

# Processus d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique

Olivier Lamy<sup>a</sup>,  
Jacques Cornuz<sup>a,b</sup>

**Introduction.** Il nous est apparu important de faire une place dans notre revue aux collaborations utiles entre la médecine de premier recours et la clinique universitaire. J. Cornuz et O. Lamy qui travaillent dans le département de médecine interne du CHUV à Lausanne s'intéressent aux directives pour la pratique clinique. J. Cornuz a animé un séminaire sur EBM lors de notre dernier congrès de la SSMG à Montreux. Nous sommes reconnaissants à O. Lamy d'avoir sollicité l'avis des praticiens installés pour son travail sur les pneumonies acquises à domicile. Nous avons demandé à ces confrères un article sur la méthodologie de leur démarche, avant de lire dans nos colonnes leurs productions sur des sujets plus précis. Il est certain que la spécificité de la pratique hospitalière et celle des soins primaires méritent une approche particulière. Dans les deux cas EBM doit servir de boussole plus que de règles contraignantes. Nous souhaitons que ce premier article d'une série servira de base à une discussion fructueuse, en particulier sur l'acceptabilité des directives par les praticiens et sur la façon de les adapter et de les appliquer aux situations singulières que nous rencontrons.

Daniel Widmer

**Zusammenfassung:** Es erscheint uns wichtig, der Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Universitätskliniken in dieser Zeitschrift einen Platz einzuräumen. J. Cornuz und O. Lamy, die im Departement Innere Medizin des CHUV in Lausanne arbeiten, befassen sich mit Richtlinien für die klinische Praxis. J. Cornuz hat an unserem letzten Kongress der SGAM in Montreux ein Seminar über Evidence-Based-Medicine geleitet. Wir sind O. Lamy dankbar für seine Bemühungen, die Meinung des Praktikers in seine Arbeit über «community-acquired-pneumonia» einzubeziehen. Wir haben diese Kollegen gefragt, ob sie einen Artikel über ihre Methodik schreiben würden, bevor wir in PrimaryCare ihre Arbeiten über konkrete Fragestellungen publizieren. Es ist klar, dass die Eigenarten der Spital- und der Grundversorger-Praxis unterschiedliche

Vorgehensweisen erfordern. In beiden Fällen muss die Evidence-Based-Medicine mehr eine Richtung weisen, als uns Regeln zu unterwerfen. Wir hoffen, dass dieser erste Artikel einer Serie Basis für fruchtbare Diskussionen über Möglichkeiten der Akzeptanz der Richtlinien durch die Praktiker sein wird sowie über die Adaptation und Anwendung in der besonderen Situationen im Praxisalltag.

Daniel Widmer

## Les raisons du développement des recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations pour la pratique clinique (RPC) s'inscrivent dans le développement de la médecine fondée sur les preuves ou evidence-based medicine (EBM) qui a été récemment initié dans le département de médecine du CHUV. Face à l'accélération des connaissances médicales, à la quantité de littérature médicale grandissante, à la multiplication des tests et des approches diagnostiques, et aux différentes possibilités thérapeutiques, il devient difficile de faire des choix. EBM est un processus qui permet d'intégrer ces différents points. *EBM ne remplace en rien l'expertise du praticien, elle est un complément, une aide, dont le but est d'offrir la prise en charge optimale à un patient donné dans une situation clinique donnée* [1].

Ce développement est devenu indispensable dans notre département afin de maintenir la qualité des soins, alors que nous devons faire face à l'augmentation des admissions hospitalières et à la diminution des durées de séjour d'une population toujours plus âgée.

Les RPC sont des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien à proposer les soins les plus appropriés dans un contexte clinique donné. Les principaux objectifs des RPC sont les suivants:

- maintenir ou améliorer la qualité des soins selon une démarche EBM
- réduire, si nécessaire, la variabilité des processus diagnostiques et thérapeutiques
- maintenir l'autonomie du clinicien
- renforcer le partenariat entre la médecine interne générale, la médecine de premier recours et les spécialités médicales.

