

Le département Données, démographie et qualité (DDQ) publie dans le Bulletin des médecins suisses les documents de base qu'il établit sur différents thèmes relevant du domaine de la qualité. La FMH s'appuie sur ces réflexions pour déterminer son point de vue et le rendre officiellement public dans le document «Position de la FMH». Nous vous présentons ici le document de base ainsi que la prise de position de la FMH sur le thème «RPC – Identifier les critères de qualité».

Document de base de la DDQ

RPC – Identifier les critères de qualité

Stefanie Hostettler,
Esther Kraft,
Christoph Bosshard

«Ce qu'on sait, savoir qu'on le sait; ce qu'on ne sait pas,
savoir qu'on ne le sait pas: c'est savoir véritablement.»
(Confucius)

Contexte

Au quotidien, les médecins prennent un grand nombre de décisions et assument de grandes responsabilités vis-à-vis de leurs patients. Dans ce contexte, les RPC sont des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données; elles reposent sur les preuves d'un domaine diagnostique/thérapeutique précis et visent à optimiser les traitements. Les premiers guides pratiques (par ex. *Redbook of Infectious Diseases* de l'*American Academy of Pediatrics*) sont apparus dans la première moitié du 19^e siècle et les Etats-Unis ont joué un rôle de pionnier dans leur développement [1]. Avec l'évolution rapide des méthodes de recherche et de la médecine fondée sur les preuves dans les années 90, les RPC ont permis aux médecins de maintenir et d'adapter leur niveau de connaissances à celui des progrès de la médecine. Les RPC sont ainsi devenues des instruments susceptibles de garantir la qualité des traitements, et ainsi de réduire certaines incertitudes, d'éviter les fautes, d'améliorer l'efficacité des processus, etc. [1].

Les sociétés de discipline médicale, les organisations faitières ainsi que d'autres associations médicales ont participé au développement des RPC, mais elles ont également contribué dans une large mesure à la coordination et à la promotion des guidelines [2]. Aujourd'hui, les RPC appartiennent irrémédiablement au quotidien médical, et des études démontrent que des RPC de haute qualité améliorent aussi bien les processus et les résultats que la qualité des traitements [3–7]. Cependant, la création continue de nouvelles RPC ne permet pas de conserver une vue d'ensemble de l'offre, et des RPC de mauvaise qualité peuvent même avoir un impact négatif sur la qualité du traitement [8]. Les «risques potentiels et les effets indésirables» des RPC sont multiples et suscitent le débat, pour certaines depuis longtemps. L'indépendance et les conflits d'intérêts financiers des organes et des auteurs de RPC demeurent, par exemple, une question irrésolue [9]. En

Résumé

Les recommandations pour la pratique clinique (RPC), appelées aussi guidelines ou guides pratiques, sont des propositions médicales fondées sur les preuves d'un domaine diagnostique/thérapeutique dans le but d'optimiser le traitement des patients. Grâce à elles, les médecins sont en mesure de maintenir leurs connaissances et leurs procédures au niveau actuel sans perte de temps. Mais la création continue de nouvelles RPC empêche de conserver une vue d'ensemble de l'offre alors que des RPC de mauvaise qualité peuvent avoir un impact négatif sur la qualité des traitements. Lorsqu'on utilise des RPC, il est donc primordial de connaître leur provenance et de savoir si elles ont été validées. Pour les évaluer, il faut d'une part observer les problèmes potentiels (par ex. preuves insuffisantes et/ou contradictoires, distorsions liées à des conflits d'intérêts) et identifier les critères de qualité (disponibilité d'informations de fond, actualisation permanente, évaluation externe, etc.). Le présent rapport a pour objectif de permettre de mieux analyser les guidelines en abordant les avantages, les limites et les critères de qualité des RPC. Par ailleurs, le présent rapport se penche également sur l'importance des RPC dans d'autres domaines tels que la recherche sur la fourniture de soins, les trajectoires de patient ou la médecine personnalisée.

