



RAPPORT D'ÉLABORATION DE RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Prescription des examens complémentaires dans le reflux gastro-œsophagien chez l'adulte en gastroentérologie

Juin 2005

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	3
II.	CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	3
III.	LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT.....	5
IV.	LA CIBLE PROFESSIONNELLE.....	5
V.	LE GROUPE DE TRAVAIL.....	5
V.1.	Modalités de constitution du groupe	6
V.2.	Description générale du travail.....	6
VI.	LES TEXTES DE RÉFÉRENCE	7
VI.1.	Identification	7
VI.2.	Sélection.....	7
VI.3.	Références non retenues.....	8
VII.	LES OBJECTIFS DE QUALITÉ	8
VII.1.	Identification	8
VII.2.	Sélection.....	9
VIII.	LE GROUPE DE LECTURE	9
VIII.1.	Constitution	9
VIII.2.	Commentaires et propositions	9
IX.	LE GROUPE TEST	10
IX.1.	Constitution	10
IX.2.	Analyse des résultats	11
IX.3.	Commentaires et propositions	11
X.	CONCLUSION.....	12
X.1.	Diffusion envisagée du référentiel.....	12
X.2.	Propositions d'outils d'aide au changement de la pratique professionnelle	12
ANNEXES.....		13
I.	CALENDRIER	13
II.	BIBLIOGRAPHIE.....	13
III.	MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE	14
IV.	MEMBRES DU GROUPE TEST	14

I. INTRODUCTION

Un référentiel d'auto-évaluation des pratiques a pour objectif d'aider les professionnels de santé à s'engager dans une démarche qualité. Il associe quelques objectifs de qualité à une grille de recueil de données. L'analyse des résultats permet au professionnel de mettre en œuvre des actions d'amélioration de sa pratique.

Cette évaluation des pratiques professionnelles peut s'inscrire dans le cadre d'une démarche qualité autonome, ou mise en œuvre par les Unions régionales de médecins libéraux, ou au cours de la procédure de certification-accréditation des établissements de santé.

La méthode d'élaboration suivie est décrite dans « Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Saint-Denis: Anaes; avril 2004. www.has-sante.fr

II. CONTEXTE DE SANTÉ PUBLIQUE

Ce référentiel est un outil d'auto-évaluation concernant la prescription des examens complémentaires dans le reflux gastro-œsophagien (RGO), élaboré à partir des recommandations des sociétés savantes françaises et américaines.

Le thème retenu répond à une préoccupation et à un enjeu importants de santé publique.

La fréquence, le retentissement sur la qualité de vie, la gravité potentielle comme facteur de cancérogenèse et l'impact économique font considérer le RGO comme un problème de santé publique, d'autant plus que l'évolution est chronique dans près de 2/3 des cas. Pour toutes ces raisons cette pathologie doit pouvoir faire l'objet d'une prise en charge optimale ; les écarts de pratique doivent être réduits.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est une affection très fréquente en Europe occidentale et en augmentation ces dernières années. Le diagnostic repose le plus souvent sur la clinique. Le RGO peut recouvrir deux types de symptômes : d'une part, les symptômes typiques (pyrosis et régurgitations acides) ; d'autre part, les manifestations atypiques (dyspepsie, symptomatologies ORL, pulmonaire et cardiovasculaire). Si le symptôme le plus fréquent est le pyrosis, il ne faut pas oublier que des lésions d'œsophagite modérée à sévère peuvent n'être associées qu'à des symptômes minimes.

La prévalence du RGO, pour des symptômes dont la fréquence est au moins hebdomadaire, se situe entre 15 et 20 % de la population (extrêmes 8 et 30 % selon les données nord-américaines et françaises) ; cette prévalence est de 4 à 7 % pour les symptômes journaliers. L'incidence annuelle de l'œsophagite par reflux, la plus fréquente des lésions diagnostiquées en endoscopie, a récemment été évaluée à 1,2 %. Sa prévalence est d'environ 40 à 50 % chez les sujets symptomatiques et de 2 à 5 % dans la population générale asymptomatique. Les formes sévères d'œsophagite sont rares, moins de 5 % des cas.