<sup>a</sup> Département de médecine (service A)

<sup>b</sup> Unité de prévention (PMU/IUMSP)

Dr Olivier Lamy  
Service de médecine A  
CHUV, BH10  
CH-1011 Lausanne

E-mail:olivier.lamy@chuv.hospvd.ch

Les RPC dans notre département ont été réalisées par les principaux acteurs, les chefs de clinique, qui doivent prendre nombre de décisions cliniques chaque jour. Quatre RPC ont été récemment publiées: thrombose veineuse profonde [2], pneumonie acquise à domicile [3], ascite [4], hémorragie digestive haute [5]. D'autres sont terminées ou en voie de l'être: la fibrillation auriculaire, l'infection urinaire, le syndrome coronarien aigu, la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

### Démarche générale pour la réalisation des RPC

Cette démarche nécessite plusieurs étapes.

1. **Définition du sujet à traiter.** Les sujets qui ont été traités dans le département concernent des pathologies fréquentes qui peuvent être potentiellement graves et dont il existe une grande variabilité dans la démarche diagnostique (examens de laboratoire, radiologiques) et thérapeutique (choix du médicament, durée du traitement, en ambulatoire ou à l'hôpital). Ces différentes pathologies sont par ailleurs au carrefour de plusieurs disciplines médicales (médecine de premier recours, médecine interne générale, les différentes spécialités concernées) et à l'interface entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire. La thrombose veineuse profonde, la pneumonie acquise à domicile, l'ascite, l'hémorragie digestive haute en sont des exemples illustratifs.
2. **Constitution d'un groupe de travail** dont chacun des membres doit être motivé par le sujet. Afin de garantir la crédibilité des RPC, il est important que les membres du groupe de travail soient chacun reconnus dans leur domaine par leur confrère. Ce groupe devrait être constitué par des représentants de chacune des spécialités concernées, des représentants de la médecine interne générale et/ou de premier recours et des représentants de l'épidémiologie clinique. Les premiers sont ainsi garants de l'aspect spécifique et pointu des spécialités concernées, les seconds de la cohésion de l'ensemble tout en gardant la vision globale du patient, les derniers enfin de la méthode et de la qualité scien-

tifique de la démarche. Le rôle de chacun est défini et un calendrier de travail est fixé.

3. **Recherche méthodique et systématique les RPC existantes.** Si des RPC existent déjà dans le domaine concerné et qu'elles répondent au plan fixé, il conviendra alors de les adapter à la situation locale afin qu'elles soient utilisables au quotidien par chacun (ressources à disposition, accessibilité à tel ou tel examen, etc.).
4. **Recherche méthodique** couvrant l'ensemble du processus diagnostique et thérapeutique. C'est l'étape suivante lorsque la recherche du point 3 n'est pas satisfaisante. La recherche de la littérature médicale est réalisée selon les principes d'EBM (MEDLINE, recherche d'articles référencés, interroger les experts du domaine, etc.). Chaque article ou étude sera évalué selon son niveau de preuve (tabl. 1). Ces preuves vont de I (étude randomisée) à V (opinion d'experts). Cette étape, longue et difficile, nécessite l'aide d'un médecin formé en épidémiologie clinique.
5. **La rédaction des RPC** comprend plusieurs parties: a) les motivations et la méthodologie utilisée; b) le texte lui-même en suivant la démarche diagnostique et thérapeutique et en faisant clairement ressortir pour chaque chapitre l'état des

**Tableau 1**  
Niveau de preuve des études.

I.	étude / essai clinique randomisé contrôlé (ou revue systématique d'essais cliniques randomisés contrôlés)
II.	étude contrôlée mais non randomisée
III.	étude de cohorte prospective
IV.	étude de cohorte rétrospective (historique), étude cas-témoins
V.	étude de série de cas, opinion d'experts

**Tableau 2**  
Niveau de recommandation.

A.	Il existe des preuves solides à l'appui de la recommandation (en général niveau de preuve I)
B.	Il existe des preuves acceptables à l'appui de la recommandation (en général niveau de preuve II ou III ou extrapolé du niveau I)
C.	Il existe des preuves suffisantes à l'appui de la recommandation (en général niveau de preuve IV ou V ou décision des auteurs de la recommandation)

connaissances, les certitudes et les doutes issus de la littérature et la réflexion du groupe de travail; c) les recommandations et leur niveau de preuve issue de la littérature A, B ou C (tabl. 2) sont établies à la fin de chaque chapitre; d) un résumé de l'ensemble du document avec les recommandations (format A4 recto verso par exemple, ce qui permet au clinicien de l'avoir toujours sur lui); e) la bibliographie avec pour chaque article la mention du niveau de preuve.