2011, l'Institut de médecine américain (IOM) et les *National Academies* ont défini des critères en vue d'évaluer la qualité des RPC précisant, entre autres points, ce qu'il faut observer en matière de conflits d'intérêts lors de la constitution d'organes de rédaction (le président ne doit présenter aucun conflit d'intérêt, les membres ne doivent, de préférence, présenter aucun conflit d'intérêt ou, auquel cas, ils

Correspondance:
FMH/département DDQ
Elfenstrasse 18
CH-3000 Berne 15
Tél. 031 359 11 11
ddq[at]fmh.ch
www.fmh.ch

ne doivent représenter qu'une minorité, etc.). Sur la base de ces critères, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a été chargée de remanier le National Guideline Clearinghouse (NGC), recueil des RPC accessibles en ligne, et de veiller à ce que cette plateforme ne publie que des guidelines répondant à ces critères. En Suisse, le Comité central de la FMH a publié en 1999 des recommandations pour les guides de pratique médicale comportant des critères d'élaboration et d'appréciation des RPC [10]. Par ailleurs, diverses interventions visent depuis des années à affirmer et consolider l'indépendance du corps médical, dont les directives sur la «coopération entre le corps médical et l'industrie» [11] élaborées par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) avec la participation active de la FMH. Celles-ci viennent compléter les dispositions légales concernant les relations entre le corps médical et les fournisseurs du marché de la santé.

Sur d'autres sujets tels que l'opportunité des RPC pour les maladies rares, les patients polymorbides et/ou les patients atteints de maladies chroniques, les connaissances demeurent lacunaires et hésitantes. Bénéficier des avantages des RPC place devant quelques défis: choisir les plus appropriées parmi une large palette de guidelines, en évaluer les fondements avec soin et veiller à ce que les progrès à venir soient pris en compte. En se penchant notamment sur les avantages, les limites et les critères de qualité des RPC, le présent rapport permet aux utilisateurs de mieux s'orienter dans l'offre de guidelines. Il aborde également d'autres thèmes comme l'obligation d'appliquer les RPC, la médecine personnalisée ou la recherche sur la fourniture

de soins, et met en évidence les éventuelles mesures à prendre.

Importance des RPC / Terminologie

En français, les RPC sont également appelées guidelines, guides pratiques ou guides de pratique médicale. La littérature spécialisée propose une multitude de définitions qui se rejoignent sur le point suivant: il s'agit de recommandations basées sur des preuves, c'est-à-dire dont l'efficacité a été prouvée de manière empirique dans le but d'optimiser le traitement des patients. En 2011, l'IOM a publié une définition selon laquelle les RPC sont des propositions comprenant des recommandations pour optimiser le traitement des patients; dans le même temps, elles doivent permettre d'identifier les avantages et les inconvénients des méthodes de traitement alternatives.

Les RPC se réfèrent à un sujet clairement défini et identifié. Il peut s'agir d'un symptôme, d'une pathologie, d'une structure, d'un processus, d'une thérapie ou d'une application médico-technique. Le degré de recommandation dépend du niveau d'évidence scientifique, par ex. de A (méta-analyse ou révision systématique) à D (avis d'expert), en fonction des bases scientifiques sur lesquelles reposent les preuves, ou du système de classification utilisé. Les tableaux 1 et 2 indiquent les degrés d'évidence, et les recommandations qui en résultent. Ce sont les standards utilisés par la Société allemande de cardiologie [12]. Les travaux de Graham et al. de 2011 [1] proposent un récapitulatif d'autres systèmes de classification, qui ne diffèrent pas fondamentalement sur le fond: seules la terminologie et la graduation varient.

Tableau 1
Exemple d'un système de classification du degré d'évidence.

Degrés d'évidence	
A	Données de plusieurs études cliniques randomisées ou méta-analyses.
B	Données d'une étude randomisée ou de plusieurs études de grande ampleur non randomisées.
C	Avis consensuel d'experts et/ou de petites études, d'études rétrospectives ou de registres.

Tableau 2
Exemple d'un système de classification du degré de recommandation.