Le retentissement sur la qualité de vie du RGO est important ; il existe un questionnaire spécifique de qualité de vie validé en France. Il est du même ordre que pour l'insuffisance coronarienne et constitue, de ce fait, un motif fréquent de recours aux soins, expliquant la consommation élevée de médicaments anti-sécrétoires et anti-acides. Il faut noter qu'environ 50 % des patients présentant un reflux clinique ont une fibroscopie œso-gastro-duodénale normale.

Il est maintenant établi que le RGO constitue un facteur de risque dans la survenue de l'adénocarcinome de l'œsophage et du cardia. L'incidence de ce cancer est en augmentation dans de nombreux pays occidentaux, ce qui justifie la surveillance endoscopique de l'endo-brachy-œsophage qui représente une lésion précancéreuse.

Par ailleurs le reflux gastro-œsophagien a un coût pour la société. Il est donc important d'établir les stratégies coût-efficacité de sa prise en charge.

Le groupe de travail a ciblé le champ du thème sur la prescription des examens complémentaires dans le reflux gastro-œsophagien de l'adulte par le gastro-entérologue.

L'hépatogastro-entérologue est le référent pour la réalisation des examens complémentaires : endoscopie essentiellement, pH-métrie ambulatoire et manométrie dans des indications bien précises.

Bien que les indications de l'endoscopie dans le RGO aient été définies par la conférence de consensus franco-belge de 1999 (âge > 50 ans, symptômes d'alarme, symptômes atypiques, échec du traitement, rechute après arrêt du médicament), une des difficultés rencontrées dans la prise en charge du RGO est de choisir le moment où proposer au patient une endoscopie qui est souvent motivée par la recherche d'un endo-brachy-œsophage.

Les explorations fonctionnelles œsophagiennes, manométrie et pH-métrie ambulatoire, ont des indications bien précisées par la conférence de consensus franco-belge de 1999. La pH-métrie diagnostique est inutile en cas d'œsophagite peptique ulcérée ; cet examen ne permet que d'évaluer le temps d'exposition acide de l'œsophage, de rechercher une relation de cause à effet entre épisode reflux acide et symptôme atypique et autorise un traitement par IPP de longue durée, souvent fortement dosé (hors AMM) comme test diagnostique surtout dans les symptômes atypiques du RGO; elle ne permet pas le diagnostic du reflux alcalin et gazeux (intérêt futur de l'impédancemétrie œsophagienne). La conférence de consensus Franco-Belge recommande la pratique d'une manométrie œsophagienne dans le bilan préopératoire de la chirurgie anti-reflux (recherche d'hypomotricité et diagnostic différentiel avec l'achalasia du cardia) ; il en est de même dans les recommandations américaines.

D'autres aspects majeurs de la prise en charge thérapeutique du RGO n'ont pas été abordés dans ce référentiel. Il serait intéressant de réaliser d'autres référentiels sur le thème du RGO, abordant les tests thérapeutiques aux IPP ou l'information donnée au patient, etc. (après élaboration de recommandations professionnelles). De même le diagnostic de l'œsophage de Barrett (ou endo-brachy-œsophage) avec sa surveillance nécessite un référentiel spécifique.

Les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge du RGO grâce à la disponibilité d'anti-sécrétoires puissants, et notamment des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Ils peuvent ainsi se passer du recours aux spécialistes. Il serait à ce titre important de valider de nouvelles modalités de tests diagnostiques aux IPP en soins primaires (recommandation faite par la conférence de consensus de 1999). De même, du fait de la fréquence de l'automédication, il est important que le public puisse disposer d'une information, éventuellement disponible par l'intermédiaire des pharmaciens ou dans les conditionnements, indiquant les limites de l'automédication et les symptômes d'alarme qui doivent conduire à consulter. Si le traitement médicamenteux du RGO repose avant tout sur les anti-sécrétoires gastriques acides, de nouvelles classes de médicaments visant à corriger les troubles de la relaxation inappropriée du sphincter œsophagien inférieur pourraient voir le jour. La coelochirurgie a pris, dans cette pathologie, une place mal maîtrisée ; il n'existe pas d'étude contrôlée en France permettant de comparer les avantages et les inconvénients respectifs du traitement chirurgical et

du traitement médicamenteux. En 1997, il y a eu 12 238 interventions pour RGO et en 1998 12 762, réparties à 40 % dans le secteur public et à 60 % dans le secteur privé. Le traitement endoscopique du RGO, actuellement réservé à des sites pilotes, ne peut pas être recommandé avant d'avoir été évalué dans son efficacité et son innocuité sur des études multicentriques indiscutables : les indications resteront certainement restreintes.

