

Guides de pratique clinique : l'évaluation critique, la clé!

par Richard Slavik

L'enthousiasme sans borne face aux guides de pratique, et les attentes irréalistes quant à leur portée escomptée, traduisent souvent un manque d'expérience et une méconnaissance des limites et du risque potentiel qui leur sont inhérents. Les utilisateurs naïfs de guides en acceptent les recommandations officielles que sur la foi de leur valeur apparente, tout particulièrement s'ils portent la signature d'un groupe de professionnels importants ou d'un organisme gouvernemental. [Traduction libre]

—S H Woolf¹

À titre de professionnels de la santé de première ligne et de gestionnaires de l'information, les pharmaciens utilisent le modèle des soins pharmaceutiques et la médecine fondée sur des données probantes pour intégrer à leur démarche de prise de décisions, les données les plus probantes tirées de la littérature, les caractéristiques individuelles des patients ainsi que leur expertise clinique pour ainsi optimiser la pharmacothérapie des patients.² Bien que les analyses systématiques et les essais cliniques comparatifs randomisés représentent la meilleure source de données probantes, une méthodologie, aussi bonne soit-elle, n'est pas pour autant garante de la qualité de la démarche expérimentale ou de l'exactitude des données publiées.² Les pharmaciens comprennent l'importance de l'évaluation critique et de recourir à des guides de l'utilisateur, à des listes de contrôle et à des outils d'évaluation diffusés pour évaluer la validité des données ainsi publiées.³ Malheureusement, le seul fait que des données probantes de haut niveau existent ne garantit nullement que des changements seront apportés dans la pratique, qui bien souvent accuse d'un décalage considérable par rapport aux essais cliniques pivots publiés.⁴ La production et la diffusion de guides de

pratique clinique (GPC) de haute qualité, fondés sur des données probantes constitue une stratégie qui pourrait palier ce décalage par rapport à la pratique et améliorer la qualité des soins et des résultats cliniques.

Les GPC sont « des énoncés élaborés de façon systématique pour assister les praticiens et les patients dans la prise de décisions en matière de soins de santé dans une situation clinique définie. »⁵ Avec l'élargissement du champ d'exercice de la pharmacie, les pharmaciens sont appelés à accepter plus de responsabilités et à assumer plus d'autorité afin d'optimiser la gestion de la pharmacothérapie, et dépendent de plus en plus des GPC pour guider leurs décisions de traitement.⁶ Malgré que des démarches rigoureuses aient été prônées pour le développement des GPC, reste que beaucoup de ceux-ci sont marqués de sérieuses lacunes méthodologiques; leur évaluation critique est donc essentielle avant d'en incorporer toutes recommandations dans la pratique.⁷

Des GPC mal conçus risquent de perpétuer certains mythes médicaux, de répandre des croyances non fondées, de justifier à tort de mauvaises habitudes de prescription et de poser certains risques au système de santé, aux professionnels de la santé et aux patients. Les GPC sont souvent soumis aux influences et partis pris extérieurs, à cause d'un manque d'indépendance vis-à-vis de leurs organismes subventionnaires ou parce que le rôle des commanditaires dans leur développement et dans leur publication n'a pas été déclaré.⁸ Il existe une interaction considérable entre les auteurs des GPC et l'industrie pharmaceutique; par conséquent, l'inexistence et l'inobservance de directives sur les conflits d'intérêts ou la dissimulation de conflits d'intérêts réels, ressentis ou potentiels constituent une menace à la validité externe des GPC.⁹