Degré de recommandation	
I	Evidence scientifique et/ou accord général sur l'efficacité, l'utilité ou l'aspect salubre d'une méthode thérapeutique ou d'une mesure diagnostique.
II	Evidence contradictoire et/ou avis divergents sur l'utilité/l'efficacité d'une méthode thérapeutique ou d'une mesure diagnostique. – IIa Les évidences/avis favorisent l'utilité ou l'efficacité d'une mesure. – IIb L'utilité ou l'efficacité d'une mesure est moins probante sur la base d'évidences/avis.
III	Evidence scientifique et/ou accord général sur l'inefficacité, l'inutilité ou l'aspect non salubre, voire nocif dans certains cas, d'une méthode thérapeutique ou d'une mesure diagnostique.

Source: www.dgk.org

Tableau 3

Avantages et inconvénients des RPC.

Avantages	Inconvénients
Réduire les incertitudes	Gestion des situations cliniques floues
Eviter des fautes	Longue durée de développement
Transmettre des connaissances	Implémentation insuffisante
Améliorer les processus	Accueil limité
Diminuer les coûts	Evidence divergente/insuffisante
Réduire les variations thérapeutiques	Caractère onéreux
etc.	etc.

Avantages et utilisation des RPC

Les RPC peuvent offrir une multitude d'avantages (tabl. 3) dans le but final d'améliorer la qualité du traitement des patients. Elles peuvent garantir un standard médical et représentent un important instrument en matière de qualité en médecine. Leur élaboration peut mettre en évidence des interfaces et permettre d'anticiper des interférences potentielles. Une fois publiées, elles créent le lien entre les progrès de la recherche et la pratique clinique. Grâce aux RPC, les médecins maintiennent leur niveau de connaissances à celui de la recherche et bénéficient d'une aide à la réflexion et à la prise de décision.

Les RPC ont pour objectif d'uniformiser les traitements et de réduire les variations dans la pratique médicale afin que tous les patients bénéficient des mêmes possibilités de traitement. Bien que l'aspect économique des guidelines ne soit pas primordial, il se peut que le respect des RPC améliore l'efficacité des processus, induisant ainsi des économies de coûts, par exemple par la diminution des séjours hospitaliers, des opérations ou des prescriptions de médicaments [13].

Les RPC sont également utilisées pour le développement de systèmes d'aide à la prise de décision clinique (*clinical decision supporting systems*) ainsi que de programmes de formation.

UpToDate est un exemple de système informatique qui fournit des réponses fondées sur des preuves à des questions de traitement et qui s'avère efficace dans plusieurs domaines.

Enfin, les RPC jouent un rôle important en politique. Elles permettent de disposer de données médicales fondées sur les preuves pour les décisions de politique de la santé, lorsqu'il s'agit d'émettre des recommandations (par ex. de vaccination) ou d'approuver le financement de prestations (par ex. mammographie).

Limites des RPC

Les utilisateurs qui agissent selon les instructions d'un guideline ne prescrivent pas en soi un traitement de meilleure qualité, la qualité des actes médicaux découlant de la pose du diagnostic et de l'indication. Mais les RPC atteignent leur limite lors-

qu'elles sont erronées pour l'ensemble ou pour une partie des patients [13]. Cela se produit notamment si les études sur lesquelles elles reposent ne bénéficient pas d'une validité suffisante, si l'utilité n'est pas prouvée scientifiquement ou si des conflits d'intérêts interviennent. Les conséquences de telles distorsions se retrouvent dans des divergences entre les RPC, ce qui risque de susciter la confusion, voire une frustration ou un rejet général des RPC [13] par les utilisateurs concernés (corps médical, patients, etc.) et, le cas échéant, de déboucher sur un traitement inadapté des patients.

Les divergences dans les RPC proviennent entre autres des progrès de la médecine et des nouvelles avancées ou bien d'une évaluation différente de l'utilité, des risques et des coûts; à connaissances égales, toutes les sociétés de discipline médicale n'optent pas pour la même médecine.

L'élaboration ou le remaniement de guidelines est en général un processus intensif en termes de temps et de coûts. Le développement des RPC peut durer de un à trois ans, les coûts pouvant atteindre jusqu'à 200 000 \$ [14]. Compte tenu de cette longue durée de développement, il se peut théoriquement qu'un guideline ne prenne pas en compte les dernières avancées scientifiques au moment de sa publication.

