



Les groupes de FMC, acteurs d'appropriation des recommandations?

L'évolution rapide des connaissances du progrès, la multiplication des informations nécessitent pour le praticien des synthèses apportant une information crédible, validée et utile à la pratique. Les consensus, les revues systématiques, les recommandations pour la pratique clinique (RPC) se sont largement développées ces dernières années. Leur qualité s'est améliorée avec la méthodologie promue par l'ANAES, impliquant documentation exhaustive, précision du niveau de preuve et élaboration multidisciplinaire. Et pourtant il apparaît qu'elles sont incomplètement connues et surtout peu ou pas mises en oeuvre dans la pratique. Ceci a été constaté dans l'ensemble des pays développés. Deux types de questions ont alors été posées. Quels sont les barrages à cette mise en oeuvre? Quelles méthodes de diffusion sont les plus efficaces?

Quels sont les barrages à la mise en oeuvre ?

Deux récentes études qualitatives anglaises ont recueilli des éléments dans des entretiens de groupes sur un cas. Cranney ¹ à propos d'une RPC sur l'HTA note plusieurs barrières: la difficulté d'appliquer les données des essais à la personne soignée, notamment pour les personnes âgées, en raison des problèmes d'acceptabilité, d'observance, de polythérapie, de qualité de vie; la difficulté d'intégrer des recommandations nouvelles dans une pratique surchargée où jouent le manque de temps, les nombreuses charges administratives, la multiplicité des domaines médicaux à prendre en charge. Mais les généralistes, particulièrement ceux qui sont isolés, accueillent avec intérêt une formation centrée sur les problèmes à résoudre.

Freeman ² isole six facteurs influençant la décision:

- les conflits entre la RPC et l'expérience personnelle
- la perception par le médecin des attentes de ses patients
- le sentiment que la RPC, prend plus en compte la maladie que le malade, a une approche spécialisée et non globale
- des sentiments mitigés, parfois émotionnels face à l'EBM

- l'importance et l'influence du choix des mots pour faire accepter ou rejeter la décision par le patient
- les difficultés du changement pour le médecin et pour le patient; l'impact de leur mise en oeuvre sur l'exercice.

Quelles méthodes de diffusion sont efficaces?

Parmi les synthèses publiées sur l'efficacité des diverses méthodes de diffusion des RPC, celle de Grol ³ s'est limitée aux études concernant la médecine générale. De l'analyse de 61 études comparatives (39 essais contrôlés randomisés, 22 études comparatives "avant-après" les auteurs classent par ordre d'efficacité croissante:

- diffusion seule, rarement efficace,
- diffusion avec des informations sur la pratique (feedback, aide-mémoire, aide mémoires du patient)
- diffusion avec des influences extérieures (formation individuelle, groupes de pairs, formation du patient)
- association de plusieurs types d'intervention

Les auteurs concluent que le transfert d'information doit impérativement être associé à des actions de divers types impliquant le professionnel.

Que retenir de ces deux types d'études? La multiplicité des exigences pour un changement de comportement : agir sur les connaissances, les aptitudes et les motivations; s'assurer que la pratique professionnelle et son organisation permettent ce changement; mais il faut aussi que collègues, patients et autres partenaires l'acceptent.³

En pratique que retenir? Bien sûr, faire que la qualité des RPC diffusées et leur adaptation à la pratique soient encore améliorées, et pour cela, mieux encore qu'actuellement, préparer les généralistes participant à cette étape à assumer pleinement leur rôle. L'expérience montre que l'élaboration et la diffusion ne sont que les premières étapes d'un processus qui ne peut être efficace qu'à travers une phase d'appropriation par les praticiens. Ce que l'on appelle l'implémentation passe obligatoirement par cette étape. De l'analyse de Grol, et des autres analyses (Davis, Thomson, Conroy, Bignolas, ANAES) retenons quelques voies : confronter les recommandations à la pratique réelle avec des recueils de pratique dérivés de l'audit, mais simplifiés ; impliquer de diverses façons les patients ; travailler en petits groupes, inspirés des groupes de pairs ; fabriquer ses référentiels à partir des RPC, et des outils simples pour la pratique; faire émerger les questions des médecins à propos du thème de la RPC afin de la faire évoluer vers une meilleure adaptation au malade et à l'exercice.

Il semble qu'il s'agisse ici d'une nouvelle voie pour les associations de FMC. C'est en tout cas ce que souhaite développer l'Unaformec.

1- Cranney M et al. Why do GPs implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Family Practice*. 2001;18:359-363

2 - Freeman AC, Sweeney K. Why general practitioners do not implement evidence: qualitative study. *Brit Med J*. 2001;323:1100-1102 .

3- Wensing M, Van Der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *Br J Gen Pract*. 1998;48:991-997

Mots-clé: FMC, recommandation, petit groupe, implémentation

Numéro 261 du 11 avril 2002

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)
Rendez-Vous aussi sur notre site: <http://www.unaformec.org>