

Domaine Assurance-qualité de la FMH

Rapport d'activité 2002

Georg C. von Below (Responsable du domaine Assurance-qualité)

Recommandations pour la pratique clinique – mise à jour

Le domaine Assurance-qualité de la FMH s'est principalement concentré ces dernières années sur la question des recommandations pour la pratique clinique («*Clinical Practice Guidelines*») [1–3]. Bien que les questions méthodologiques s'y rapportant aient été abondamment discutées dans la littérature spécialisée ces dernières années [4–12], l'accent portait principalement sur la mise en œuvre et l'observation («*monitoring*») des modifications comportementales des utilisateurs des recommandations cliniques [13]. Le terme «recommandations pour la pratique clinique» a fait l'objet de maintes définitions, dont celle de G. Ollenschläger qui est tout à fait pertinente [14]:

«Les recommandations peuvent être définies comme des outils spécifiquement conçus pour la prise de décisions, notamment quant à la manière appropriée de procéder sur le plan médical en cas de problèmes de santé spécifiques». Elles aident à définir les marges de manœuvre et les possibilités décisionnelles qu'il convient de suivre ou auxquelles il convient de déroger si le cas l'exige. De bonnes recommandations ont pour but d'informer les fournisseurs de prestations du domaine médical (médecins, personnel soignant et autres professions spécialisées) et le public du nombre toujours croissant d'informations et de données scientifiques probantes, ainsi que des considérations d'expert concernant la «bonne pratique clinique». L'objectif premier des guides de pratique clinique étant de mettre à disposition des recommandations pour arriver à obtenir une qualité optimale des soins de santé.» (trad. FMH).



Georg C. von Below

Ce dont il faut tenir compte pour l'application des recommandations

Si une société de discipline médicale, un cercle de qualité ou un réseau de gestion des soins souhaitent élaborer, adapter ou mettre en œuvre des recommandations pour la pratique clinique, il convient de tenir compte de certains points.

Développement systématique et mise à jour

Les recommandations doivent être développées de manière systématique et actualisées régulièrement. Les procédures se doivent d'être transparentes. Pour ce qui est de l'élaboration des recommandations, non seulement les questions méthodologiques ont de l'importance, mais également la composition du groupe de travail, notamment en ce qui concerne l'application ultérieure desdites recommandations [15, 16]. Un autre point très important étant l'intégration du groupe d'utilisateurs et de patients visé par la recommandation, même si cela peut parfois rendre la procédure plus difficile [17, 18].

Recommandations axées sur les problèmes, les patients et les utilisateurs

Les recommandations portent sur des schémas de maladie définis, mais il est cependant souvent nécessaire de procéder à une répartition plus détaillée des groupes de patients (p. ex. différents groupes d'âge pour les recommandations concernant le traitement de l'hypertension artérielle, recommandations pour les examens de dépistage, etc.). Les recommandations doivent être adaptées «sur mesure» aux différents groupes d'utilisateurs (spécialistes, médecins de premier recours, soins, patients, proches, etc.).

Impact pratique

Les recommandations n'ont de sens que si elles permettent de modifier le comportement du groupe-cible. Elles doivent donc avoir un impact pratique. La mise en œuvre et la documentation de cet impact représentent la véritable «pièce de résistance» pour l'application des recommandations. De nouvelles approches sont devenues possibles ces dernières années grâce à l'utilisation des nouvelles techniques d'information et de communication [19, 20].

Formes de recommandations possibles

Sur le plan matériel: développement ou adaptation des recommandations

Remodeler entièrement les recommandations pour la pratique clinique exige un savoir-faire et des ressources importantes. Pour de nombreux problèmes cliniques importants, il existe déjà un grand nombre de recommandations de très bonne qualité (cf. liens internet ci-dessous). Sur la base de ces travaux préliminaires, il est possible, par exemple au sein d'un groupe interdisciplinaire, d'adapter une recommandation existante aux besoins spécifiques d'un contexte de soins (coopération hôpitaux/médecins en pratique privée; réseau de médecins, programmes de gestion des soins, etc.).

Sites comportant des informations sur les recommandations cliniques

(par ordre alphabétique, sans prétention à l'exhaustivité)

- www.eguidelines.co.uk;
- www.evidence.de;
- www.evimed.ch;
- www.leitlinien.de;
- www.ngc.org.

Sur le plan systémique: soutien aux programmes d'élaboration des recommandations

Suivant l'importance des objectifs fixés (prise de position de la société/fondation, renforcement d'un groupe d'experts, promotion de nouvelles formes de coopération au sein d'une procédure de traitement), les approches suivantes peuvent se révéler judicieuses:

Savoir méthodique et matériel pour les projets de recommandation spécifiques p. ex.:

- élaboration d'un manuel de recommandations;
- classeur de recommandations («ressource-kit»);
- création d'un site internet.