Souvent, aucun guideline n'existe pour les pathologies floues ou rares, notamment par manque de données. Des lacunes similaires existent également pour le traitement des patients polymorbides. De par nature, les RPC sont liées à une pathologie et ne tiennent pas assez compte de l'impact des recommandations sur d'autres maladies existantes et sur leur traitement.

Situation en Suisse

En Suisse, le corps médical tient généralement compte des guidelines en vigueur au plan international. Ces RPC sont élaborées par des regroupements de scientifiques et d'experts de renommée internationale dans leur discipline. Des sociétés/associations médicales importantes (par ex. *European Society of Cardiology*, *European Respiratory Society*/*American Thoracic Society*) soutiennent la coordination des organes et la publication des guidelines. Les sociétés de discipline médicale et d'autres institutions médicales jouent un rôle primordial pour diffuser, faire accepter et implémenter en Suisse des recommandations reconnues dans le monde entier. Quelques sociétés de discipline remanient les directives originales pour les adapter aux conditions helvétiques. Revues, sites internet, congrès, sessions de formation postgraduée et continue, etc. servent de plateforme pour informer de l'existence des RPC et pour les diffuser auprès des médecins.

Exemples de RCP utilisés en Suisse

Voici quelques exemples concernant les différentes utilisations de guidelines en Suisse. Dans le cadre

d'une stratégie de vaccination, l'Office fédéral de la santé publique a publié en 2003 des recommandations générales à l'intention des médecins. Ce programme de vaccination a pour but de protéger la population de certaines maladies infectieuses potentiellement dangereuses grâce à des vaccins efficaces, sûrs et avantageux. Les différentes vaccinations ainsi que l'âge idéal et la fréquence de vaccination sont récapitulés sous forme d'un plan de vaccination.

Un des recueils les plus complets de procédures fondées sur les preuves, le manuel «EbM-Guidelines», existe en version imprimée ou électronique et résume de manière claire les connaissances actuelles sur des questions de médecine générale. Dans le cadre d'un programme d'accès à la littérature scientifique, les médecins peuvent, par l'intermédiaire de l'Académie suisse des sciences médicales, s'abonner à des conditions préférentielles à ces guidelines ainsi qu'à d'autres portails tels qu'UpToDate, Cochrane Library et Revue Médicale Suisse [15].

mediXSuisse, un regroupement de réseaux de médecins, a élaboré plus de 70 RPC pour le domaine de la médecine de premier recours en collaboration avec des experts et des cercles qualité. Les guidelines mediX qui se basent sur la littérature scientifique actuelle comportent des prises de position pertinentes étroitement liées à la pratique. Accessible au public, le recueil de guidelines (www.medix.ch) est continuellement actualisé et complété.

Le Swiss Medical Board analyse et évalue les procédures diagnostiques et les interventions thérapeutiques, par ex. la thérapie chirurgicale des métastases hépatiques en cas de cancer colorectal ou l'importance du taux de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate. Cette évaluation intègre à la fois des aspects médicaux et des aspects économiques, éthiques et juridiques. C'est sur cette base que peuvent être formulées des recommandations destinées aux fournisseurs de prestations et aux décideurs politiques. Ces rapports peuvent avoir une répercussion sur la prise en charge des coûts dans l'assurance obligatoire des soins, par ex. en ce qui concerne le traitement percutané, basé sur un cathéter, de l'insuffisance sévère de la valve mitrale chez les patients inopérables, et/ou les méthodes de traitement des médecins.