6. **Validation du document** par un groupe d'experts internes et externes. Les propositions de modifications sont évaluées et intégrées en conformité avec la littérature et la situation locale.
7. **Diffusion du document final** selon un processus standard. Au CHUV, les RPC sont présentées au grand colloque du département de médecine, elles sont présentées chaque six mois aux nouvelles volées de médecins assistants, le document en entier et son résumé sont distribués à chaque médecin du département et un format électronique peut être consulté sur l'intranet de l'hôpital. Par ailleurs elles sont publiées dans les journaux médicaux locaux et peuvent faire l'objet de colloque dans la région. Un site Internet est en voie de réalisation.
8. **Révision des RPC.** Il est nécessaire de les réviser régulièrement. Il n'y a pas de délai idéal, celui-ci devant plutôt être adapté aux nouveautés médicales qui modifieraient les recommandations. Selon notre courte expérience, il faut attendre au moins deux ans pour envisager une révision. Il est donc nécessaire que le groupe de travail s'engage pour le long terme, de remplacer un membre qui se retire, de trouver des membres de spécialités médicales non incluses au départ lorsque des éléments médicaux nouveaux l'imposent.
9. **Recherche clinique.** Finalement les RPC en utilisant la médecine factuelle est un champ de recherche clinique nouveau qui présente de nombreux intérêts. Tout en maintenant le patient au centre de nos préoccupations, cette démarche permet de réfléchir sur notre pratique et la qualité des soins. Ainsi avons-nous développé des protocoles de recherche cli-

nique: par exemple une évaluation d'un algorithme de décision médicale pour le diagnostic de la TVP ou une intervention dans le dossier médical des patients hospitalisés pour une pneumonie afin de diminuer la prescription de physiothérapie respiratoire inutile. Cette recherche clinique permet à la fois de garder une exigence de qualité et de répondre aux nombreuses questions posées. C'est à ce prix que cette démarche pourra acquérir ses lettres de noblesses auprès de la faculté.

A cette description, il faut ajouter un certain nombre de questions: quelle est ou quelles sont les bonnes stratégies d'implémentation? Quelle est l'acceptabilité des RPC par nos pairs? Comment assurer la mise à jour? Finalement cette démarche est longue, elle nécessite donc des ressources. Au CHUV de l'initiation de chacun des projets à l'implémentation du document final, il a fallu entre 18 et 24 mois.

## Conclusion

Le développement de RPC est un processus fastidieux, mais combien passionnant et formateur pour ceux qui relèvent ce défi. Les RPC développées au CHUV concernent des pathologies courantes et sont au carrefour de la médecine ambulatoire et hospitalière, avec au centre de nos préoccupations encore et toujours le patient et la qualité des soins. Elles s'inscrivent également dans un continuum rapprochant ainsi la pratique ambulatoire et hospitalière. Il importe donc que les médecins de premier recours participent à ce développement.

## Références

- 1 Sackett D, Rosenberg WM, Muir Gray JM, Haynes RB, Richardson S. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.
- 2 Cornuz J, Lamy O, Hayoz D, Schapira M. Diagnostic et traitement de la thrombose veineuse profonde. Recommandations pour la pratique clinique. *Rev Med Suisse Rom* 1999;119:517-29.
- 3 Lamy O, Zanetti G, Bille J, Aubert JD, Cornuz J, Burnand B. Diagnostic et traitement de la pneumonie acquise à domicile de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. *Rev Med Suisse Rom* 1999;119:403-27.
- 4 M. Lepori, Wiesel P, Gillet M, Yersin B. Diagnostic et traitement de l'ascite. Recommandations pour la pratique clinique. *Rev Med Suisse Rom* 2000;120:827-38.
- 5 Fishman D, Burnand B, Dorta G, Wasserfallen JB. Hé-morragie digestive haute. Résumé des recommandations pour la pratique clinique. *Med & Hyg* 2000; 58: 1685-8.