et leur auto-efficacité pour l'application des pratiques recommandés. La question de la barrière « manque du temps » a été aussi posé aux participants et les réponses ont été fournies avec un score de 1 à 4. Les données recueillis ont été ensuite analysés statistiquement. Cett étude a montré que le taux de suivi des recommandations 1, 2 et 5 était respectivement 17%, 12% et 5%. En revanche ces taux ont été 91% et 90% respectivement pour les recommandations 6 et 7. Pour les recommandations 3 et 4 le taux de suivi étaient intermédiaires, 41% et 54% respectivement. Les barrières dépendent des types de recommandations. Pour la recommandation 5, au moins 30% des praticiens ont déclaré rencontrer des difficultés. Alors que pour la recommandation 7 ce pourcentage n'était que 15%. En conclusion, selon cette étude plus les barrières sont important moins les MGs suivent la recommandation. La non familiarité avec les recommandations a été associée au non-adhérence des participants aux recommandations 3 et 4. La faible auto-efficacité des MGs a été associée à leur non-adhérence aux recommandations 3, 4 et 5, la non perception des MGs des bénéfices des recommandations a été associée à leur non-adhérence à la recommandation 7. La manque du temps est une barrière associée au non-adhérence des MGs aux recommandations 1 et 7. En conclusion l'étude a identifié que l'adhérence des MGs au

<Bareen YOURISH> -

GOLD a été relativement faible. Le pourcentage des MGs a été <60% pour la suivi de 5 recommandations parmi les 7 évaluées dans le cadre de l'étude (Perez et al., 2012).

Une autre étude a été conduite sur « l'adhérence des MGs aux guides de bonne pratique pour la BPCO » dans 27 villes du Mexique dans deux phases, mars-octobre 2008 et mars-novembre 2011. Dans la phase I, un nombre total de 2293 patients âgé de 40 ans ou plus présentant des facteurs de risques ou des symptômes respiratoires compatibles avec la BPCO ont été recrutés. Les patients ont d'abord répondu à un questionnaire. Ensuite, les MGs ont prescrit une spirométrie aux patients ayant des facteurs de risques ou des symptômes positives. Les résultats de la première phase ont montré une prévalence de 20,5% auprès de l'échantillon (soit 472 patients) de FEV₁/FVC <70%. Parmi ceux-ci 17.1% se trouvaient dans la classification stades III et IV du GOLD. Dans la deuxième phase un nombre total de 999 MGs ont été recrutés de 10 villes Mexicains pour participer dans une formation continue sur le management de la BPCO. Un questionnaire a été diffusé aux MGs au début de la formation. Le but du questionnaire était de découvrir le degré de la connaissance des MGs des guides de bonne pratique pour la BPCO. Parmi les participants 724 MGs (72.5%) ont dit qu'ils avaient lu un guide de bonne pratique de la BPCO et 593 MGs (59.4%) ont signalé l'utilisation d'un guide de la BPCO dans leur pratique quotidien. 86 différents réponses ont été données pour décrire quel guide ils utilisaient. 202 MGs (34.1%) ont déclaré utiliser le GOLD, suivi par Global Initiative for Asthma (GINA) utilisé par 76 MGs (12.8%), Guide Mexicain de la BPCO utilisé par 46 MGs (7.7%) et le questionnaire COPD Assessment Test (CAT) par 22 MGs (3.8%). Les MGs ont signalé les raisons suivantes pour la non utilisation d'aucun guide : « jamais lu » (170 MGs ; 41.8%), « non accessibilité des guides » (74 MGs ; 18.2%), « manque du temps suffisant pour le lecteur des guides » (24 MGs ; 6%), et « le longueur du texte des guides » (19 MGs ; 4.6%). 98 différents propositions ont été reçus par les participants de l'études concernant le contenu des guides. 428 MGs ont proposé « un chapitre pour le traitement », 282 MGs (28.7%) ont proposé « un chapitre pour le diagnostic » et 272 MGs (27.3%) ont proposé « un chapitre pour les symptômes » de la BPCO. Les deux phases de l'étude ont conclus que malgré l'existence et l'accessibilité des guides de bonne pratique, au Mexique, une minorité des patients en soins primaires atteints de la BPCO reçoivent des traitements en accord avec les guides de bonne pratique au niveau des soins primaires (Laniado-Laborín et al., 2013).

En 2008, une enquête retrospective a été réalisée par Bertella et al. sur les dossiers médicaux des patients atteints de la BPCO pendant la période de 2004 à 2008. L'enquête portait sur le management de la BPCO, les données de patients enregistrés

<Bareen YOURISH> -

dans les dossiers médicaux et l'adhérence de 12 MGs exerçant dans une région rurale du nord d'Italie (en Lombardie), aux recommandations du GOLD. L'enquête a suivi une phase de la formation continue des MGs sur la prise en charge de la BPCO conduite du janvier 2009 au janvier 2010. A la fin de la première phase de l'étude, les données cliniques de 18024 patients ont été analysés parmi lesquels 437 ont été diagnostiqués avec la BPCO par les MGs. Les données suivantes ont été analysés: 1) La prescription des spirométries et des radiographies pulmonaires ; 2) La mesure du FEV₁ et la consommation du tabac dans les 5 années précédentes ; 3) La prise des médicaments en 2008. Les données cliniques ont fait l'objet d'une ré-évaluation suite à la formation continue des MGs. Les données issues de l'enquête ont été ensuite analysés statistiquement. Les résultats de la première phase de l'enquête ont montré que les MGs prescrivaient plus des radiologies pulmonaires que des spirométries (99% contre 74%) et le FEV₁ était enregistré seulement chez 215 patients (49.2%). Parmi les patients chez qui le FEV₁ était enregistré, 91% se trouvaient au stade I ou II de la classification du GOLD. La consommation du tabac était enregistrée chez 323 patients (73.9%). Seulement 188 patients parmi l'ensemble des 423 patients avaient reçu de la réhabilitation respiratoire. A la fin de la phase de la formation continue des MGs, 328 patients ont resté dans l'étude (109 patients ont été perdus de vue pour des raisons diverses i.e décès du patient). La prescription des radiographies pulmonaires et des spirométries n'a pas changé significativement suite à la phase de la formation des MGs. 39 sur 55 patients (71%) des patients qui avaient réalisé une spirométrie en 2009 ne l'avaient pas réalisé pendant 2010 et 15 sur 55 patients (27%) n'avaient jamais réalisé une spirométrie ni pendant 2010, ni pendant la période 2004-2009. La mesure de FEV₁ n'était pas enregistrée chez 33% des patients qui avaient réalisé une spirométrie. L'enregistrement de la consommation du tabac était augmenté à 91%. Les MGs avaient prescrit un traitement correct ou suspect (non correspondant à la mesure du FEV₁) respectivement chez 38% et 56% des patients. En conclusion, selon cette étude, l'adhésion des MGs aux recommandations du GOLD est sous-optimal et la collecte des données est pauvre. La formation continue n'a pas changé l'habitude des MGs. Le diagnostic de la BPCO reste largement clinique, la spirométrie est utilisée pauvrement en comparaison avec la radiographie pulmonaire, une proportion non important des patients bénéficient de la réhabilitation respiratoire et les traitements sont souvent incorrects ou non conforme à la mesure du FEV₁ (Bertella et al., 2013).

Une autre étude sur « l'attitude des MGs et les barrières pour l'implantation des guides de bonne pratique pour la BPCO » a été conduite plus tôt en 2008 par Salinas et al. aux Etats-Unis. L'étude s'agissait d'une enquête transversale auprès d'un échantillon

<Bareen YOURISH> -

de 500 médecins de soins primaires(309 MGs et 191 interniste). Un questionnaire a été distribué au début pour un sondage auprès de 11,100 médecins de soins primaires parmi lesquels seulement 500 ont répondu au questionnaire. La fréquence d'adhérence des médecins de soins primaires aux recommandations du GOLD concernant la prescription de la spirométrie pour le diagnostic de la BPCO et la prescription des bronchodilatateurs d'une durée d'action longue ont fait l'objet de ce questionnaire. Par ailleurs, les participants ont été demandés de décrire leur degré de familiarité avec les recommandations du GOLD et leur degré d'accord avec les recommandations spécifiques du GOLD, leur perception des bénéfices attendues et leur auto-efficacité lors de l'application des deux recommandations du GOLD mentionnées ci-dessus. Le degré d'accord des praticiens avec les recommandations du GOLD a été évalué selon un score de 1 à 7(1=fortement en désaccord ; 4 = neutral; et 7= fortement d'accord), les 3 autres déterminants avaient un score de 1 (pas du tout) à 10 (extrêmement). Les résultats de l'étude ont montré que plus de deux tiers (69.1%) des praticiens ont montré leur accord pour la prescription de la spirométrie aux patients suspects et 78,4% ont confirmé leur accord pour la prescription des bronchodilatateurs à longue durée d'action pour les patients atteints de la BPCO de stade 2-3 et qui ne répond pas aux bronchodilatateurs à courte durée d'actions. En revanche, seulement 23,4% des praticiens ont signalé l'utilisation de la spirométrie auprès des patients suspects de la BPCO (presque toujours \geq 91% du temps). Par ailleurs, seulement 25,8% des praticiens utilisent presque toujours, des bronchodilatateurs à longue durée d'action pour la BPCO en stade 2-3. Presque 1 sur 4 des praticiens (24%) était non familier avec le GOLD et ont donné un score de 1-3 sur 10 à ce déterminant de l'étude, 23% était non familier avec les guides de l'ACP et un tiers (33,2%) était non familier avec les guides de l'American Thoracic Society (ATS)/ European Respiratory Society (ERS). Les internistes ont montré une confiance supérieure aux MGs lors de la sélection des tests pulmonaires appropriés (75.8% contre 64.7%) et lors de l'interprétation des résultats de la spirométrie (67.4% contre 59.9%). Les autres barrières externes signalées par les praticiens lors de l'étude étaient la non disponibilité du spiromètre dans leur lieu d'exercice (Salinas et al., 2011).