III. LES PROMOTEURS ET LE FINANCEMENT

Plusieurs sociétés professionnelles représentatives des hépato-gastro-entérologues publics et libéraux se sont associées à la Haute Autorité de santé (ex Anaes) pour élaborer ce référentiel :

- Société nationale française de gastroentérologie (SNFGE) ;
- Formation médicale continue en hépatogastroentérologie (FMC-HGE) ;
- Club de réflexion des cabinets et groupes en hépatogastroentérologie (CREGG) ;
- Société française d'endoscopie digestive (SFED).

La coordination a été assurée par Gérard Schenowitz (FMC-HGE).

Le sujet a été choisi lors d'une réunion au GOMED¹ en octobre 2003 où étaient représentés l'Anaes, la SFED, la SNFGE, le CREGG et la FMC-HGE.

La HAS, la SNFGE, la FMC-HGE, la SFED et le CREGG apparaissent sur tous les documents (logos) de diffusion du référentiel au terme du processus. Une diffusion sera faite vers les professionnels intéressés.

Les moyens financiers ont été pris en charge en partie par l'Anaes et en partie par les sociétés savantes ci-dessus.

IV. LA CIBLE PROFESSIONNELLE

Ce référentiel s'adresse aux médecins hépato-gastro-entérologues. Il pourra être utilisé dans tout processus d'auto-évaluation.

Ce référentiel peut intéresser l'ensemble des prescripteurs, mais un travail complémentaire d'appropriation s'impose (nouveau groupe test par exemple) pour le diffuser à d'autres spécialités (chirurgiens digestifs, médecins généralistes, cardiologues, ORL, pneumologues, etc.).

V. LE GROUPE DE TRAVAIL

Il est représentatif de la cible professionnelle identifiée pour le référentiel, comme les experts du thème du groupe de lecture : il est composé presque exclusivement d'hépatogastro-entérologues du secteur libéral et public. Un médecin généraliste, observateur de la méthode, est chargé de la recherche bibliographique.

¹ GOMED : groupement d'organismes médicaux.

V.1. Modalités de constitution du groupe

La composition du groupe de travail s'est faite à partir de quatre critères de sélection : être intéressé, être compétent et disponible à la date de réunion du groupe de travail, et être membre (pour les hépato-gastro-entérologues) d'une des sociétés savantes ci-dessus.

Le fonctionnement du groupe de travail est assuré par un président et un chargé de projet nommés par les promoteurs :

- le président, le D^r Béatrice DUPIN-NIZARD, hépato-gastro-entérologue libéral à Marseille, assure le déroulement des débats par voie électronique, téléphone et lors de la réunion de travail ; elle veille à la participation des professionnels impliqués aux différentes phases du travail. Elle suit l'avancement de l'élaboration du référentiel. Elle est membre de la SFED et de l'Organisation mondiale d'Études spécialisées sur les maladies de l'œsophage (ŒSO) ;
- le chargé du projet, le D^r Thierry HELBERT, hépato-gastro-entérologue libéral à Marseille, assure la coordination des groupes, la mise en place des réunions du groupe de travail, la rédaction d'un document de base de travail et la rédaction finale du référentiel et du rapport d'élaboration. Il analyse les réponses du groupe test. Il veille au respect de la planification du projet. Il est membre de la SNFGE, de la SFED, du Club français d'échoendoscopie digestive, de l'*American Society for Gastrointestinal Endoscopy* et du Syndicat des maladies de l'appareil digestif (SYNMAD).