Obligation légale des RPC*

De manière générale, les RPC ne revêtent en Suisse aucun caractère juridiquement contraignant. C'est en revanche le cas lorsque les RPC sont reprises dans le droit public comme par ex. le renvoi dans l'ordonnance relative à la loi sur la transplantation aux directives de l'ASSM «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes» [16]. Le législateur prescrit ainsi de quelle manière le décès doit être constaté conformément aux progrès de la médecine. L'ASSM publie en outre des recommanda-

tions sur des questions d'éthique qui sont généralement reprises dans le Code de déontologie de la FMH et qui revêtent donc pour les membres de la FMH un caractère contraignant (par ex. mesures de médecine intensive, collaboration entre le corps médical et l'industrie). Les RPC visent la règle générale et jouent donc, par nature, un rôle plus important dans le droit des assurances sociales que dans le droit de la responsabilité civile. En effet, l'égalité de droit est un principe essentiel des assurances sociales tandis que le droit de la responsabilité civile s'interroge sur le traitement adéquat ou raisonnable pour un patient concret. Dans le cadre de l'appréciation des preuves d'une expertise, les guidelines peuvent néanmoins jouer un rôle dans des cas de responsabilité civile lorsqu'elles sont présentées comme libre appréciation des preuves. Dans ce cas, l'expert examinera si, de manière générale, les RPC mises en cause sont acceptées en Suisse et s'il fallait les appliquer dans le cas d'un traitement concret, en évaluant par ex. dans quelle mesure le traitement moyen décrit par les RPC est comparable au traitement d'un patient concret. Il est ici primordial que le médecin puisse justifier ses prises de décision médicale.

Discussion

Plusieurs études réalisées à l'étranger ont démontré que près d'un tiers des patients font l'objet de traitements non fondés sur des preuves et qu'un quart des patients subissent des traitements médicaux potentiellement nocifs [7, 17, 18]. Sur ce point, les RPC seraient susceptibles d'apporter une amélioration et d'accroître la qualité de traitement – à condition qu'elles soient fiables. Plusieurs instruments existent pour évaluer la qualité des RPC. A la demande du gouvernement américain, l'IOM a développé huit critères de qualité pour déterminer la fiabilité des guidelines. Ces standards comprennent entre autres des recommandations en matière de transparence, de conflits d'intérêts et de formulation (cf. tabl. 4).

AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) [19] est un instrument supplémentaire d'évaluation de la qualité, de renommée internationale. En Angleterre, NICE (*National Institute of Health and Care Excellence*) et NHS (*National Health Service*) certifient les organisations qui respectent les processus de développement des RPC en se référant à AGREE et à une procédure d'évaluation, et qui encouragent ainsi des standards et des processus uniformes.

Identifier les RPC de haute qualité revêt également une importance capitale pour déterminer les trajectoires de patient. Celles-ci décrivent l'enchaînement des interventions diagnostiques/thérapeutiques effectuées par les disciplines impliquées dans la prise en charge d'un patient au cours du traitement d'une maladie précise. Sur la base de RPC (reconnues), il est ensuite possible de définir des stan-

* Le chapitre «Obligation légale des RPC» a été rédigé en concertation avec le Service juridique de la FMH.

Tableau 4

Standards de développement de RPC IOM 2011 (représentation et contenus simplifiés).

Standards IOM**Transparence.** Les informations concernant le financement, le développement, etc. sont accessibles au public.**Conflits d'intérêts.** Les conflits d'intérêts des membres du groupe de rédaction doivent être notifiés par écrit. Les personnes présentant un conflit d'intérêt sont en minorité.**Composition du groupe.** Le groupe de développement des RPC est pluridisciplinaire et équilibré (experts, cliniciens, patients, etc.).**Révisions systématiques.** Le groupe de développement des RPC ne tient compte que des révisions systématiques qui respectent les standards IOM pour les révisions.**Evidence scientifique et degré de recommandation.** Chaque recommandation doit présenter au moins les indications suivantes: description de l'utilité/du dommage potentiel, preuve de l'évidence/lacunes, degré de recommandation et avis divergents.**Formulation des recommandations.** Les recommandations sont formulées de manière précise et uniforme. Elles décrivent des actes médicaux précis et indiquent le cadre et les conditions dans lesquels ceux-ci doivent être exécutés.**Révision externe.** Des observateurs externes issus de différents domaines rédigent un rapport d'évaluation accessible au public.**Actualisation.** Les données pour une actualisation/révision des recommandations sont indiquées par écrit. Les progrès de la recherche font l'objet d'une évaluation continue et, le cas échéant, les recommandations sont adaptées en conséquence.

dards thérapeutiques (nationaux). Mais une collaboration interdisciplinaire est cruciale notamment dans les disciplines médicales telles que l'oncologie; c'est pourquoi la Stratégie nationale contre le cancer accorde une place prépondérante aux trajectoires de patient dans la coordination/coopération, les soins intégrés et la qualité/l'égalité des chances, et encourage leur développement.