Jochmann et al. ont conduit une étude de cohorte en Suisse, sur « l'adhérence des MGs aux Guides du GOLD ». L'étude a débuté en janvier 2007 et a déroulé pendant 24 mois. Une lettre de participation a été envoyée aux 225 MGs de 23 cantons de la Suisse. Parmi ceux-ci 139 MGs ont accepté à participer à l'étude. 85% des MGs ont recruté 2-20 patients et 15% ont recruté 1 patient. En total, 615 patients ont été recrutés par les MGs. Les MGs ont examiné les patients au début de l'étude. Puis ils ont ré-examiné les patients tous les 3 mois. Une spirométrie post-bronchodilatateur a été aussi

<Bareen YOURISH> -

prescrit aux patients à répéter tous les 6 mois. Tous les données cliniques concernant les patients ont été recueillis par les médecins dans un questionnaire. Les données ont été ensuite enregistrés dans une base de données en ligne soit par les MGs ou par les membres de l'équipe de la recherche. Les MGs ont reçu une formation sur l'utilisation des spiromètres avant le début de l'étude. Les spiromètres ont été mise à disposition des MGs. Une comparaison de la prescription des médicaments bronchodilatateurs et les corticoïdes inhalés ont été aussi faites avec les recommandations du GOLD. Les données ont été ensuite analysés statistiquement. Parmi les patients atteints de la BPCO diagnostiqués au départ avec de la BPCO, 44% ne répondaient pas aux critères du GOLD pour la BPCO. Parmi les 56% restant, la majorité avaient une BPCO modérée au sévère (stade II ou III). Parmi ces derniers patients, 25% avaient rencontré une épisode d'exacerbation ayant besoin à un traitement pharmacologique dans les 3 mois précédants sa première consultation des MGs inclus dans l'étude. Plus la BPCO était sévère plus les patients avaient besoin des traitements pour une exacerbation. Pour les patients au stade IV de la maladie ce pourcentage était 31% en comparaison avec 10% pour ceux étant au stade I. 80% des patients au stade IV avaient besoin des corticoïdes inhalés en comparaison avec 33% parmi ceux au stade I. La réhabilitation pulmonaire a été prescrite que pour 5% parmi tous les patients. 1 sur 3 patients parmi ceux au stade 0, I, et II de la BPCO faisaient une activité physique au moins 2 fois par semaines. Les bêta-2 agonistes à action courte étaient prescrites pour 47% des patients au stade IV de la BPCO et pour un tiers des autres patients. La prescription des bronchodilatateurs d'une durée d'action longue ou des corticoïdes inhalés était conforme aux recommandations du GOLD chez deux tiers des patients au stade III ou IV de la maladie et presque la moitié des patients aux stades non sévères. En conclusion, l'étude a montré que l'adhérence des MGs aux recommandations du GOLD est faible en Suisse et la BPCO est souvent mal diagnostiquée ou est traitée de manière inappropriée (Jochmann et al., 2010).

b) L'utilisation des recommandations professionnelles pour la BPCO par les MGs dans leur pratique quotidienne

Harris et al. ont publié en 2014, les résultats d'une analyse secondaire des données de l'Australie issus d'une enquête Commonwealth conduite auprès des MGs en 2009. L'enquête de Commonwealth a été initialement conduite dans 11 pays incluant l'Australie, le Canada, la France, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, le Norvège, la Suède, l'Angleterre et les Etats-Unis. Le but de cette analyse secondaire était de comparer l'adoption autodéclaré des MGs Australiens avec les autres pays de

<Bareen YOURISH> -

l'enquête de Commonwealth et d'évaluer les facteurs associés à l'utilisation des guides par les MGs. En Australie, parmi 2025 MGs contactés, 1016 ont complété l'enquête initial. Les médecins ont été contactés par téléphone. Un questionnaire de 4 pages d'environ 20 minutes leurs a été envoyé. L'investigateur a demandé aux médecins de renvoyer les questionnaires remplis par courrier. Les questions concernant les guides de bonne pratique étaient l'utilisation des guides de bonne pratiques pour les diabètes, la dépression, l'asthme ou la BPCO, l'hypertension artérielle et le déficit de l'attention et l'hyperactivité. Dans cette phase d'analyse secondaire seulement les réponses concernant l'utilisation des guides des diabètes, de la dépression, de l'asthme ou de la BPCO et de l'hypertension artérielle ont été évalués. Les données ont été analysés statistiquement. Les résultats de l'étude ont montré des variations dans l'utilisation des guides de bonne pratique par les MGs en Australie en comparaison avec les MGs dans les autres 11 pays. Les MGs australiens se situent après les MGs anglaises pour l'utilisation des guides de bonne pratiques pour ces 4 maladies (67%) en comparaison avec les autres 9 pays internationales inclus dans l'enquête Commonwealth (45%). Cependant les résultats sont variables selon les conditions: diabète (87%), asthme (85%), hypertension (82%) et dépression (70%). Pour les autres pays, ces pourcentages étaient 83%, 80%, 79% et 49% respectivement. Par ailleurs, l'étude a trouvé une association entre l'utilisation des guides et l'âge des MGs, leur rapprochement de la retraite et leur lieu d'exercice. Les MGs qui sont plus âgés, qui vont partir à la retraite dans les 5 ans prochains, et qui exercent dans le milieu rural suivent moins les 4 guides que les autres MGs. Une association a été aussi trouvée entre l'utilisation des guides par les MGs et l'organisation de la pratique par les professionnels non-médicaux. Les MGs suivent mieux les guides lorsque les autres professionnels participent dans la coordination du parcours de soins des patients. En conclusion, cette étude a montré que deux tiers des MGs australiens utilisent quotidiennement les guides de bonne pratique pour le management de 4 conditions ci-dessus, une proportion plus élevés que la plupart des autres pays. La présence des personnels non-médicaux qui coordonnent la prise en charge des patients est associée à une utilisation élevées des guides pour les guides de bonne pratique (Harris et al., 2014).

En Australie, une étude a été conduite en 2002, par Walters et al. sur les barrières pour l'utilisation de la spirométrie en médecine générale. Une enquête pilote transversale a été conduite sur une population des patients atteints de la BPCO et leurs MGs. Les patients ont été identifiés par leurs MGs ou par la recherche indirecte des dossiers médicaux pour la prescription des bronchodilatateurs ou théophylline. Les données cliniques concernant les symptômes, le diagnostic respiratoire, les investigations et le

<Bareen YOURISH> -

management de la BPCO ont été extraits des dossiers médicaux. 38 patients diagnostiqués avec de la BPCO ont été recrutés avec un moyen d'âge de 68 ans sur les patients de deux cabinets médicaux dans la ville Tasmaniaen Australie. 23 patients ont accepté d'être interrogés. 16 MGs en lien avec la prise en charge de ces mêmes patients ont participé dans les groupes de discussions organisés par l'équipe de la recherche. Les résultats de l'étude ont montré que les symptômes de la BPCO étaient enregistrés chez tous les patients avant le diagnostic. Une toux était présente dans 89% des cas, une dyspnée dans 86% des cas et au moins deux symptômes dans 78% des cas. Une spirométrie était réalisée chez 72% des patients au moment du diagnostic. 17 patients étaient seulement prise en charge par leurs MGs lors du diagnostic, parmi lesquels seulement 7 avaient réalisé une spirométrie. 19 patients étaient co-traités par un MG et un médecin pneumologue au moment du diagnostic. Ils ont tous eu une spirométrie. Les MGs étaient impliqués dans la prescription d'une spirométrie chez seulement 4 de ces derniers patients. Après une analyse des données des groupes de discussions les thèmes suivants qui expliquaient les barrières pour les MGs pour la prescription de la spirométrie, ont été identifiés: Manque d'accessibilité d'un spiromètre de bonne qualité, manque d'expérience pour la réalisation de la spirométrie, la réticence du patient pour se référer à un centre de spirométrie, l'augmentation des dépenses de soins pour les patients à cause d'une consultation longue, le temps d'attente important pour la réalisation d'une spirométrie post-bronchodilatateurs et une confiance faible des MGs sur leur capacité à interpréter les résultats de la spirométrie. Les MGs ont déclaré qu'ils préfèrent diagnostiquer la BPCO cliniquement plutôt que par la spirométrie. Les MGs s'inquiètent de la perte de motivation des patients pour l'arrêt du tabagisme suite à la découverte des résultats de la spirométrie et ne voient pas le suivi régulier par la spirométrie comme étant utile pour le patient (Walters et al., 2005).