L'expert du thème est le P^r Stanislas BRULEY DES VARANNES, PU-PH à Nantes. Il est membre de la SNFGE, de l'*American Gastroenterological Association* (AGA) et du Club français de motricité digestive. Il a de nombreuses publications à son actif sur le reflux gastro-œsophagien.

L'expert de la méthode est le D^r Marina MARTINOWSKY, chef de projet à la HAS à Saint-Denis. Elle assure l'encadrement méthodologique de l'élaboration du référentiel.

Les autres membres du groupe sont :

- le D^r Bertrand NAPOLÉON, hépato-gastro-entérologue libéral à Lyon, est membre de la SFED, de la SNFGE et du Club français d'échoendoscopie digestive ;
- le D^r François PIGNAL, hépato-gastro-entérologue libéral à Toulouse, est membre de la SNFGE, de la SFED, du GREG et de l'Association française pour l'étude du foie ;
- le D^r André RODACH, généraliste au département d'information médicale à Marseille, est observateur de la méthode et chargé de la recherche bibliographique.

Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts pour les membres du groupe de travail.

V.2. Description générale du travail

Le travail s'est effectué par échanges électroniques, au cours d'une conférence téléphonique puis lors d'une réunion de travail qui a permis de concevoir la version du référentiel proposée au groupe de lecture. Il y a eu différentes versions successives du référentiel pour tenir compte des retours des groupes test et de lecture.

Il a été précisé que ce travail devait s'appuyer sur des recommandations existantes et non créer de nouvelles recommandations.

Le calendrier figure en annexe I.

VI. LES TEXTES DE RÉFÉRENCE

VI.1. Identification

L'actualité des recommandations choisies est assurée par une publication récente datant de moins de 5 ans. Les recommandations professionnelles sont volontairement issues des sociétés savantes de la spécialité. Le groupe de travail a évalué leur validité et leur pertinence pour la pratique.

La stratégie de recherche documentaire a été faite à partir des mots-clés : RGO (GERD en anglais), pH-métrie, Barrett, Manométrie.

La consultation des sites de la SFED, de la SNFGE, de l'AGSE et de la *National Guideline Clearinghouse* américaine nous a permis d'obtenir des informations plus précises.

Une base de données bibliographique a été constituée pour la sélection des documents de référence destinés au groupe de travail. La bibliographie figure en annexe II.

VI.2. Sélection

Toutes les références sélectionnées relèvent d'un accord professionnel.

Après discussion, le groupe de travail a retenu trois textes sur onze afin de justifier les objectifs de qualité retenus.

- **Sampliner R. Updated Guidelines for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. Am J Gastroenterol 2002; 97 (8).**

Il s'agit des recommandations les plus récentes (2002) et surtout de la seule référence publiée reprenant et modifiant les recommandations existantes (1998 pour les USA) sur l'endoscopie dans le RGO en prenant en compte l'intérêt du diagnostic de l'œsophage de Barrett chez les patients jeunes présentant une longue histoire clinique de RGO. Les experts proposent une endoscopie chez tout patient porteur d'un RGO ancien sans tenir compte de l'âge du patient. Par ailleurs ces recommandations précisent la nécessité d'un diagnostic histologique du Barrett (métaplasie intestinale) et précise l'existence de Barrett court et long. La surveillance du Barrett est également modifiée (basée sur l'existence d'une dysplasie) avec une endoscopie tous les 3 ans en l'absence de dysplasie.

- **Conférence de consensus de la SNFGE – Reflux gastro-œsophagien chez l'adulte : diagnostic et traitement. Gastroentérol Clin Biol 1999; 23 (1 bis).**

Il s'agit du texte de référence français de 1999.

Le groupe de travail a fait certaines remarques :

- indication de l'endoscopie chez un patient de moins de 50 ans à revoir selon les recommandations américaines ;
- absence de précision suffisante dans le diagnostic du Barrett qui doit être histologique ;
- absence de notion de Barrett court et long ;
- durée du traitement d'épreuve par IPP (après preuve du RGO) dans les symptômes atypiques trop court en pathologie ORL.

Il s'agit cependant d'un très bon texte de travail et le groupe suggère la mise en place d'une deuxième Conférence de Consensus intégrant les nouvelles données publiées sur le RGO.