En outre, les auteurs de GPC peuvent ne pas suivre de méthodologie standardisée lorsqu'ils élaborent des GPC.¹⁰ Ils peuvent ainsi omettre de décrire la portée et le but de ces GPC et de fournir les renseignements adéquats sur leur raison d'être, les questions d'ordre clinique précises, la population et le milieu visés par le guide. Ils peuvent aussi négliger de décrire les parties prenantes, comme les groupes de professionnels multidisciplinaires, la façon dont les valeurs et les préférences des patients ont été prises en compte dans le développement des recommandations, ainsi que les utilisateurs ciblés. Les GPC peuvent faire l'objet de biais de sélection en l'absence de recherche documentaire systématique et exhaustive et de reproductibilité des résultats, notamment la mention des sources documentaires consultées; les termes utilisés pour la recherche; les restrictions relatives à la langue, à la date ou au type de publication; ainsi que les critères de sélection des études. Les GPC peuvent aussi ne pas mentionner les méthodes utilisées pour formuler les recommandations, et ces dernières peuvent donner des descriptions vagues et qualitatives plutôt que quantitatives des risques et des avantages d'une intervention. Les auteurs des GPC peuvent aussi omettre d'assigner une cote de qualité aux données probantes et de mentionner des données probantes de haute qualité.¹¹ Les GPC ne sont pas toujours fondés sur des données probantes, mais plutôt sur une nécessité, et même s'ils étaient fondés sur les meilleures données probantes disponibles, celles-ci ne sont peut-être que l'opinion d'experts. Il peut aussi ne pas y avoir de description adéquate du classement des recommandations, et les auteurs peuvent avoir négligé de justifier des recommandations particulières en ayant omis d'établir un lien avec les données probantes existantes. Idéalement, les GPC doivent être précis et sans ambiguïté, donner des options pour la gestion, et leurs principales recommandations doivent être faciles à cerner.

La mise en œuvre des recommandations des GPC dans la pratique clinique est l'« art » de la médecine fondée sur des données probantes. Les cliniciens évaluent le risque absolu d'une maladie chez un patient donné; les bienfaits relatifs et absolus, le risque ainsi que les coûts associés à une intervention; les limites relatives aux ressources ou au système qui pourraient empêcher leur applicabilité dans divers milieux cliniques; ainsi que les divergences entre la valeur des recommandations et celles des cliniciens ou des patients. Les GPC devraient préconiser des stratégies efficaces de diffusion et de mise en œuvre de leurs recommandations et décrire les obstacles organisationnels potentiels à leur mise en

œuvre.¹¹⁻¹⁴ Les GPC devraient également préciser des indicateurs de qualité pour mesurer l'adhésion aux guides et la portée des changements dans la pratique sur des résultats cliniques précis. La normalisation n'est pas toujours synonyme de qualité. Bien que l'adhésion à des guides constitue un indicateur de rendement, elle n'est pas garante de meilleurs résultats cliniques. Des décisions relatives à la rétribution et des programmes d'amélioration de la qualité basés sur l'adhésion à des recommandations médiocres issues de guides ou sur des critères de substitution non fondés peuvent s'avérer inappropriés, menacer la sécurité des patients, accroître le coût des soins et retarder des recherches confirmatives. Il est fautif de présumer que l'adhésion aux recommandations de GPC se traduira toujours par une amélioration des résultats cliniques. C'est tout comme prétendre qu'en comprenant simplement le mécanisme d'action d'un médicament, on puisse prédire ses effets sur les résultats thérapeutiques dans le cadre d'un essai clinique. Au bout du compte, on ne peut évaluer le succès des GPC que par leur incidence sur des résultats cliniques pertinents.