Assistance lors du processus d'élaboration d'une recommandation

par exemple en assistant un groupe de travail interdisciplinaire en vue de l'adaptation des recommandations existantes.

Appréciation systématique des recommandations dans sa propre discipline avec AGREE [21, 22].

Assistance lors de la mise en œuvre

- dans des programmes de gestion des maladies [13];
- en collaboration avec les sociétés de discipline médicale et les cercles de qualité;
- dans des réseaux de gestion des soins (par exemple en collaboration avec la fondation EQUAM, med-swiss.net).

En raison du travail considérable lié à l'élaboration ou au remaniement d'une recommandation, il est conseillé de procéder tout d'abord à une appréciation détaillée des objectifs, notamment par rapport:

- aux utilisateurs de la recommandation: médecins de premier recours, soins/Spitex, groupes de patients concernés;
- au contexte du traitement (soins individuels, soins à domicile, médecine de premier recours, assistance secondaire, tertiaire).

Références

- 1 Eicher E. Directive pour les guides de pratique médicale. *Bull Méd Suisses* 1999;80(14):831-3.
- 2 Eicher E. Guideline zur Abklärung des palpablen Mammabefundes. *Bull Méd Suisses* 2001;82(14):703-4.
- 3 Brunner HH. Guideline für Guidelines. *Bull Méd Suisses* 2000;81(9):464-6.
- 4 Field MJ, Lohr KN. *Guidelines for Clinical Practice: Directions for a New Program*. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
- 5 McDonald CJ, Overhage JM. Guidelines you can follow and can trust. An ideal and an example. *JAMA* 1994;271(11):872-3.
- 6 Winn RJ. Current status of practice guidelines in oncology. *Oncology (Huntingt)* 1995;9(7):601-5, 609 DISC 609-10, 615.
- 7 Perleth M, Beyer M. [Evidence based medicine, the Cochrane Collaboration and dealing with medical literature. Implications for medical education, graduate and continuing education]. *Z Arztl Fortbild (Jena)* 1996;90(1):67-73.
- 8 Shiffman RN. Representation of clinical practice guidelines in conventional and augmented decision tables. *J Am Med Inform Assoc* 1997;4(5):382-93.
- 9 Helou A, Perleth M, Bitzer EM, Dorning H, Schwartz FW. [Methodological quality of clinical practice guidelines in Germany: results of a systemic assessment of guidelines presented on the Internet]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 1998;92(6):421-8.
- 10 McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *Br Med J* 1998;316(7128):361-5.
- 11 Ohno-Machado L, Gennari JH, Murphy SN, Jain NL, Tu SW, Oliver DE, et al., The guideline interchange format: a model for representing guidelines. *J Am Med Inform Assoc* 1998;5(4):357-72.
- 12 Ollenschläger G, Helou A, Kostovic-Cilic L, Perleth M, Raspe HH, Rienhoff O, et al. [Checklist for methodological quality of guidelines. A contribution to quality promotion of medical guidelines]. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 1998;92(3):191-4.
- 13 Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A Jr, Ofman JJ. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *Br Med J* 2002;325(7370):925.
- 14 Lorenz W, Ollenschläger G. Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich* 2001;84.
- 15 Lewis S. Paradox, process and perception: the role of organizations in clinical practice guidelines development. *CMAJ* 1995;153(8):1073-7.
- 16 Pagliari C, Grimshaw J, Eccles M. The potential influence of small group processes on guideline development. *J Eval Clin Pract* 2001;7(2):165-73.
- 17 Fairhurst K, Huby G. From trial data to practical knowledge: qualitative study of how general practitioners have accessed and used evidence about statin drugs in their management of hypercholesterolaemia. *Br Med J* 1998;317(7166):1130-4.
- 18 van Wersch A, Eccles M. Involvement of consumers in the development of evidence based clinical guidelines: practical experiences from the North of England evidence based guideline development programme. *Qual Health Care* 2001;10(1):10-6.
- 19 Casalino LP. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *JAMA* 2003;289(4):434-41.
- 20 Greenes RA, Peleg M, Boxwala A, Tu S, Patel V, Shortliffe EH. Sharable computer-based clinical practice guidelines: rationale, obstacles, approaches, and prospects. *Medinfo* 2001;10(Pt 1):201-5.
- 21 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.
- 22 *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. AGREE Instrument*. London: The AGREE Collaboration; 2001.