c) L'application des guides de bonne pratique pour les patients polyopathologiques

En France, François Olyve a conduit une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, rétrospective, du 12 février 2014 au 12 décembre 2014, sur « l'influence de la multimorbidité sur l'application des recommandations de prise en charge de la BPCO », dans le cadre de sa thèse d'exercice en Médecin générale. Cette étude a été conduite auprès des MGs exerçant dans le département des Alpes-Maritimes. Les MGs ont été sélectionnés de manière aléatoire à partir de l'annuaire professionnel du département. 167 médecins ont été tirés au sort sur l'ensemble des MGs exerçant dans le département (N=1740). Après un premier contact avec les médecins et la présentation de l'étude,

<Bareen YOURISH> -

72 ont accepté à participer à l'étude. Les MGs sélectionnés ont été demandés de fournir deux dossiers des deux patients qui ont dernièrement consultés pour une BPCO. Les patients devaient avoir un âge plus de 45 ans et devaient être atteint de la BPCO. 136 patients ont été inclus à l'étude, dont 7 patients étaient au stade 1 de la classification GOLD, 34 patients au stade 2, 33 patients au stade 3 et 10 patients au stade 4. 8 patients n'avaient pas un syndrome obstructif selon les résultats de l'EFR et pour 44 patients la classification n'avaient pas été possible. L'âge moyen de l'ensemble des patients inclus était de $70,4 \pm 11,4$. Il a été noté que parmi ces patients 94.1% avaient au moins deux maladies, et 61.7% en avaient au moins 5. Les résultats de l'étude ont montré que plus d'un quart des patients chez qui les MGs suspectaient la présence d'un syndrome obstructif ne bénéficiaient pas d'une spirométrie pour confirmer ce syndrome. Dans les cas où une spirométrie a été réalisé, le diagnostic d'un syndrome obstructif a été confirmé chez 91.8% des patients. Aussi, une prescription de méthode de sevrage tabagique était réalisée seulement auprès de moins de 50% des patients tabagiques et seulement 20% avaient bénéficié d'une consultation de tabacologie. Par ailleurs, l'évaluation des facteurs d'expositions professionnelles était seulement faite dans moins de 10% des cas. La vaccination antigrippale était pratiqué chez presque 70% des patients. Une bronchodilatateur d'une durée d'action courte avait été prescrite dans 50% des cas notamment chez les patients au stades 3 (63.6%) et 4 (60%) en comparaison avec les patients au stade 1 (57.1%) et 2 (52.9%). Une bronchodilatateur d'une longue durée d'action et une association de celle-ci avec un corticoid inhalé étaient prescrites dans 68.6% et 64.4% des patients. La réhabilitation respiratoire était pratiqué chez moins de 21% des patients. En conclusion, l'étude n'a pas permis de mettre en évidence une association entre la présence de multimorbidité chez les patients atteints de la BPCO et le suivi des recommandations professionnelles mais une diminution progressive de la conformité d'application des recommandations selon le stade, et l'augmentation simultanée du nombre de maladies associées a été trouvé dans le cadre de l'étude (Olyve, 2015).

DISCUSSION

Le but de cette étude menée sur 4 mois au cours de l'année 2017, était d'étudier la genèse et la pertinence pour les MGs des recommandations concernant le parcours de soins de malades chroniques, avec un focus concernant la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). Pour répondre à cette problématique, une revue narrative de la littérature a été effectuée. L'objectif était d'identifier la littérature qui porte sur : la genèse (l'origine, l'évolution et la méthodologie de la construction) des recommandations professionnelles sur les parcours de soins des patients atteints de maladie chronique au niveau international et en France ; et la pertinence des recommandations professionnelles pour les médecins généralistes au niveau international et en France. Ce travail a permis d'analyser les facteurs qui déterminent la transposition ou non transposition des recommandations telles qu'elles sont construites, dans la pratique des MGs. Le résultat de l'analyse de la revue narrative de la littérature est décrit dans la première partie de cette discussion. La deuxième partie concerne la force et les limites de l'étude. Enfin, quelques pistes d'amélioration retirés de cette revue narrative sont proposées dans la dernière partie de la discussion.

A) Analyse des résultats

N=62 études ont été incluses dans cette revue narrative, parmi lesquelles 41 traitaient de la genèse des RBP et 21 de leur pertinence pour les MG. En raison du faible nombre de publications scientifiques concernant la perception des MGs des recommandations, la revue inclut des études avec un désign, une durée de suivi et des mesures plutôt hétérogènes. Parmi les études concernant la pertinence des recommandations professionnelles pour les MGs, N=12 sont des études générales et N=9 sont celles conduites sur le cas particulier de la BPCO. Un nombre restreint d'études spécifiques à la pertinence pour les MGs des recommandations pour le parcours de soins des maladies chroniques a été identifié. La plupart des études et des articles se concentrent sur les recommandations en général. Néanmoins, l'analyse des études sélectionnées a permis d'en retirer des solutions pour le cas particulier des recommandations pour le parcours de soins des maladies chroniques. Parce que au final toutes les études incluses sont concentrées sur la pertinence des recommandations pour les MGs et la population en soins primaires. Les MGs se chargent plus des maladies chroniques que des maladies aiguës.

<Bareen YOURISH> -

L'analyse des expériences internationales montrent que dans la majorité de ces pays les recommandations professionnelles ne sont pas pertinentes pour les MGs. Les barrières devant l'application des guides sont à la fois liées aux attitudes des MGs mais aussi liées aux recommandations professionnelles présentes dans les guides (i.e la complexité des recommandations, les preuves scientifiques contestées ou insuffisantes etc.).

La majorité des études incluses analysent l'attitude des MGs envers les recommandations professionnelles. Les études incluses montrent que les MGs sont confrontés à de nombreuses barrières attitudinales et pratiques devant l'application des recommandations de bonne pratique. Selon Carlsen et al. la plupart des barrières rencontrés par tous les professionnels médicaux lors de l'implantation des recommandations en pratique sont de la nature attitudinale plutôt que de la nature pratique. Cependant les MGs sont face aux barrières pratiques plus que les autres professionnels (Carlsen and Bringedal, 2011).

La non relevance des preuves scientifiques des recommandations à la situation de la population en soins primaires est une barrière pratique importante devant l'application des guides par les MGs. Les MGs suivent mieux les guides de bonne pratique lorsque les preuves derrière les recommandations sont applicables à la population en soins primaires, et moins lorsqu'ils sont basées sur les études scientifiques conduites dans le contexte des soins secondaires. Ils souhaitent que les recommandations particulièrement liées à la population en soins primaires doivent être signalisées clairement dans les guides de bonne pratique (Lugtenberg et al., 2009) et (Abdelhamid et al., 2014, pp. 719–720). Les études anglaises montrent que les recommandations professionnelles dans les guides de bonne pratique du NICE ne sont pas basées sur les études scientifiques conduites dans le contexte des soins primaires (Steel et al., 2014) et (Scullard et al., 2011).

Par ailleurs, les guides ne sont pas adaptés à la situation individuelle des patients en soins primaires. Ce constat est particulièrement vrai pour les patients avec des comorbidités. Les MGs rencontrent des conséquences négatives lors de l'application des guides de bonne pratique qui sont construites pour une maladie spécifique lors qu'ils sont face aux patients polypathologiques. La multiplicité des guides obligent les MGs à en consulter plusieurs lorsqu'ils sont face à un patient avec de multiples pathologies. Une complication majeure de l'utilisation des guides non spécifiques à la situation des patients polypathologiques, identifiés dans cette revue est « la polypharmacie » étant à l'origine

<Bareen YOURISH> -

des effets négatifs des médicaments sur le patient (Carlsen and Bringedal, 2011), (Austad et al., 2016) et (Sondergaard et al., 2015). Par ailleurs, les MGs prennent en charge le patients dans sa globalité. Le contexte de vie socioprofessionnel des patients est nécessaire à prendre en compte lors de la prise en charge des patients en médecine générale. Les recommandations doivent répondre aux besoins particuliers de la population en soins primaires (Jami et al., 2015).

D'autres barrières importantes rapportés par la majorité des études incluses sont la manque du temps et des ressources. Selon une étude presque 50% des MGs connaissent la manque du temps comme une barrière devant l'application des recommandations dans leur pratique. Le nombre de recommandations est large en revanche les MGs n'ont pas suffisamment du temps pour consulter ces recommandations. Aussi, les MGs n'ont parfois pas accès aux techniques de soins recommandés dans les guides. (Lugtenberg et al., 2009), (Carlsen and Bringedal, 2011), (Clerc et al., 2011) et (Jami et al., 2015).