Implémentation des RPC

L'implémentation des RPC représente un véritable défi, et leur seule publication ne suffit pas à leur application [20]. Les méthodes assimilées sont difficiles à changer, et l'attitude face aux RPC dépend de la position personnelle du médecin [6, 21]. Une formulation précise est susceptible de faciliter l'implémentation des RPC. Des études ont montré que les formulations vagues telles que *if necessary* ou *if clinically appropriate* ne sont respectées que par un tiers des lecteurs contrairement aux formulations claires et sans équivoque telles que *must* qui sont suivies par 67% d'entre eux [22, 23]. Les RPC doivent être faciles à utiliser, par ex. sous forme de résumé, de fiche d'information ou de diagramme, de sorte que les recommandations effectives restent concises et claires, et que les informations détaillées fassent l'objet d'un document séparé plus complet.

Les *opinion leaders* ou les personnes dans des fonctions de direction [24] peuvent exercer une forte influence sur l'acceptation des RPC en prônant activement les guidelines et la culture de l'apprentissage, et en associant les RPC dans les débats spécialisés. Une analyse de l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN) concernant le développement et l'importance des RPC au sein des réseaux de soins a révélé que les

praticiens sont extrêmement favorables aux RPC spécifiques à leur réseau [25]. Pour eux, le bénéfice des RPC réside dans la réflexion suscitée par les guidelines et dans l'accès aux connaissances favorisé par le cadre institutionnel.

Une autre étude a démontré que l'organisation de séances régulières pour s'assurer du respect des RPC prenait beaucoup de temps, mais qu'à long terme, cela permettait d'avoir des répercussions durables sur le taux de réhospitalisation et la durée du séjour hospitalier [4]. L'efficacité des audits, évaluations, programmes d'apprentissage pour l'implémentation, etc. des RPC n'est pas clarifiée de manière univoque. Mais il est probable qu'en associant plusieurs canaux et groupes d'intérêts, il soit possible de contribuer favorablement à l'acceptation des RPC [26].

Médecine personnalisée, registres et recherche sur la fourniture de soins

Les RPC fournissent des instructions générales. Elles ne constituent en aucun cas un guide pratique adapté à chaque cas particulier [10]. Il est capital que le médecin analyse la situation individuelle du patient [27] et qu'il évalue si celle-ci est compatible avec la situation générale décrite dans les RPC. Si, malgré les similitudes avec la règle générale, il ne suit pas les recommandations dont l'évidence scientifique est élevée, il doit justifier son choix de manière transparente en considérant plusieurs facteurs qui tiennent compte des différents souhaits/besoins, de l'environnement social/économique ou d'autres influences. Par ailleurs, il doit examiner avec soin si l'âge, le sexe, la présence d'autres pathologies, etc. pourraient être en conflit avec les recommandations, et s'il existe des alternatives. Il est essentiel que ces choix se fassent de manière transparente. Un plan en vue de justifier les choix thérapeutiques permet par exemple de comprendre, selon la situation concrète du patient, pourquoi une mesure proposée par les RPC n'est pas jugée judicieuse d'un point de vue médical.

L'applicabilité des RPC peut être remise en question car l'échantillon de population utilisé dans l'étude sur laquelle se basent les RPC ne représente généralement pas de manière adéquate les patients concernés (âge, comorbidités, etc.) [28].

Les registres médicaux qui reflètent la réalité dans la pratique et qui fournissent ainsi des informations importantes pour le développement et/ou la vérification des RPC constituent une alternative aux études scientifiques [29]. En réunissant des informations concernant des actes médicaux, il est possible de contribuer à un traitement plus conforme aux RPC, comme le montre par exemple la prise en charge des patients diabétiques en Angleterre, où les incitatifs financiers en matière de documentation ont eu un impact considérable sur cette amélioration [30].