- **Recommandations de pratique clinique - manométrie œsophagienne. SNFGE; 2001.**

Ces recommandations sont toujours pertinentes en 2004.

VI.3. Références non retenues

Le groupe de travail n'a pas retenu d'autres références, pour les raisons suivantes :

- références redondantes ;
- références incomplètes ;
- références non adaptées au référentiel.

Recommandations de pratique clinique, pH-métrie : texte non retenu car les recommandations figuraient déjà dans la Conférence de consensus franco-belge de 1999.

Clinical use of esophageal manometry : recommandations identiques aux recommandations françaises en dehors de l'indication de l'examen pour le repérage du sphincter inférieur de l'œsophage avant pH-métrie (indication non retenue par le groupe français de travail sur la manométrie et par notre groupe de travail).

Guidelines on the use of esophageal pH recording : recommandations identiques aux recommandations françaises.

Practice Guidelines. Castell 1999 : recommandations intéressantes pour notre référentiel mais déjà décrites par Sampliner. Ces recommandations par contre restent utiles pour le traitement du RGO.

Management of gastroesophageal reflux disease : recommandations portant essentiellement sur le traitement médical du RGO, donc hors sujet.

Peterson W. et coll. *Improving the management of GERD. Evidence-based therapeutic strategies*. Ces recommandations confirment que le risque d'adénocarcinome sur Barrett est fonction de la fréquence et de l'ancienneté des symptômes de RGO (risque multiplié par 43.5 si le RGO est d'ancienneté supérieure à 20 ans). Ceci modifie l'indication de l'endoscopie qui est prescrite non pas en fonction de l'âge (> à 50 ans) mais en fonction de la durée des symptômes. Cette recommandation apporte également une mise à jour précise de l'épidémiologie, de l'évaluation et du traitement du RGO. Le groupe de travail a considéré que le diagnostic et le suivi de l'œsophage de Barrett nécessitaient un référentiel spécifique, avec d'autres critères d'inclusion des patients.

Deuxième Conférence de consensus canadienne sur le RGO : recommandations très incomplètes.

Références médicales opposables : endoscopie proposée chez le sujet de moins de 50 ans, présentant des symptômes modérés de RGO en cas d'échec thérapeutique ou de récurrence fréquente.

VII. LES OBJECTIFS DE QUALITÉ

VII.1. Identification

À partir des textes de référence retenus, onze objectifs de qualité ont été identifiés. Ces objectifs de qualité relèvent tous d'un accord professionnel.

1. Réaliser une endoscopie chez un patient âgé de plus de 50 ans.
2. Réaliser une endoscopie chez un patient qui présente des manifestations extra-digestives ORL, pneumologique ou cardiologique.
3. Réaliser une endoscopie quand les critères de gravité sont présents.
4. Réaliser une endoscopie chez un patient immunodéprimé.
5. Réaliser une endoscopie chez un patient de moins de 50 ans mais présentant un RGO ancien.
6. Réaliser une endoscopie chez un patient résistant au traitement antisécrétoire ou récidivant à l'arrêt du traitement.
7. Réaliser une manométrie avant chirurgie du RGO.
8. Réaliser une pH-métrie ambulatoire avant chirurgie du RGO avec FOGD normale.
9. Réaliser une pH-métrie ambulatoire si le patient présente des symptômes atypiques avec FOGD normale.
10. Réaliser une pH-métrie en cas de résistance au traitement.
11. Ne pas réaliser de pH-métrie avant chirurgie du RGO lorsqu'une œsophagite peptique est présente.

VII.2. Sélection

Les motifs de sélection choisis par le groupe de travail sont les suivants :

- utilité pour améliorer la pratique ;
- fréquence ;
- gravité ;
- coût ;
- faisabilité ;
- acceptabilité par le patient.

Un vote du groupe de travail a permis de hiérarchiser les objectifs de qualité pour ne garder que ceux figurant dans le référentiel.