La non-fiabilité de la source de la production des recommandations est une autre barrière présentée dans les études incluses. Par exemple dans une étude françaises les MGs ont dit ne pas avoir de la confiance sur les médecins de l'AM qui participent à l'élaboration des recommandations parce que selon eux ils n'ont pas de l'activité du terrain (Jami et al., 2015). Au Norvège une étude a montré que les médecins notamment les MGs ont de la confiance aux guides produits par des autorités sanitaires notamment ceux produits par le NMA. Les médecins notamment les MGs n'ont pas de la confiance aux guides produits par l'industrie pharmaceutique (Carlsen and Bringedal, 2011). Par ailleurs, Abdelhamid et al. ont montré dans leur étude que les MGs avaient en générale un avis favorable sur les guides de bonne pratique du NICE.

La revue narrative de la littérature a aussi montré que la perte d'autonomie des médecins est également un des craintes perçus par les MGs lors de l'application des guides (Jami et al., 2015); (Ingemansson et al., 2014) et (Austad et al., 2016). La non familiarité des MGs des guides, la non clarté des recommandations, la contrainte pour les MGs à chercher les guides, le volume, la non accessibilité, la multiplicité et la complexité des guides sont d'autres obstacles pratiques pour les MGs identifiés au cours de cette revue narrative de la littérature (Jami et al., 2015); (Carlsen and Bringedal, 2011); (Laure and Trépos, 2006); (Clerc et al., 2011) et (Sondergaard et al., 2015). La diversité des champs d'actions dans la médecine générale est aussi reconnu par comme un obstacle pour suivre les recommandations professionnelles (Jami et al., 2015)

<Bareen YOURISH> -

L'analyse de toutes ces études montrent que l'application des guides est différentes selon la nature des recommandations : diagnostiques ou thérapeutiques. Les recommandations diagnostiques sont plus facile à appliquer que les recommandations thérapeutiques.

Malgré les barrières multiples rapportées dans cette revue, quelques points forts ou des facilitateurs pour l'application des guides de bonne pratique retirés de la littérature incluse sont aussi importants à décrire. La majorité des études ont montré que les guides de bonne pratique sont perçus par les MGs comme un outil de l'amélioration de la qualité des soins. Les MGs voient les guides de bonne pratique comme un outil qui les permettent d'encadrer leur pratique et de progresser. Les MGs suivent une recommandation lorsqu'ils jugent qu'elle est efficace et améliore la qualité des soins, mais toute en l'adaptant à leur pratique habituelle. Les MGs souhaitent avoir des synthèses accessibles et régulières des recommandations. Ils proposent la participation des MGs dans le processus de la construction des recommandations. Les MGs ont montré de l'intérêt à la rémunération supplémentaire reçue par l'AM pour le suivi des guides mais en condition que cela ne risque pas leur « autonomie » dans leur métier (Abdelhamid et al., 2014) et (Jami et al., 2015). Trépos et al. ont montré que seulement une minorité des médecins jugent les recommandations peu utiles. La plupart les voient comme un outil et une incitation. Mais ils souhaitent l'amélioration des guides (Laure and Trépos, 2006). Les MGs considèrent les recommandations comme un support pour s'autoévaluer et confirmer leurs connaissances. (Ingemansson et al., 2014).

Par ailleurs, l'analyse du cas particulier de la BPCO a montré que les MGs ne s'adhèrent pas aux recommandations professionnelles pour le parcours de soins de la BPCO. Dans une étude anglaise conduite sur la relevance des preuves scientifiques des recommandations pour l'hypertension artérielle de l'adulte, l'infection de voies respiratoires inférieures et la BPCO, seulement 67% des recommandations de la BPCO étaient basées sur une preuve scientifique issues de la recherche en soins primaires (Scullard et al., 2011). Le taux de suivi des recommandations par les MGs est différent pour chacun des recommandations notamment celles du GOLD. Plus les barrières sont importants moins les recommandations sont suivis (Perez et al., 2012). L'adhérence des MGs aux recommandations du GOLD est relativement faible. Une minorité des patients en soins primaires atteints de la BPCO reçoivent des traitements en accord avec les guides de bonne pratique au niveau des soins primaires (Perez et al., 2012). (Laniado-Laborín et al., 2013) et (Bertella et al., 2013). Le diagnostic de la BPCO reste largement clinique, la spirométrie est utilisée pauvrement (Salinas et al., 2011), (Jochmann et al.,

<Bareen YOURISH> -

2010) et (Walters et al., 2005). Par ailleurs, les autres recommandations ne sont pas suivies par les MGs (Salinas et al., 2011), (Jochmann et al., 2010). La non disponibilité du spiromètre est aussi une barrière importante signalées par les MGs devant la réalisation de la spirométrie en médecine générale (Walters et al., 2005).

La non familiarité avec les recommandations, la faible auto-efficacité des MGs, La non perception des MGs des bénéfices des recommandations est associée à leur non-adhérence est associée à leur non-adhérence (Walters et al., 2005), (Jochmann et al., 2010) et (Perez et al., 2012). La manque du temps est aussi une barrière importante devant le suivi des recommandations du GOLD par les MGs. Aussi, une diminution progressive de la conformité d'application des recommandations selon le stade, et l'augmentation simultanée du nombre de maladies associées a été trouvé dans le cadre d'une étude conduite sur « l'influence de la multimorbidité sur l'application des recommandations de prise en charge de la BPCO » en France (Olyve, 2015).

Cependant les résultats d'une étude internationale réalisée sur le suivi des recommandations du GOLD dans 12 pays du monde incluant la France, sont plutôt différents et montrent que les praticiens connaissent largement des recommandations professionnelles pour le management de la BPCO. Dans tous ces pays, la sensibilisation a été presque équilibré pour ces deux groupes de praticiens à l'exception de la France où parmi l'échantillon de 100 médecins (74 MGs et 26 pneumologues) seulement 56% des médecins français (MG : 45%, Pneumologue : 89%) ont affirmés connaître les recommandations professionnelles françaises pour la prise en charge de la BPCO. Par ailleurs, la connaissance des recommandations internationales GOLD 2011, est déclarée par seulement 34% des médecins français (MG : 19% ,Pn : 77%) contre 67% des médecins de tous les pays. La majorité des MGs (82%) ont déclaré qu'ils utilisent la spirométrie de façon routinière. Le pourcentage de la connaissance des pneumologues des guides du GOLD était plus élevé que celui des MGs, alors qu'en pratique après l'utilisation des méthodes scénarios, il a été prouvé que leur performance n'était pas mieux que les MGs lors de la proposition des traitements selon les recommandations du GOLD (Davis et al., 2014).

B) Les forces et les limites de l'étude

Un des avantages de la méthode revue narrative de la littérature est que le lecteur peut gagner suffisamment du temps en se référant à une synthèse des informations présentes dans un nombre de pages réduit. La revue narrative donne au lecteur

<Bareen YOURISH> -

l'opportunité de lire seulement une revue au lieu de lire plusieurs littératures pour trouver une réponse à sa question. La revue narrative permet également au lecteur d'avoir les données les plus pertinentes à sa disposition. Par ailleurs, les conclusions produites par une revue narrative offrent des résultats plus concrets que ceux des autres types d'études. Les revues narratives sont notamment utiles dans le monde médical où les professionnels de santé manquent souvent du temps pour chercher toutes les études pour trouver une réponse à une question spécifique (Green et al., 2006).

Cette revue narrative a plusieurs points forts. Tout d'abord, cette revue synthétise un nombre important d'informations sur la genèse des recommandations professionnelles et la pertinence des recommandations pour les MGs, qui est utile à mettre en perspective la problématique pour les professionnels de santé et les décideurs politiques qui vont s'y intéresser. Deuxièmement, pour réduire le biais de l'étude, les mots-clés, les critères d'inclusions et la population de l'étude ont été sélectionnés dès le début de cette revue. Par ailleurs, les articles présentés dans cette revue ont été cherchés, sélectionnés et rapportés selon la ligne directrice PRISMA-P 2015. Le point de vue international de cette revue est une de ses richesses la plus importante, puisque cela permet d'avoir une vue d'ensemble de la pertinence des recommandations pour les MGs, connaître l'histoire et les stratégies des différents pays respectivement pour le développement et la construction des guides de bonne pratique et identifier les limites qu'ils rencontrent dans cette voie. Cette revue a permis de retirer quelques recommandations pour l'amélioration de la fonction de la coordination du parcours de soins. La recherche d'un nombre important de bases de données scientifiques (i.e. pubmed) et sociologiques (i.e. cairn) méritent aussi d'être mentionnées, comme une stratégie pour accroître la significativité de l'étude par l'augmentation du nombre de la population d'études ou de cas étudiés. Finalement la plupart des articles incluses sont récentes et datent d'après les années 2000.

