



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## OPINION

# Faut-il continuer à faire des recommandations professionnelles de bonne pratique clinique ?



*Do we still need guidelines?*

**Laurent Delaunay\*, Florence Plantet**

*Clinique générale, groupe Vivalto santé, 4, chemin de la Tour-la-Reine, 74000 Annecy, France*

Disponible sur Internet le 18 novembre 2016

### MOTS CLÉS

Recommandation de pratique clinique ;  
Médecine factuelle ;  
Médecine basée sur les preuves

**Résumé** Les recommandations de bonne pratique clinique basées sur le concept de médecine par les preuves ont connu un développement important au cours des 15 dernières années. Le bilan montre outre les difficultés de mise en œuvre des limites inhérentes à la méthodologie. La littérature est en effet source de biais car elle ne reflète pas toujours la réalité clinique, car chaque patient doit être considéré individuellement car de nombreuses études ne sont pas publiées modifiant ainsi les résultats. De plus les recommandations doivent évoluer avec les progrès médicaux et ne doivent pas être utilisées pour contraindre les médecins du fait d'impératifs économiques, leur objectif est d'abord l'adhésion à de bonnes pratiques de soins.  
© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Clinical guidelines;  
Evidence-based medicine

**Summary** Many evidence-based clinical guidelines have been edited over the past 15 years, with the aim of changing medical practice. This approach has some limitations related to the methodology of guidelines. Many bias indeed are related to medical literature review in as much as clinical trials are more or less different from clinical practice. Moreover, many negative trials are not published. In addition, every patient needs a specific approach taking into consideration

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [laurent.delaunay59@gmail.com](mailto:laurent.delaunay59@gmail.com) (L. Delaunay).

advantages and drawbacks of therapeutic strategy. In addition, clinical guidelines need to be updated according to the evolution of medical knowledge. They do not have to be considered exclusively with the aim of decreasing medical expenses but more in the aim of improving the quality of healthcare.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

En 1992 Gordon Guyatt a posé les bases de l'*evidence base medicine* (EBM). L'EBM a d'emblée été présentée comme un nouveau concept pédagogique dont le principe était ni plus ni moins d'apprendre aux étudiants à faire une analyse et une synthèse de la littérature, pour nourrir et améliorer leur pratique quotidienne [1]. Les sociétés médicales savantes se sont rapidement appropriées cette méthode afin de définir une : « utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » [2]. La personnalisation est évidemment un élément clé. Le patient interfère avec son environnement que ce soit par ses souhaits ou par ses réactions aux traitements instaurés. Les sociétés savantes ont largement développé, tant à la demande des praticiens que des tutelles, des « recommandations » à partir de l'EBM. Tout en rappelant cependant qu'un raisonnement médical idéal doit reposer sur une prise de décision dynamique qui inclut les données de la littérature, le patient et l'expérience clinique du médecin (Fig. 1). Ce dernier peut, de façon argumentée, utiliser ou, au contraire savoir parfois, sortir de ces recommandations [3].

Un peu plus de 10 ans plus tard, Gordon Guyatt était beaucoup moins optimiste et faisait le constat suivant : « ... quand j'ai commencé, je pensais que nous allions amener les praticiens à s'approprier l'EBM, qu'ils allaient en

comprendre la méthodologie, qu'ils allaient devenir les critiques de la littérature médicale et appliquer ses résultats à leur pratique. Aujourd'hui je ne pense plus cela, mais au contraire qu'il n'y aura qu'une minorité de praticiens capables de cela et que les autres ne feront que suivre les recommandations... » [4]. Ce constat un peu amer ne doit pas nous empêcher d'effectuer une analyse critique sur l'EBM et les recommandations qui peuvent en découler. En effet, si la médecine factuelle a été d'un apport indéniable pour rationaliser notre métier, elle présente des limites souvent oubliées !

## Les études prospectives, randomisées et parfaitement encadrées sont-elles le reflet de la « vraie vie » ?

Quand on élabore un protocole d'étude on pose une question, on définit des critères d'inclusion et d'exclusion, on raisonne sur des cohortes et on donne un résultat souvent sous forme de valeurs moyennes avec une dispersion. En présence d'un patient donné il existe en revanche toujours une incertitude sur le résultat attendu. Prenons l'exemple d'un traitement antalgique dont une étude prospective, randomisée et en double insu aurait montré qu'il permettait de réduire de 30 % le niveau de l'intensité de la douleur mesurée avec une EVA. Quand un médecin applique ce traitement, le premier patient qu'il va traiter a toutes les chances de voir effectivement diminuer l'intensité de sa douleur, mais cette diminution ne sera probablement pas de 30 %, mais peut-être plus, ou peut-être moins et il n'est même pas impossible que l'on observe aucune amélioration ! Comme le dit Gerard Reach : « ... dans la réalité, il n'existe pas de critères d'inclusion. Le patient ne pose pas une mais plusieurs questions. Ce que le médecin entend, ce n'est pas une question, mais il voit une situation et un contexte. Il soigne un individu... » [5].

Un nombre sans cesse croissant de méta-analyses sont publiées dans tous les domaines. Dans le processus d'élaboration des recommandations, elles sont considérées comme ayant un haut de niveau de preuve. Il faut pourtant rappeler qu'elles nécessitent une méthodologie très rigoureuse et qu'il existe de nombreux biais possibles. On peut citer par exemple, la disparité entre les études des outils d'évaluation ou la non (ou moindre) publication des résultats négatifs. Même si plusieurs outils statistiques permettent un calcul du risque de biais, il n'est pas très clair d'établir

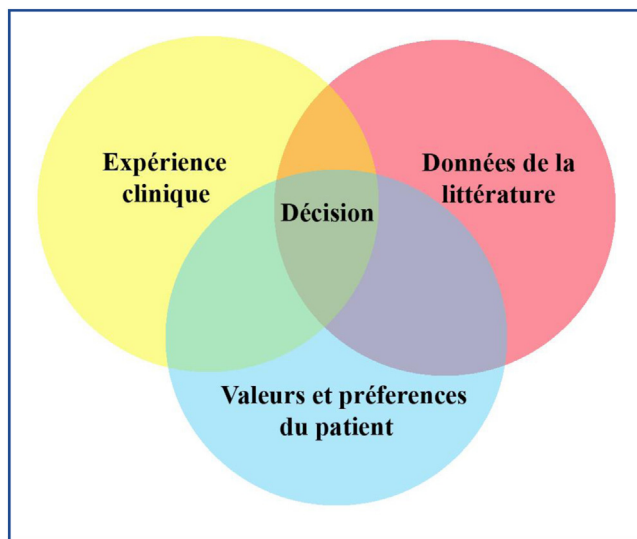


Figure 1. Les 3 piliers indissociables du raisonnement médical.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8557698>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8557698>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)