La recherche sur la fourniture de soins analyse l'accès aux prestations médicales, leurs coûts et leur

utilité. Les connaissances acquises grâce à elle, par exemple, savoir si les traitements proposés par les RPC conduisent à un renchérissement ou à une amélioration de la médecine, livrent des informations importantes sur l'impact des RPC sur la pratique médicale.

Perspectives

Il est essentiel de remanier et d'adapter périodiquement les RPC pour en améliorer la qualité, ce qui demande aussi d'importantes ressources. C'est le but poursuivi par ADAPTE, un regroupement d'experts spécialisés dans les guidelines, qui a développé une méthode permettant d'adapter les RPC à différents cadres culturels et structurels [31]. Si le contenu des RPC diverge de la réalité, il est important de voir si celles-ci ont été actualisées et de les examiner du point de vue de l'évidence scientifique et de la qualité. Dans ce contexte, il est opportun de chercher le soutien des sociétés de discipline médicale concernées. L'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) peut également fournir des informations concernant les RPC. Cette dernière coordonne et encourage les démarches qualité des médecins, elle en assure la visibilité et offre un soutien technique. Par ailleurs, elle sert de plaque tournante entre les intervenants et les experts de la qualité médicale. La recherche en matière de RPC devrait à l'avenir élargir son champ d'action, toucher davantage les spécialisations médicales et permettre le développement des RPC dans les domaines où il en existe peu. Réaliser des études sur l'efficacité, l'applicabilité, le caractère économique, etc. des RPC pour les pathologies de personnes âgées atteintes de polymorbidité ou de maladies chroniques [32], en intégrant des observations à long terme [33], devient une nécessité, tout comme augmenter le nombre d'études sur les stratégies visant à faciliter la diffusion des guidelines et sur l'indépendance des RPC.

La discussion doit aussi avoir lieu au niveau politique pour que les intérêts du corps médical soient pris en compte. Il est par exemple hors de question que les procédures d'économicité servent à déterminer que des traitements qui ne sont pas mentionnés dans les RPC soient considérés comme non économiques [34].

Conclusion

Les RPC doivent être des recommandations en phase avec le niveau actuel des connaissances, elles doivent contribuer à ce que le même tableau clinique ne soit pas traité de manière différente d'un pays à l'autre ou d'un hôpital à l'autre (à moins que les divergences résultent d'un choix de société ou dépendent des coûts de traitement). Les RPC ne doivent pas limiter la médecine personnalisée, mais offrir un soutien et compléter les connaissances actuelles. Pour qu'un traitement soit optimal, il faut peser le pour et le contre pour chaque patient et examiner régulière-

ment si l'objectif thérapeutique poursuivi peut être atteint ou s'il est encore approprié. Il est donc primordial de jeter un regard critique sur la qualité des RPC et de les considérer selon des critères prouvés scientifiquement pour qu'elles puissent être utilisées de manière ciblée et efficace.