Malgré les points forts mentionnés ci-dessus, cette étude présente quelques limites aussi qui sont plutôt des limites rapportées pour la méthode revue narrative de la littérature. Le premier limite rencontré au cours de cette étude est la manque d'une ligne directrice spécifique à la méthode revue narrative de la littérature. Même si le PRISMA-P 2015 a été utilisé pour cette revue mais la plupart des critères de celle-ci ne répond pas à la particularité de la revue narrative. Une autre limite dans cette étude était l'exhaustivité de la terminologie pour les recommandations de bonne pratique, qui a abouti à l'utilisation de plusieurs mots-clés au cours de la phase de la recherche des données. Par ailleurs, la revue narrative de la littérature manque un processus officiel de l'évaluation de la qualité

<Bareen YOURISH> -

des études. Manque du temps et des ressources et de ce processus précédemment mentionné, la qualité des études incluses n'ont pas été évalués. Également, un nombre important d'articles sur les sites internet des sociétés savantes ont été perdus de vues à cause de la non-gratuité de ces articles. La manque de l'objectivité du chercheur au cours de la recherche est un des risques rapportés pour la revue narrative de la littérature qui abouti aux biais dans le cadre de l'étude.

C) Les recommandations retirées de la revue narrative de la littérature

Selon cette revue narrative de la littérature, le développement des bonnes guides de bonne pratique ne garantie pas l'utilisation de ceux-ci. Pour optimiser l'utilisation des guides, il faut améliorer la cohérence entre les méthodes du développement de ces guides et les barrières rencontrés par les MGs lors de l'application des RBPs. Pour cela, cette revue recommande les points suivantes:

- Le sujet des guides destinés aux MGs doit être sélectionné en prenant en compte l'avis des MGs. Puisque ils connaissent mieux les priorités dans leur domaine, le besoin pour un nouveau guide ou la nécessité de l'actualisation d'un ancien guide. Cela permet d'économiser le temps nécessaire pour le développement des guides par ses élaborateurs et pour l'application des guides par les MGs et les ressources financières nécessaires pour le développement et la diffusion des guides.
- Aussi, les guides doivent être élaborés en présence des représentants des MGs. Les MGs doivent participer tout au long du processus de développement des guides, ce qui permet d'approprier les guides aux besoins et pratiques des MGs.
- Par ailleurs, les preuves sur lesquelles les guides de bonne pratique se basent, doivent être fondées sur les recherches conduites sur la population en soins primaires. Cela met en évidence la nécessité de la réalisation de plus en plus des recherches en soins primaires.
- Les stratégies de la diffusion des guides doivent être également améliorées. Les incitations financières des MGs, la mise en place des programmes de la formation continue pour les MGs et l'organisation des ateliers ou des conférences régionaux et nationaux peuvent être efficace pour atteindre cet objectif.

<Bareen YOURISH> -

- La participation des MGs aux congrès ou aux conférences internationales notamment ceux en lien avec les guides de bonne pratique doit être facilitée. Ces réunions internationales sont de bonnes occasions pour les MGs de partager leurs expériences avec les MGs des autres pays et d'apprendre de leurs pratiques.
- Pour améliorer la transposition des recommandations concernant la BPCO dans la pratique des MGs :
 - Des spiromètres doivent être mis à disposition des MGs. Aussi, les MGs doivent recevoir de la formation pour la réalisation de la spirométrie.
 - Les réunions doivent être organisées entre les MGs et les médecins pneumologues
 - Les MGs doivent s'appuyer sur des fonctions d'appui à la coordination des soins primaires
 - Les MGs doivent être sensibilisés pour l'utilisation des recommandations du GOLD et des recommandations nationales
- Les guides doivent être adaptés aux besoins locaux (i.e le niveau socioéconomique de la population locale)
- Les besoins spécifiques des patients polyopathologiques doivent être considérés
- Un groupe multidisciplinaire peut être mis en place au sein des centres de soins primaires avec une mission de l'adaptation des guides de bonne pratique à la pratique des MGs
- Des différents outils peuvent être utilisés afin de faciliter l'utilisation des guides (i.e schéma du parcours de soins, NICE pathway, diagramme de parcours de soins etc.)
- L'évaluation des pratiques professionnelles est aussi un outil pour analyser l'application des recommandations professionnelles en pratique
- Les guides doivent contenir la description des bénéfices et des risques des recommandations aussi

- Les recommandations ne doivent pas être en contradiction avec la pratique courante des MGs
- Les recommandations doivent être claires et compréhensibles

CONCLUSION

Cette revue narrative de la littérature a été conduite dans le but d'analyser la genèse et la pertinence des recommandations professionnelles pour le parcours de soins des patients atteints des maladies chroniques. L'étude a été conduite à partir de l'exemple de la BPCO comme une maladie chronique. Cette revue narrative a plusieurs points forts. Tout d'abord, cette revue synthétise un nombre important d'informations sur la genèse des recommandations professionnelles et la pertinence des recommandations pour les MGs, qui est utile à mettre en perspective la problématique pour les professionnels de santé et les décideurs politiques qui vont s'y intéresser. Le point de vue internationale de cette revue est une de ses richesses la plus importante, puisque cela permet d'avoir un vue d'ensemble de la pertinence des recommandations pour les MGs, connaître l'histoire et les stratégies des différents pays respectivement pour le développement et la construction des guides de bonne pratique et identifier les limites qu'ils rencontrent dans cette voie. Cette revue a permis de retirer quelques recommandations pour l'amélioration de la fonction de la coordination du parcours de soins.

L'analyse des expériences internationales étudiés dans le cadre de cette étude montrent que dans la majorité de ces pays les recommandations professionnelles ne sont pas pertinentes pour les MGs. Par ailleurs, l'analyse du cas particulier de la BPCO a montré que les MGs ne s'adhèrent pas aux recommandations professionnelles pour le parcours de soins de la BPCO. Des nouvelles modalités de la fonction de la coordination du parcours de soins sont proposés dans la plupart des pays développés afin de répondre à cette problématique. En France, pour la BPCO, le PRADO est un dispositif de coordination pour organiser le parcours de soins des patients suite à leurs retours à domicile. Par ailleurs, l'étude DISCO est en train d'expérimenter la faisabilité de la coordination par un gestionnaire du cas pour la BPCO (annexe III).

Bibliographie

1. Abdelhamid, A., et al., 2014. Primary care evidence in clinical guidelines: a mixed methods study of practitioners' views. *The British Journal of General Practice*, 64(628), e719–e727. <http://doi.org/10.3399/bjgp14X682309>
2. ANAES, 1999. Les conférences de consensus: Base méthodologique pour leur réalisation en France
3. Austad, B., et al., 2016. Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. *BMC Family Practice*, 17, 92. <http://doi.org/10.1186/s12875-016-0490-3>
4. Bertella, E., et al., 2013. COPD management in primary care: is an educational plan for GPs useful? *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 8(1), 24. <http://doi.org/10.1186/2049-6958-8-24>
5. Briançon, S. et al., 2010. Les maladies chroniques. ADSP
6. Brouwers, M.C et al., AGREE Next Steps Consortium, 2010. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839–E842. <http://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
7. Brunn, M. & Chevreul, K., 2013. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. *Santé Publique*, vol. 25,(1), 87-94. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-1-page-87.htm>
8. Carlsen, B. & Bringedal, B., 2011. Attitudes to clinical guidelines--do GPs differ from other medical doctors? *BMJ Qual. Saf.* 20, 158–162. doi:10.1136/bmjqs.2009.034249
9. Castel, P. & Robelet, M., 2009. Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. *Journal d'économie médicale*, 27 (3), 98–115.

10. Clerc, I. et al., 2011. General practitioners and clinical practice guidelines: a reexamination. *Medical Care Research and Review*. 68, 504–518. doi:10.1177/1077558710397761
11. Cruz, J.E., et al., 2015. Practice Guideline Development, Grading, and Assessment. *Pharm. Ther.* 40, 854–857.
12. Davis, K.J. et al., 2014. Continuing to Confront COPD International Physician Survey: physician knowledge and application of COPD management guidelines in 12 countries. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 39–55. <http://doi.org/10.2147/COPD.S70162>
13. Evicore healthcare, 2017. Clinical Guidelines: a Brief History Evicore Healthcare. <https://www.evicore.com/pages/mediadetails.aspx?MediaId=36> (consulté le 27/08/2017)
14. Fantini, M.P., et al., 2012. General practitioners' adherence to evidence-based guidelines: a multilevel analysis. *Health Care Management Review*. 37, 67–76.
15. Ferrari, R., 2015. Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*. 24, 230–235.
16. Fuhrman, C., et al., 2002. Bronchite chronique: Prévalence et impact sur la vie quotidienne. *Analyse des données de l'enquête santé Insee 2003*, 37.
17. GOLD, 2017. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).
18. Green, B.N., et al., 2006. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101–117. [http://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](http://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
19. Grumbach, K., 2003. Chronic Illness, Comorbidities, and the Need for Medical Generalism. *Annals of Family Medicine*, 1(1), 4–7. <http://doi.org/10.1370/afm.47>
20. Gülpınar, Ö., & Güçlü, A. G., 2013. How to write a review article? *Turkish Journal of Urology*, 39 (Suppl 1), 44–48. <http://doi.org/10.5152/tud.2013.054>

21. Harris, M.F., et al., 2014. Routine use of clinical management guidelines in Australian general practice. *Australian Journal of Primary Health*. 20, 41–46. doi:10.1071/PY12078
 22. HAS, 2017a. Haute Autorité de Santé - Prise en charge des maladies chroniques https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241701/fr/prise-en-charge-des-maladies-chroniques (Accès le 04/07/2017).
 23. HAS, 2017b. Guide parcours de soins bronchopneumopathie chronique obstructive. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242507/fr/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive (Accès le 28/07/2017).
 24. HAS, 2016. Elaboration de recommandations de bonne pratique : Méthode “Recommandations pour la pratique clinique”
 25. HAS, 2014a. Guide parcours de soins “Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)”
 26. HAS, 2014b. Élaboration de recommandations relatives à la bonne pratique : Note de cadrage.
 27. HAS, 2014c. Note méthodologique et de synthèse documentaire – Coordination des parcours. Comment organiser l’appui aux professionnels de soins primaires ? »
 28. HAS, 2013a. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l’abstinence en premier recours, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-labstinence-en-premier-recours [Accès le 11/07/2017].
 29. HAS, 2013b. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique
 30. HAS, 2012a. Élaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique
 31. HAS, 2012b. Parcours de soins: Questions/Réponses
 32. HAS, 2006. HAS Newsletter
- HAS, 2005. ANDEM/ ANAES : Fonds de l’Evaluation Médicale 1987-2000.