VIII. LE GROUPE DE LECTURE

VIII.1. Constitution

Le groupe de lecture est constitué de 14 membres chargés de critiquer le référentiel et d'adresser leurs commentaires à l'aide d'une grille d'évaluation. Ce groupe comprend 5 experts du thème choisis par le groupe de travail et 9 experts de la méthode choisis parmi les correspondants régionaux de l'Anaes.

La liste du groupe de lecture figure en annexe III.

Il n'a pas été identifié de conflit d'intérêts pour les membres du groupe de lecture.

VIII.2. Commentaires et propositions

Le groupe de lecture reconnaît qu'il s'agit d'un thème important en santé publique, en raison de la fréquence de la pathologie, de la gravité des complications potentielles du RGO et du coût des traitements d'épreuve à l'aveugle.

D'autres approches du thème sont suggérées :

- des référentiels spécifiques reprenant les critères de qualité dans la rédaction du compte rendu de chaque examen complémentaire (endoscopie œso-gastro-duodénale, manométrie et pH-métrie ambulatoire œsophagienne) ;
- un référentiel sur le diagnostic et la surveillance de l'œsophage de Barrett (ou endo-brachy-œsophage).
- un référentiel sur le même thème avec comme cible professionnelle les médecins généralistes ; cela nécessiterait un autre groupe de travail, représentatif de cette autre cible professionnelle.

L'identification et la sélection des textes de référence sont approuvées. Il est constaté que les objectifs de qualité relèvent d'un consensus d'experts formalisé et non de haut niveau de preuve ; la grille AGREE ne peut pas être utilisée pour l'évaluation des textes de référence. Le groupe de travail a vérifié l'indépendance des participants et le suivi d'une méthode explicite pour leur élaboration.

Certains recommandent de distinguer les patients adressés pour une symptomatologie évoquant un RGO et ceux adressés directement pour un examen complémentaire : le groupe de travail considère que le rôle du gastro-entérologue est aussi de discuter la réalisation des investigations complémentaires demandées.

La validité du 2^e critère d'évaluation (manifestations extra-digestives du RGO) est contestée. Le groupe de travail rappelle que cette recommandation est faite dans la conférence de consensus de 1999 qui sert de texte de référence.

Un confrère évoque le libre choix des patients : le groupe de travail confirme que les examens sont proposés avant d'être réalisés.

Le groupe de travail attend les résultats du test pour juger si les critères 1 (endoscopie réalisée après l'âge de 50 ans en cas de RGO clinique) et 4 (endoscopie réalisée après 5 ans d'évolution du RGO) sont trop souvent notés « non applicable » mais rappelle que ce référentiel sert à évaluer ses bonnes pratiques.

Il est demandé de préciser la définition d'une endoscopie œsophagienne normale : le groupe de travail utilise les classifications de Savary ou de Los Angeles pour définir les lésions d'œsophagite peptique.

D'une manière générale le groupe de lecture apprécie la clarté des documents, juge le référentiel pratique et les informations du rapport complètes.

IX. LE GROUPE TEST

IX.1. Constitution

Le groupe test est constitué par tirage au sort parmi l'ensemble des membres du CREGG et de la SFED.

Deux médecins ont spécifiquement demandé à faire partie de ce groupe : le D^r Pierre BONVARLET (médecin habilité pour l'EPP en médecine libérale, hépato-gastro-entérologue à Lille) et le D^r Gérard LAMBOT (hépato-gastro-entérologue à Marseille).

Cinq médecins gastro-entérologues de l'hôpital Ambroise Paré à Marseille, collègues des docteurs Béatrice Dupin et Thierry Helbert, ont également testé le référentiel sur leur pratique.

La liste des membres du groupe test figure en annexe IV.

IX.2. Analyse des résultats

14 auto-évaluations ont été analysées après anonymisation des grilles.
La durée moyenne a été de 115 minutes (1 heure à 3 heures).

Critère 1 : NA : 36 %, OUI : 57 %.

- Sur le total de dossiers moins les NA : 90 % de OUI.

Critère 2 : NA : 52 %, OUI : 40 %.

- Sur le total de dossiers moins les NA : 84 % de OUI.

Critère 3 : NA : 0 %, OUI : 75 %.

Critère 4 : NA : 58 %, OUI : 34 %.