Références

- 1 IOM (Institute of Medicine). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press. 2011.
- 2 Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet*. 2000;355:103-6.
- 3 Lugtenberg M, Burgers JS, Westert GP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care*. 2009;18:385-92.
- 4 Copley LA, Kinsler MA, Gheen T, Shar A, Sun D, Browne R. The impact of evidence-based clinical practice guidelines applied by a multidisciplinary team for the care of children with osteomyelitis. *J Bone Joint Surg Am*. 2013;95:686-93.
- 5 Ray-Coquard I, Philip T, Lehmann M, Fervers B, Farsi F, Chauvin F. Impact of a clinical guidelines program for breast and colon cancer in a French cancer center. *Jama*. 1997;278:1591-5.
- 6 Smith TJ, Hillner BE. Ensuring quality cancer care by the use of clinical practice guidelines and critical pathways. *J Clin Oncol*. 2001;19:2886-97.
- 7 Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J. Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. *J Contin Educ Health Prof*. 2004;24 Suppl 1:S31-7.
- 8 Shekelle PG, Kravitz RL, Beart J, Marger M, Wang M, Lee M. Are nonspecific practice guidelines potentially harmful? A randomized comparison of the effect of nonspecific versus specific guidelines on physician decision making. *Health Serv Res*. 2000;34:1429-48.
- 9 Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *Bmj*. 2013;346:f3830.
- 10 FMH. Recommandations pour les guides de pratique médicale. *Bull Méd Suisses*. 1999;80:581-583.
- 11 Directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM). Coopération entre le corps médical et l'industrie. www.samw.ch. 2013.
- 12 Société allemande de cardiologie. www.dkg.org.
- 13 Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *Bmj*. 1999;318:527-30.
- 14 Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, Makela M, Zaat J. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. *Int J Qual Health Care*. 2003;15:31-45.
- 15 Académie suisse des sciences médicales (ASSM). Faciliter l'accès aux publications médicales: l'ASSM s'engage. *Bulletin des médecins suisses* 2013;94:1027.
- 16 Directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM). Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes. www.samw.ch. 2011.
- 17 Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is the quality of health care in the United States? 1998. *Milbank Q*. 2005;83:843-95.

Sujets d'actualité du forum



Venez débattre avec nous! Dans la rubrique forum, nous présentons régulièrement des sujets d'actualité politique, économique et scientifique ayant trait au système de santé. Donnez votre avis ou commentez les affirmations de vos confrères. Pour accéder au forum: www.bullmed.ch/forum/

- 18 Grol R. Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care*. 2001;39:1146–54.
- 19 The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. 2010.
- 20 Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, Long A, Sheldon T. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Qual Health Care*. 1995;4:55–64.
- 21 Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Jama*. 1999;282:1458–65.
- 22 Grol R, Zwaard A, Mookink H, Dalhuijsen J, Casparie A. Dissemination of guidelines: which sources do physicians use in order to be informed? *Int J Qual Health Care*. 1998;10:135–40.
- 23 Lomotan EA, Michel G, Lin Z, Shiffman RN. How «should» we write guideline recommendations? Interpretation of deontic terminology in clinical practice guidelines: survey of the health services community. *Qual Saf Health Care*. 2013;19:509–13.
- 24 Bohmer RM. Leading clinicians and clinicians leading. *N Engl J Med*. 2013;368:1468–70.
- 25 Berthold P, Schmitz C, Maier J. Guides de pratique médicale dans les réseaux suisses de médecins – Evolution et importance (rapport Obsan 51, en allemand avec résumé en français). *Observatoire suisse de la santé*; 2012.
- 26 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8:iii–iv, 1–72.
- 27 Erdmann E. Die personalisierte Medizin – ein Alltagsproblem. *Gesundh ökon Qual manag* 2013;18:90.
- 28 Goldberger JJ, Buxton AE. Personalized medicine vs guideline-based medicine. *Jama*. 2013;309:2559–60.
- 29 Parkin DM. The role of cancer registries in cancer control. *Int J Clin Oncol*. 2008;13:102–11.
- 30 Kontopantelis E, Reeves D, Valderas JM, Campbell S, Doran T. Recorded quality of primary care for patients with diabetes in England before and after the introduction of a financial incentive scheme: a longitudinal observational study. *BMJ Qual Saf*. 2012;22:53–64.
- 31 The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0., in [www-g-i-n.net](http://www.g-i-n.net). 2009.
- 32 McMurdo ME, Witham MD, Gillespie ND. Including older people in clinical research. *Bmj*. 2005;331:1036–7.
- 33 Tinetti ME, Bogardus ST, Jr., Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*. 2004;351:2870–4.
- 34 Nadig J, Gähler E. Guidelines taugen nicht für Wirtschaftlichkeitsverfahren. *Bull Méd Suisses*. 2011;92(43):1660–2.

L'affiliation à la FMH n'a que des avantages.

Nous vous soutenons grâce à une politique engagée et des services attrayants: ligne d'assistance tarifaire, renseignements juridiques, contrats-type.

En savoir plus sur www.fmh.ch