33. Hillas, G., et al., 2015. Managing comorbidities in COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 95–109. <http://doi.org/10.2147/COPD.S54473>
34. HIQA, 2011. *National Quality Assurance Criteria for Clinical Guidelines*
35. Ingemansson, M., et al., 2014. Practice guidelines in the context of primary care, learning and usability in the physicians' decision-making process--a qualitative study. *BMC Family Practice*. 15, 141. doi:10.1186/1471-2296-15-141
36. Inserm, 2017. Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) <https://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco> (Accès le 17/07/2017).
37. Institute for Health Metrics and Evaluation (2013a). Global burden of disease cause patterns. <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>. Accès le 04/12/2014).
38. Institute of Medicine, 2011. *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. National Academies Press (US), Washington (DC).
39. IOM, 1990. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*
40. Jami, A., et al., 2015. Représentations et ressentis des médecins généralistes sur les normes de pratiques médicales auxquelles ils sont confrontés. *Presse Médicale* 44, e92–e99. doi:10.1016/j.lpm.2014.09.018
41. Jochmann, A., et al., 2010. General practitioner's adherence to the COPD GOLD guidelines: baseline data of the Swiss COPD Cohort Study. *Swiss Med. Wkly*. doi:smw-12988
42. Kredo, T., et al., 2016a. Guide to clinical practice guidelines: the current state of play. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 122–128. <http://doi.org/10.1093/intqhc/mzv115>

43. Laniado-Laborín, R., et al., 2013. Subutilization of COPD guidelines in primary care: a pilot study. *Journal of Primary Care and Community Health* 4, 172–176. doi:10.1177/2150131913475817
44. Laure, P. & Trépos, J.Y., 2006. Représentations des recommandations professionnelles par les médecins généralistes. *Santé Publique* 18, 573–584. doi:10.3917/spub.064.0573
45. Le, J.V., et al., 2015. How GPs implement clinical guidelines in everyday clinical practice—a qualitative interview study. *Family Practice*, 32, 681–685.
46. Legido-Quigley, H., et al., 2013. Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union. *European Observatory on Health Systems and Policies*
47. Lodewijckx, C., et al., 2011. Impact of care pathways for in-hospital management of COPD exacerbation: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 48, 1445–1456. doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.06.006
48. Lozano, R., et al., 2012. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2095–2128. doi:10.1016/S0140-6736(12)61728-0
49. Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J.M., Westert, G.P., Burgers, J.S., 2009. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation Science: IS*, 4, 54. <http://doi.org/10.1186/1748-5908-4-54>
50. Mathers, C.D., et al, 2006. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 3, e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
51. Menezes, A.M., et al., 2015. Continuing to Confront COPD International Surveys: comparison of patient and physician perceptions about COPD risk and management. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 159–172. <http://doi.org/10.2147/COPD.S74315>

52. Ministère des affaires sociales et de la santé, 2010. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011. Rapport du groupe de travail n°2 sur le rôle des aidants et des acteurs de santé, Paris.
53. Ministère des affaires sociales et de la santé, 2004. Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010.
54. Moher, D., et al., 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1. doi:10.1186/2046-4053-4-1
55. NICE, 2014. Developing NICE Guidelines: The Manual.
56. OECD, EU, 2016. Health at a Glance: Europe 2016. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.
57. Olyve, F., 2015. Influence de la multi-morbidité sur l'application des recommandations de prise en charge de la BPCO.
58. Oxman, A.D., et al., 2007. Use of evidence in WHO recommendations. *World Hospital Health Service* 43.
59. Perez, X., et al., 2012. Barriers to adherence to COPD guidelines among primary care providers. *Respiratory Medicine*. 106, 374–381. doi:10.1016/j.rmed.2011.09.010
60. Qaseem, A., et al., Board of Trustees of the Guidelines International Network, 2012. Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Annals of Internal Medicine*. 156, 525–531. doi:10.7326/0003-4819-156-7-201204030-00009
61. Rico, A., et al., 2003. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Soc. Policy Adm.* 37, 592–608.
62. Roche, N., 2015. Qualité des soins dans le domaine de la BPCO

63. Roche, N., et al., 2015. Attitude des médecins face à la BPCO : données françaises de l'enquête internationale « Continuing to confront COPD ». 19e Congrès SPLF 32, Supplement, A3–A4. doi:10.1016/j.rmr.2014.11.007
64. Rolland, C. & Sicot, F., 2012. Les recommandations de bonne pratique en santé: Du savoir médical au pouvoir néo-managériel. *Gouvernement Action Publique* 53–75.
65. Sackett, D.L., et al., 1996. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312, 71–72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71
66. Salinas, G.D., et al., 2011. Barriers to adherence to chronic obstructive pulmonary disease guidelines by primary care physicians. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. doi:10.2147/COPD.S16396
67. Santé Publique France, 2017. Surveillance épidémiologique de la Bronchopneumopathie chronique obstructive et de l'Insuffisance respiratoire chronique en France. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-insuffisance-respiratoire-chronique/Surveillance-epidemiologique-de-la-broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-de-l-insuffisance-respiratoire-chronique-en-France> (Accès le 14/07/2017).
68. Scullard, P., et al., 2011. Does the evidence referenced in NICE guidelines reflect a primary care population? *British Journal of General Practice*, 61, e112–e117. doi:10.3399/bjgp11X561177
69. Sécurité sociale, 2010. L'organisation des soins primaires et les enjeux de la coopération des professionnels de santé : les enseignements des systèmes de santé étrangers.
70. Sondergaard, E., et al., 2015. Problems and challenges in relation to the treatment of patients with multimorbidity: General practitioners' views and attitudes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33. doi:10.3109/02813432.2015.1041828
71. Steel, N., et al., 2014. A review of clinical practice guidelines found that they were often based on evidence of uncertain relevance to primary care patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67, 1251–1257. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.05.020

72. The ADAPTE Collaboration, 2009. The ADAPTE Process: Ressource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0., <http://www.g-i-n.net>. (Accès le 19/07/2017)
73. TNS Opinion & Social, 2007. Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e.
74. Trépos, J.-Y. & Laure, P., 2008. Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique. 7e Journée de la Recherche. HAS. Paris 21 Novembre 2006 56, S221–S229. doi:10.1016/j.respe.2008.04.007
75. Walters, J.A.E., et al., 2005. Barriers to the use of spirometry in general practice. Australian Family Physician 34, 201–203.
76. WHO, 2017. Chronic Disease and Health Promotion: Integrated Chronic Disease Prevention and Control Programme (ICP)
77. WONCA, 2002. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille.
78. Woolf, S.H., et al., 1999. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 318, 527–530.