Bien que les GPC aient des limites au plan de leur méthodologie, ils répondent néanmoins à un besoin important et continueront d'être publiés et utilisés dans le choix des traitements par les professionnels de la santé, les organisations professionnelles, les décideurs ainsi que les payeurs et les patients. Dans un dessein d'autonomie et d'avancement de la pratique, les pharmaciens devraient accroître leur participation à l'élaboration des GPC et utiliser les GPC à bon escient dans leur propre milieu. Les pharmaciens peuvent trouver les GPC pertinents à leur pratique en cherchant dans les bases de données informatisées, Internet ainsi que dans les ressources d'organismes de soins de santé et d'associations professionnelles à l'échelle internationale qui participent à l'élaboration de GPC. Les pharmaciens devraient avoir recours à des guides de l'utilisateur, à des listes de contrôle et à des outils d'évaluation validés pour effectuer une évaluation critique de la méthodologie utilisée dans le développement des GPC et ainsi déterminer la qualité de la démarche, l'exactitude des données publiées et leur validité.^{7,15} Ils devraient également utiliser une approche systématique et logique pour réaliser et faciliter la mise en œuvre appropriée des recommandations des GPC, en développant en équipe des cheminements cliniques, des algorithmes de traitement et des protocoles pharmacothérapeutiques. Enfin, les pharmaciens doivent continuer à promouvoir la diffusion de GPC de haute qualité fondés sur des données probantes et poursuivre leurs recherches pour déterminer les obstacles à l'adhésion aux GPC et les

stratégies pouvant influencer sur les habitudes de prescription. En dernier lieu, les pharmaciens doivent mener des recherches fondées sur l'expérience pour évaluer la portée des recommandations pharmacothérapeutiques des GPC sur la qualité des soins et des résultats cliniques.

References

1. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318(7182):527-530.
2. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. 2^e édition. Edinburgh (UK); Harcourt Publishers Limited; 2000.
3. Falagas ME, Pitsouni EI. Guidelines and consensus statements regarding the conduction and reporting of clinical research studies. *Arch Intern Med* 2007;167(9):877-878.
4. Davis D, Evans M, Jadad A, Perrier L, Rath D, Ryan D, et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. *BMJ* 2003;327(7405):33-35.
5. Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington (DC): National Academy Press; 1990.
6. Pearson GJ. Evolution in the practice of pharmacy—not a revolution! *CMAJ* 2007;176(9):1295-1296.
7. Vlayen J, Aertgeerts B, Hannes K, Sermeus W, Ramaekers D. A systematic review of appraisal tools for clinical practice guidelines: multiple similarities and one common deficit. *Int J Qual Health Care* 2005;17(3):235-242.
8. Papanikolaou GN, Baltogianni MS, Contopoulos-Ioannidis DG, Haidich AB, Giannakakis IA, Ioannidis JP. Reporting of conflicts of interest in guidelines of preventive and therapeutic interventions. *BMC Med Res Methodol* 2001;1:3-7.
9. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA* 2002;287(5):612-617.
10. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA* 1999;281(20):1900-1905.
11. Giannakakis IA, Haidich AB, Contopoulos-Ioannidis DG, Papanikolaou GN, Baltogianni MS, Ioannidis JP. Citation of randomized evidence in support of guidelines of therapeutic and preventive interventions. *J Clin Epidemiol* 2002;55(6):545-555.
12. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8(6):iii-iv,1-72.
13. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001;39(8 Suppl 2):II2-II45.
14. Grindrod KA, Patel P, Martin JE. What interventions should pharmacists employ to impact health practitioners' prescribing practices? *Ann Pharmacother* 2006;40(9):1546-1557.
15. AGREE Collaboration [Writing Group: Cluzeau FA, Burgers JS, Brouwers M, Grol R, Mäkelä M, Littlejohns P, et al]. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003;12(1):18-23.

Richard Slavik, B. Sc. Phm., ACPR, Pharm. D., FCSHP, est gérant régional de la pratique professionnelle en pharmacie et spécialiste de la pharmacothérapie des soins critiques, Interior Health Authority, Kelowna, Colombie-Britannique, et professeur agrégé de clinique à la Faculté des sciences pharmaceutiques, University of British Columbia, Vancouver, Colombie-Britannique. Il est également rédacteur adjoint du *JCPH*.

Adresse de correspondance :

D^r Richard S Slavik
Regional Manager for Professional Practice
Pharmacy Department
Interior Health Authority
200-1835 Gordon Drive
Kelowna BC
V1Y 3H5

Courriel : Richard.slavik@interiorhealth.ca