- Sur le total de dossiers moins les NA : 80 % de OUI.

Critère 5 : NA : 62 %, OUI : 37 %.

- Sur le total de dossiers moins les NA : 98 % de OUI.

Critère 6 : NA : 90 %, OUI : 8 %.

- Sur le total de dossier moins les NA : 98 % de OUI.

Critère 7 : NA : 90 %, OUI : 8 %.

- Sur le total de dossiers moins les NA : 98 % de OUI.

D'une façon générale les améliorations de la pratique proposées concernent l'exhaustivité des données concernant le reflux et les documents sources, en ayant soin de préciser par exemple l'ancienneté du reflux avec l'âge du patient et les débuts des symptômes.

IX.3. Commentaires et propositions

Grille test

Problèmes cliniques fréquents dans la pratique : 85 %.

Objectifs de qualités pertinents pour la pratique : 80 %.

Critères d'évaluation discriminants : 85 %, notamment car ils permettent un meilleur suivi avec une meilleure adaptation des indications de contrôles endoscopiques.

Objectifs de qualités réalistes dans la pratique quotidienne : 85 % car simples à réaliser à partir du dossier médical.

Critères d'évaluation compréhensible : 95 %.

Critères d'évaluation facile à vérifier : 95 %.

Référentiel d'évaluation complet : 70 %.

Il est regretté l'absence d'évaluation du reflux gastro-œsophagien compliqué (sténose ou œsophage de Barrett).

Commentaires

L'ensemble des membres du groupe test soulève le problème d'adéquation du référentiel avec un panel d'hépatogastro-entérologues généralistes. Cela transparait dans la quantité de critères non applicables sur les dossiers étudiés, essentiellement en raison du peu de patients opérés ou du nombre de patients récents (il y a de façon générale peu d'indications opératoires dans cette pathologie).

Les 4 premiers critères sont jugés pertinents même si au niveau du 4^e critère, le résultat d'une endoscopie à 10 ans est difficile à retrouver si le patient a changé de praticien.

Le problème des critères 6 et 7 relève du même processus d'indication chirurgicale rare.

En conclusion les deux objectifs de qualité sur la manométrie et la pH-métrie ambulatoires préopératoire sont pertinents, mais concernent peu de patients.

Propositions du groupe de travail

Le reste des critères semble pour l'ensemble des experts relever du bon sens et favorisera ainsi l'amélioration et la traçabilité du contenu du dossier médical.

Le groupe travail a donc modifié la sélection des dossiers, afin d'évaluer 5 dossiers de patients avec indication chirurgicale, et 15 dossiers consécutifs de patients correspondants aux critères d'inclusion.

Le groupe de travail propose que la HAS mette en place une nouvelle conférence de consensus intégrant les nouvelles recommandations publiées sur la prise en charge du reflux gastro-œsophagien et de l'œsophage de Barrett. Un autre référentiel d'évaluation pourrait concerner les complications du RGO.

X. CONCLUSION

X.1. Diffusion envisagée du référentiel

Base française d'évaluation en santé sur internet : <http://bfes.has-sante.fr>

Sites Internet de sociétés professionnelles co-promotrices : HAS, SFED, FMC-HGE, CREGG et SNFGE.

X.2. Propositions d'outils d'aide au changement de la pratique professionnelle

Le groupe suggère que la SFED et la SNFGE élaborent et diffusent des critères de qualité pour la rédaction d'un compte rendu d'endoscopie digestive, de pH-métrie et de manométrie œsophagienne.

ANNEXES

I. CALENDRIER

- Réunion d'information du groupe de travail : octobre 2003.
- Recherche bibliographique : novembre - décembre 2003.
- Conférence téléphonique du groupe de travail : 23 février 2004.
- Réunion du groupe de travail : 30 mars 2004.
- Groupe de lecture : juin 2004.
- Test : novembre 2004 ; relance mars 2005.
- Rapport d'élaboration et version finale du référentiel : juin 2005.

II. BIBLIOGRAPHIE

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Saint-Denis La Plaine: Anaes; 2004.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Grille d'évaluation de la qualité des Recommandations pour la pratique clinique. Traduction française de la grille AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument*). Paris: Anaes; 2002.