Site web:

1. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241701/fr/prise-en-charge-des-maladies-chroniques
2. <http://www.agreetrust.org/about-the-agree-enterprise/agree-research-teams/agree-collaboration/> (Accès le 18/07/2017)
3. <http://www.g-i-n.net/> (Accès le 19/07/2017)
4. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014 (Accès le 18/07/2017)
5. European Pathway Association, 2017. Care Pathways. <http://e-p-a.org/care-pathways/> (Accès le 18/07/2017)

Liste des annexes

Annexe I : Liste d'ALD

Annexe II: Schéma parcours de soins BPCO

Annexe III: Gradation des recommandations. ANAES

Annexe IV : Les niveaux de preuves

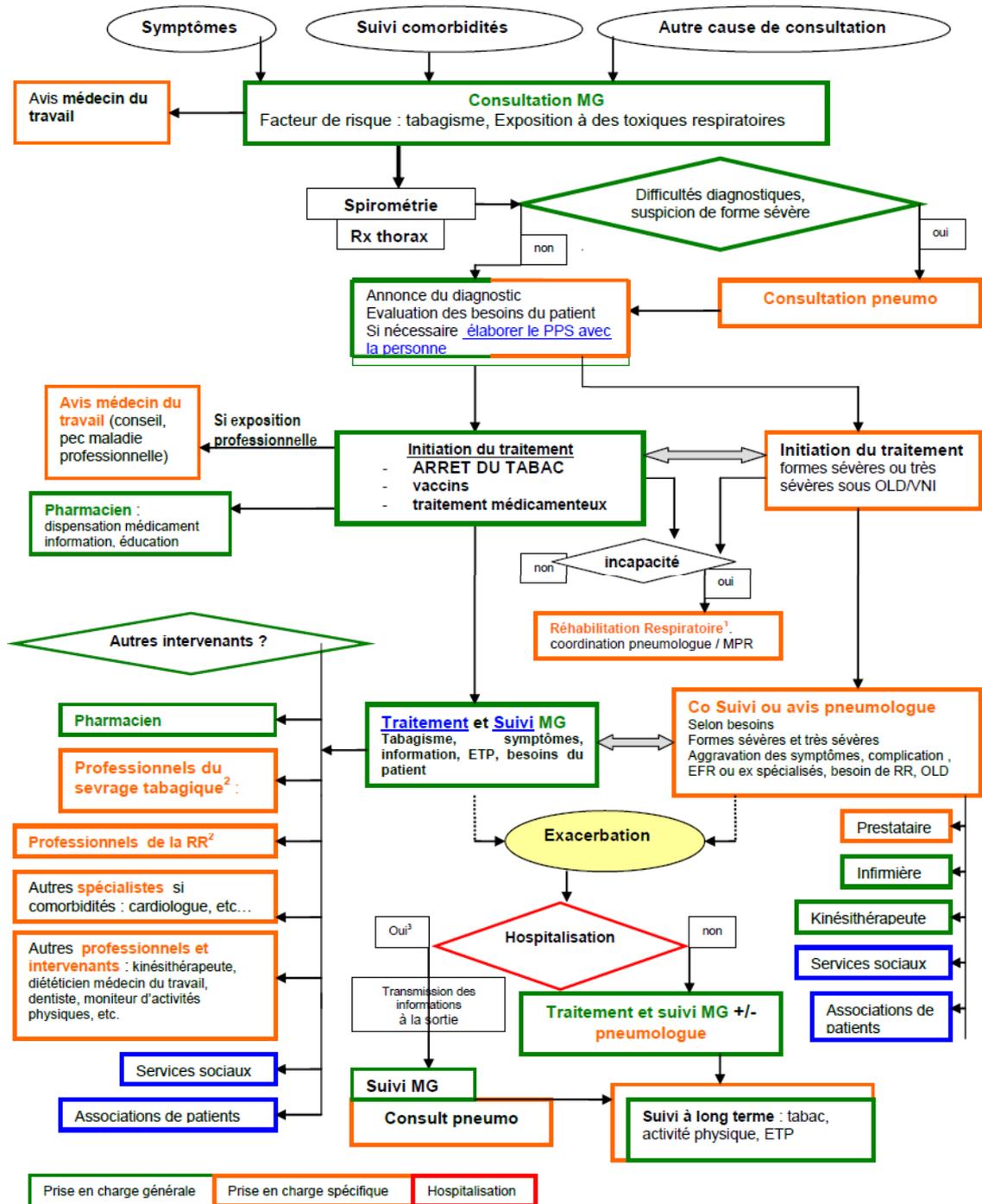
Annexe V : Les nouvelles modalités de la fonction de la coordination

Annexe I : Liste d'ALD

Liste des affections de longue durée :

1	Accident vasculaire cérébral invalidant ;
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
4	Bilharziose compliquée ;
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves ; cardiopathies congénitales graves ;
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine ;
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
12	Hypertension artérielle sévère ;
13	Maladie coronaire ;
14	Insuffisance respiratoire chronique grave ;
15	Lèpre ;
16	Maladie de Parkinson ;
17	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
18	Mucoviscidose ;
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
20	Paraplégie ;
21	Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive ;
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave ;
23	Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale ;
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
25	Sclérose en plaques ;
26	Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
27	Spondylarthrite ankylosante grave ;
28	Suites de transplantation d'organe ;
29	Tuberculose active ;
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

Annexe II : Schéma parcours de soins BPCO



¹ Haute Autorité de Santé. Comment mettre en oeuvre la réhabilitation respiratoire pour les patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive ? Saint-Denis La Plaine: HAS ; 2014.

Annexe III: Gradation des recommandations (ANAES)

Tableau 2. Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe IV : Le niveau de preuves

Tableau 1. Classification générale du niveau de preuve d'une étude

Niveau de preuve	Description
Fort	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - la réalisation est effectuée sans biais majeur ; - l'analyse statistique est adaptée aux objectifs ; - la puissance est suffisante.
Intermédiaire	- le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée ; - puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance <i>a posteriori</i> insuffisante) ; - et/ou des anomalies mineures.
Faible	Autres types d'études.

Annexe V : Les nouvelles modalités de la fonction de la coordination

Comme déjà décrite en détail dans l'introduction de ce mémoire, la coordination du parcours de soins est très importante pour une meilleure prise en charge des patients atteints des maladies chroniques. En France, la loi du 13 août 2004 relative à l'AM invite tous les patients à s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés et de choisir un médecin traitant¹⁷. La loi prévoit de confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de la santé pour un même assuré afin de rationaliser et de personnaliser de façon optimale ses soins. Cette loi donne au MG, un rôle pivot dans la coordination du parcours de soins des patients notamment ceux atteints des maladies chroniques, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique). Les MGs ont un rôle central dans la coordination du parcours de soins des patients notamment ceux atteints des maladies chroniques. Dans de nombreux pays industrialisés, la prévalence croissante des maladies chroniques a abouti à avoir recours aux soins primaires en première intention. En particulier des investissements ont été réalisées pour le développement du rôle stratégique des Médecins Généralistes (MG) comme des fournisseurs principaux des services de médecine préventive et curative aux personnes atteintes des maladies chroniques et en tant que régulateurs des consultations des patients avec des spécialistes (Fantini et al., 2012, p. 68). La loi Hôpital, Patients, Santé et territoires (HPST) de 2009 renforce le rôle des MGs de premier recours dans le parcours de soins, en les attribuant la responsabilité de « veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et de contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ». Par ailleurs, la nouvelle loi du 26 Janvier 2016, « la loi de modernisation de notre système de santé » rappelle ce rôle du médecin généraliste dans l'article 64, du Chapitre I, du Titre II : « Définition des équipes de soins primaires organisées autour du MG du premier recours ». Selon cet article : « l'ensemble des professionnels de santé autour des MGs du premier recours, contribuent à la structuration du parcours de santé des patients, ... ». Aussi, l'article 76 du Chapitre II, du Titre II, de cette loi, prévoit: « la mise en place du médecin traitant pour les individus âgés de moins de 16 ans ». Le MG s'assure de la cohérence et de la continuité des soins. La pratique de la coordination repose non seulement sur une organisation des soins primaires mais aussi prend en compte la relation des soins primaires avec l'hôpital et les services d'aide à domicile et d'autres services existantes pour la prise en charge patients.

¹⁷En France les médecins généralistes représentent 95% des médecins traitant. (Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, Cours de compte, 2013, p.200).

La publication de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 21 juillet 2009 a abouti à la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en avril 2010. Ces nouvelles organisations entraînent des modifications importantes dans le domaine des maladies chroniques. Les ARS insistent sur le rapprochement des secteurs sanitaires et médico-sociaux et des domaines curatifs et préventifs. La loi HPST définit également la notion de soins de premier recours en insistant sur le rôle central du MG dans l'orientation des patients vers d'autres professionnels de santé, la coordination des soins, le respect des protocoles pour les maladies chroniques. Cette loi introduit également la coopération interprofessionnelle dans la prise en charge de ces maladies et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) comme une priorité nationale qui permet de transformer le patient à l'acteur de sa propre santé (Briançon, S. et al., 2010).

Cette revue narrative de la littérature a montré que les recommandations professionnelles pour le parcours de soins des patients atteints des maladies chroniques ne sont pas pertinentes pour les MGs. Par ailleurs, cette revue a identifié que dans la plupart des pays les MGs ne s'adhèrent pas aux recommandations notamment celles du GOLD pour la coordination du parcours de soins des patients atteints de la BPCO. Pour parvenir aux difficultés que les MGs rencontrent lors de l'application des recommandations, des nouvelles modalités de la fonction de la coordination sont mises en œuvre dans la plupart des pays ces dernières années.

