Stefan Neuner-Jehle, rédacteur PrimaryCare

Les nouvelles guidelines: mindlines!

Les uns les apprécient car elles fournissent des lignes de conduite claires pour la pratique et se réfèrent à des données scientifiques avérées, les autres les critiquent vigoureusement car elles réduiraient la marge de manœuvre et leur fondement scientifique tant apprécié ne serait qu'une illusion. Il est question de l'enfant chéri de nombreuses sociétés de discipline: les recommandations ou *guidelines*. Comment tant d'autres choses, elles se sont répandues chez nous depuis l'espace anglo-américain et ont initialement déclenché, il y a une, deux décennies, une véritable euphorie chez les responsables qualité et les défenseurs de la médecine basée sur l'évidence: était-ce enfin la solution miracle capable de combler l'illustre fossé entre la science et la réalité et sur laquelle les médecins praticiens pourraient enfin s'appuyer? Les premiers collègues n'ont pas tardé à émettre des réserves: même si les *recommandations* ne sont pas synonyme de *directives*, il n'y a qu'un pas vers la contrainte dans l'application de ces recommandations. Le vif intérêt des assureurs et de leurs réseaux pour des recommandations contraignantes leur donnent probablement raison.

Au cours de ces dernières années, des doutes supplémentaires se sont encore accumulés: la majorité des recommandations d'auteurs qui aboutissent par consensus à des recommandations générales ne sont pas dépourvues de jugement de valeur mais sont bel et bien intéressées [1]. Des intérêts financiers tangibles sont bien trop souvent en jeu: il en va de marchés potentiels pour des produits diagnostiques et thérapeutiques. Il est facile d'influencer l'une ou l'autre recommandation dans cette direction. Lorsqu'une recommandation préconise par ex. d'abaisser la valeur seuil pour le traitement de l'hypertension ou de l'hyperlipidémie, cela se traduit par des millions de nouveaux patients (ou plutôt clients) et l'intégration dans les recommandations de nouveaux médicaments onéreux (comme c'est par ex. le cas des nouveaux anticoagulants dans les recommandations 2013 de l'ESC pour la prévention de l'apoplexie en cas de fibrillation auriculaire) fait sans aucun doute entrer des millions dans les caisses des géants de l'industrie pharmaceutique. Néanmoins, la prise de conscience à ce sujet a entre-temps augmenté et les conflits d'intérêts doivent être déclarés lors de la publication de recommandations.

Des *recommandations* utilisables dans la pratique et fiables en apparence sont certes très séduisantes mais elles ont le grand inconvénient de restreindre la composante individuelle subjective de la prise en charge des patients. Déjà en 1996, David Sackett, l'un des pères fondateurs de la médecine basée sur l'évidence, avait insisté de manière prophétique sur le fait que pour garantir le succès, les preuves externes devaient être couplées à l'expertise clinique individuelle (du médecin), qui est le fruit d'une *«thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicaments, rights, and preferences in making clinical decisions about their care»* [2].

En combinant les *guidelines* avec sa propre expérience, avec celle de nos confrères et avec celle des patients, il est possible d'obtenir une sorte de *guidelines* internes plus sophistiquées: des *mindlines*, comme les avait déjà nommées John Gabbay il y a 9 ans dans un article très intéressant [3]. Vous voyez qu'en ne les considérant pas comme sacrosaintes et contraignantes, il est tout à fait possible de puiser uniquement le meilleur des recommandations. Prenez la liberté de ne pas appliquer les recommandations, mais utilisez-les comme un tremplin pour réfléchir sur votre propre façon de procéder.

C'est dans cet esprit qu'il faut interpréter l'article de Gianni Amato et al. publié dans ce numéro, à la page 7, qui sera bientôt suivi d'un deuxième: les cercles de qualité et réseaux de médecins de famille sont-ils à même d'accomplir cette tâche de transformation des *guidelines* internationales en *mindlines*? Et dans quelle mesure êtes-vous prêts, chers lecteurs, à en intégrer les contenus dans votre propre *mindline*?

Références

1 Mendelson TB, et al. Conflicts of Interest in Cardiovascular Clinical Practice Guidelines. Arch Intern Med. 2011;171(6):577–584.
2 Sackett DL, et al. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. BMJ. 1996;312(7023):71–72.
3 Gabbay J, Le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed «mindlines»? BMJ. 2004;329(7473):1013.

Correspondance:
Dr Stefan Neuner-Jehle
Facharzt für Innere Medizin FMH
Schmidgasse 8
6300 Zug
sneuner[at]bluewin.ch