Clinical use of esophageal manometry – an American Gastroenterological Association medical position statement. *Gastroenterology* 1994; 107(6): 1865.

Deut *et al.* *Gut* 1999; 44(Suppl2) S1-16 (Feuval Workshop).

Guidelines on the use of esophageal pH recording – American Gastroenterological Association medical position statement. *Gastroenterology* 1996; 110(6): 1981.

DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol.* 1999 Jun; 94(6): 1434-42.

Kit sur l'Évaluation des Pratiques Professionnelles de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Management of gastroesophageal reflux disease (GERD) – University of Michigan Health System. 2002.

Peterson W. *et al.* – Improving the management of GERD: evidence-based therapeutic strategies. American Gastroenterological Association 2002. <http://www.gastro.org/news/2002/12/text/monographs.html>

Références Médicales Opposables N°11 : endoscopie digestive haute. 1996.

Sampliner R. Updated Guidelines for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 (8).

Société française de gastroentérologie. Le Livre Blanc de l'hépatogastroentérologie. Les maladies de l'appareil digestif et du foie – les enjeux. Paris: Masson; 2001.

Société française de gastroentérologie. Recommandations de pratique clinique de la SNFGE – Manométrie œsophagienne 2001. <http://www.snfge.asso.fr>

Société française de gastroentérologie. Recommandations de pratique clinique de la SNFGE – pH-métrie œsophagienne 2000. <http://www.snfge.asso.fr>

Société française de gastroentérologie. Conférence de consensus – Reflux gastro-œsophagien chez l'adulte : diagnostic et traitement. *Gastroentérol Clin Biol* 1999, 23 (1 bis).

Thomson AB, Chiba N, Armstrong D, Tougas G, Hunt RH. The second canadian gastroesophageal reflux disease consensus: moving forward to new concepts. *Can J Gastroenterol.* 1998, 12(8): 551-6.

III. MEMBRES DU GROUPE DE LECTURE

- **Experts du thème** : hépato-gastro-entérologues.
 - P^r Jean-Paul GALMICHE, PU-PH à l'Hôtel-Dieu à Nantes ;
 - P^r Brice GAYET, PU-PH à Paris ;
 - D^r Philippe HOUCHE libéral à Lille ;
 - P^r François MION, PU-PH à Lyon ;
 - D^r Alex PARIENTE, PH à Pau.

- **Experts de la méthode** : correspondants régionaux de l'Anaes.
 - M^{me} Claudine AUDIBERT, cadre supérieur de santé à Marseille ;
 - D^r Sylvie AULANIER, généraliste au Havre ;
 - D^r Gérard LAIRY, cardiologue à Corbeil-Essonnes ;
 - D^r Christian MICHEL, généraliste à Dunkerque ;
 - D^r Serge MOSER, généraliste à Hirsingue ;
 - D^r Philippe NICOT, généraliste à Panazol ;
 - M. Paul PAVAN, kinésithérapeute à Grenoble ;
 - D^r Bruno SENEZ, généraliste à Eyzin-Pinet ;
 - Pascal VASSEUR, infirmier libéral à Marseille.

IV. MEMBRES DU GROUPE TEST

Tous les médecins du groupe test sont hépato-gastro-entérologues à exercice libéral :

- D^r Nicolas BARRIERE à Marseille ;
- D^r Daniel BATTISTELLI à Saint-Louis ;
- D^r Pierre BONVARLET à Lille, médecin habilité pour l'EPP ;
- D^r Nicolas ICONOMIDIS à Marseille ;
- D^r Henri JULIEN à Marseille ;
- D^r Gérard LAMBOT à Marseille ;
- D^r Olivier LEBARS à Marseille ;
- D^r Marie-Pierre PINGANNAUD à Marseille ;
- D^r Yves RINALDI à Marseille ;
- D^r Rémi SYSTCHENKO à Irigny.
- D^r Ludovic TARDY à Martigues ;
- D^r Alain THEVENIN à Saint-Quentin ;
- D^r Dominique TOURNUT à Marseille ;
- D^r Vincent VALANTIN à Marseille.