La coordination (coordinated care) des acteurs et des pratiques est une préoccupation majeure pour le système de soins de la plupart des pays développés (Sécurité sociale, 2010). Elle est développée pour évaluer les patients, planifier, suivre et coordonner les interventions sanitaires et sociales, réévaluer leurs effets et travailler ensemble. Les nouvelles fonctions de la coordination d'appui aux soins aident les MGs à mieux répondre aux besoins des patients atteints des maladies chroniques et de mieux appliquer les recommandations de bonne pratique dans leur pratique. Les fonctions d'appui aux soins sont définies comme « *l'ensemble des activités nécessaires à l'organisation des parcours, mais ne pouvant être directement effectuées par les professionnels de santé primaire : soit parce qu'elles nécessitent la mobilisation de ressources mutualisées au niveau territorial en raison de files actives trop faibles au niveau des patientèles ; soit parce qu'elles apportent aux patients des compétences techniques, sociales ou d'accompagnement que les professionnels de santé ne maîtrisent pas ; soit parce qu'en l'état de leur organisation, les professionnels ne disposent pas des moyens pour les réaliser* » (HAS, 2014c). Les exemples des fonctions d'appui à la coordination sont les gestionnaires de cas de la MAIA. Créée en 2009, le gestionnaire de

cas de la MAIA interviennent auprès de public âgé en situation complexe, nécessitant des interventions multidisciplinaires sur le long terme et à domicile. Ces personnes âgées sont repérées par un professionnel des champs sanitaire, médico-social ou social, selon des procédures développées dans l'organisation d'un système de Santé intégré. Les exemples concrets de cette fonction dans le domaine des maladies chroniques et de la BPCO sont le PRADO, un programme de l'Assurance Maladie, et le DISCO, une étude en cours par le DMG et le CIC du Rennes.

a) PRADO (Parcours des patients et retour à domicile)

Initié par l'Assurance Maladie en 2010, le service PRADO est créé dans le but de fluidifier le parcours hôpital-ville des patients à leur retour à domicile de l'hôpital. Les enjeux de ce service sont: de réserver la qualité de vie et l'autonomie des patients ; d'accompagner la diminution des durées de séjours à l'hôpital ; de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant ; d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin. Pour les patients atteints de la BPCO, ce service a été étendue en 2015. Un conseiller de l'Assurance Maladie rencontre le patient déclaré éligible au service par l'équipe médicale hospitalière pour lui présenter l'offre et recueillir son adhésion. Le médecin traitant est contacté par l'Assurance Maladie : il est informé de l'adhésion à Prado et un premier rendez-vous avec son patient est planifié si nécessaire. Le conseiller de l'Assurance Maladie prend également contact avec les autres professionnels de santé qui assurent le suivi du patient à son retour à domicile. Une aide-ménagère et/ou un portage de repas peuvent également être organisés en lien avec les services sociaux l'initialisation du suivi médical ; l'accompagnement attentionné du patient ; et la mise en place d'une aide à la vie si nécessaire (aide-ménagère et/ou portage de repas). L'équipe hospitalière décide de l'éligibilité médicale du patient au service Prado ; le conseiller de l'Assurance Maladie rencontre le patient, lui présente l'offre Prado et recueille son adhésion ; il facilite le retour à domicile du patient en planifiant les premiers rendez-vous avec l'ensemble des professionnels de santé qui le suivront en ville (sur le principe de libre-choix) : médecin traitant, infirmier(ère), masseur-kinésithérapeute et pneumologue. La durée de l'accompagnement Prado varie selon le stade de sévérité GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Ce parcours prévoit : une consultation avec le médecin traitant dans les 8 jours suivant le retour à domicile et une consultation longue dans les 2 mois ; une consultation à 1 mois avec le pneumologue ; une visite hebdomadaire de surveillance et d'éducation par l'infirmier(ère) pendant 2 mois pour tous les patients, puis une visite bimensuelle pendant 4 mois pour les patients en

stade II, III et IV ; et/ou une rééducation respiratoire et motrice par un masseur-kinésithérapeute dont la fréquence est adaptée aux besoins du patient.(ameli.fr, 2017).

b) DISCO (Dépistage en Soins Primaires de la BPCO)

Depuis mars 2017, la phase pilote de l'étude DISCO est en cours. DISCO porte sur l'organisation des soins à propos du diagnostic précoce de la BPCO. C'est une étude conjointe conduite par le CHU de Rennes et l'équipe de la recherche en soins primaires du CIC-INSERM. Le but de l'étude est d'évaluer en soins primaires l'intérêt d'un dépistage ciblé de la BPCO et l'intérêt d'une coordination des soins pour la réalisation d'une spirométrie afin d'améliorer le taux de diagnostic de la maladie. L'étude consiste 4 interventions : intervention n°1: réalisation d'un dépistage ciblé de la BPCO par les MG via le questionnaire du GOLD/HAS. Le questionnaire comporte 4 questions à poser aux patients de plus de 40 ans. Au moins une réponse positive est une indication à la réalisation d'une spirométrie ; intervention n°2: information des MG (des bras de randomisation concernés) de l'existence d'une coordination des soins de proximité permettant de faciliter l'accès à la spirométrie. L'étude a été organisée en 4 bras. bras 1: contrôle. Les investigateurs ne seront pas informés du contenu des interventions n°1 et 2. Ils auront uniquement consenti à participer à une étude portant sur le dépistage précoce de maladie chronique, sans être informés de la maladie étudiée. Les patients de ce bras suivront leur parcours de soin habituel. - bras 2 : intervention n°1 « 4 questions » seule - bras 3 : intervention n°2 « coordination » seule - bras 4 : interventions n°1 et 2 combinées. En cas de réponse positive au questionnaire GOLD/HAS, le MG peut orienter son patient vers le coordinateur. C'est l'intervention coordination qui est important à décrire ici. La coordinatrice dans le cadre de l'étude a la fonction de gérer la prise de rendez-vous des patients inclus dans les Bras 3 et 4. Pour cela la coordinatrice, est informée par un email à chaque fois que les MGs jugent qu'un patient a besoin de la spirométrie et qu'ils l'incluent à l'étude. La coordinatrice ensuite, contacte le patient et note la disponibilité et la préférence des patients pour le rendez-vous de la spirométrie. Ensuite, elle contacte les secrétaires des médecins pneumologues et/ou les MGs qui font de la spirométrie pour fixer un rendez-vous de la spirométrie pour le patient. Après la coordinatrice recontacte le patient pour lui mettre au courant du lieu et la date de rendez-vous.

<Yourish>	<Bareen>	<11/09/2017>
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Construction et pertinence des recommandations destinées aux médecins généralistes sur les parcours de soins des malades chroniques: une revue narrative de la littérature		
Promotion 2016-2017		
<p>Résumé : Introduction : En France, la loi et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont donné au Médecin Généraliste (MG) la responsabilité de la coordination du parcours de soins des patients. Le nombre de patients atteints des maladies chroniques ne cesse de croître. Par ailleurs, la plupart des maladies chroniques sont associées à d'autres pathologies. Les MGs prennent en charge la majorité de ces patients chroniques et leurs comorbidités dans un contexte de vie socio-professionnelle donné. Il est difficile pour les MGs d'être à jour des multiples Recommandations de Bonne Pratique (RBP) régulièrement produites par la HAS. Le but de cette étude est d'étudier la genèse et la pertinence pour les MGs des RBPs concernant le parcours de soins de malades chroniques, avec un focus concernant la Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). Méthode: Cette recherche est une revue narrative de la littérature anglophone et francophone conduite entre Avril et Juillet 2017 sur les bases de données électroniques PubMed, Sciencedirect, BASE (<i>Bielefeld Academic Search Engine</i>), Cairn, Google Scholar et la BDSP (Banque de Données en Santé Publique). Résultats : 62 études ont été sélectionnées. En raison du faible nombre de publications scientifiques concernant la perception des MGs des RBPs, la revue inclut des études avec un désign, une durée de suivi et des mesures plutôt hétérogènes. 41 articles concernent la genèse des RBPs et 21 articles analysent la pertinence des RBPs pour les MGs parmi lesquels 9 concernent particulièrement le cas spécifique de la BPCO. Cette étude montre que le développement des guides de bonne pratique ne garantit pas l'utilisation de ceux-ci. Les études analysées proposent que pour optimiser l'utilisation des guides, il faut améliorer la cohérence entre les méthodes du développement de ces guides et les barrières rencontrés par les MGs lors de l'application des recommandations. Discussion : L'analyse des expériences internationales montre que dans la majorité de ces pays les RBPs ne sont pas pertinentes pour les MGs. Par ailleurs, l'analyse du cas particulier de la BPCO a montré que les MGs n'adhèrent pas aux recommandations pour le parcours de soins de la BPCO. Les barrières devant l'application des guides sont à la fois liées aux attitudes des MGs mais aussi liées aux recommandations présentes dans les guides (i.e la complexité des recommandations, les preuves scientifiques contestées ou insuffisantes etc.). Par ailleurs, l'application des guides est différente selon la nature des recommandations. Les recommandations diagnostiques sont plus faciles à appliquer que les recommandations thérapeutiques. CONCLUSION : Les recommandations telles qu'elles sont construites ne sont pas transposées dans la pratique des MGs malgré l'effort des pays développés pour construire des recommandations basées sur des méthodologies rigoureuses. L'étude propose des stratégies pour une meilleure application des guides de bonne pratique pour les MGs.</p>		
<p>Mots clés : Recommandations de bonne pratique, Guide de bonne pratique, Médecins généralistes, Soins primaires, Maladie chronique, Parcours de soins, Bronchopneumopathie Chronique Obstructive, Clinical Practice Guidelines, General practitioners, Primary Health Care, Chronic Disease, Care Pathway, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Cf. pages 26-27.)</p>		