

## RBP et Minerva

La revue Minerva ne présente jamais d'analyse d'une Recommandation de Bonne Pratique (RBP), terminologie utilisée en Belgique pour désigner un Guide de Pratique Clinique (GPC, alias clinical practice guideline). Les GPC sont des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. Leur but est d'établir des recommandations explicites avec l'intention délibérée d'influencer la pratique médicale.

Pour les RBP élaborées en Belgique, un label de qualité est accordé (ou non) par la branche belge de la Collaboration Cochrane, le CEBAM, qui utilise l'instrument AGREE (AGREE Collaboration)<sup>1</sup> pour évaluer la méthodologie de la RBP. Dans d'autres pays, des agences nationales ont développé une méthodologie stricte d'élaboration de GPC, comme NICE au R.-U. par exemple. Le réseau international GIN (Guidelines International Network, G-I-N)<sup>2</sup> est une source fiable de GPC avec label de qualité. La Revue Prescrire propose elle une autre approche, reposant sur l'intérêt pratique d'un GPC. Ce rôle d'analyse de la validité d'un GPC étant actuellement rempli, la revue Minerva a choisi de ne pas faire double emploi. Par contre, nous faisons pratiquement toujours référence aux GPC validés quand il s'agit de conclure « pour la pratique » à la suite de l'analyse d'une intervention.

## Utilité des GPC

Depuis leur création, de nombreuses personnes se sont interrogées sur l'utilité des GPC, en Belgique<sup>3</sup> comme ailleurs. Cette utilité peut être évaluée dans 3 domaines principaux, classiques en assurance de qualité : structures, processus et résultats. Le premier domaine, structures, concerne la qualité et la quantité des ressources mises en œuvre ou utilisées. Le deuxième, processus, évalue la façon dont ces ressources sont utilisées (prise en charge sur le terrain, application des GPC). Le troisième, résultats, envisage les aspects de morbidité, de mortalité, la guérison, la survenue de séquelles, de complications, la satisfaction du patient. Si une utilité des GPC dans les deux premiers domaines est appréciée, leur utilité dans le troisième domaine, celui des résultats, est bien l'objectif final poursuivi : une amélioration des soins avec résultats cliniques favorables. Cette utilité a-t-elle été démontrée ?

Une évaluation récente<sup>4</sup> de l'utilité des GPC élaborés et implantés aux Pays-Bas depuis les années 1990, a été réalisée dans une synthèse des études (vingt) contrôlées sur une période ininterrompue ou en protocole avant/après. Elle montre surtout une amélioration significative au niveau des structures et processus de soins (17 études sur 19), avec une ampleur

d'effet variable pour les différentes recommandations. Parmi les 9 études mesurant des résultats en termes de santé du patient, 6 montrent des améliorations significatives mais limitées. Les auteurs insistent sur le manque d'études dans ce domaine ainsi que sur la nécessité de mieux déterminer quels facteurs influencent l'utilisation des GPC et améliorent les résultats en terme de santé du patient.

Une enquête réalisée avant et après la diffusion d'un GPC national sur le traitement de la bronchiolite<sup>5</sup> montre un impact majeur en termes de moindre recours à des traitements sans preuve d'efficacité (bronchodilatateurs de 60 à 23% d'utilisation, corticostéroïdes inhalés de 34 à 6%).

Deux publications récentes dans le domaine de la pneumonie acquise en dehors de l'hôpital (CAP pour Community-Acquired Pneumonia) évaluent l'utilité de l'application de 2 GPC, tous les deux états-unien. La première<sup>6</sup> est une analyse secondaire d'une base de données internationale (43 centres répartis sur le monde entier) incluant 1 649 patients âgés d'au moins 65 ans hospitalisés pour CAP, dont 59% ont reçu un traitement correspondant aux GPC. Le respect des GPC montre une meilleure stabilité clinique (passage à un traitement oral) à 7 jours, un séjour hospitalier significativement raccourci et une mortalité réduite à l'hôpital (8% versus 17%,  $p < 0,01$ ).

La deuxième publication<sup>7</sup> analyse les données de 113 hôpitaux répartis sur 15 états aux E.-U. concernant 54 619 patients hospitalisés en dehors des soins intensifs, dont 65% ont reçu un traitement correspondant aux GPC. Après ajustement pour la sévérité de la maladie et autres facteurs confondants identifiés, le respect des GPC montre une diminution significative de la mortalité intrahospitalière (OR 0,70 ; IC à 95% de 0,63 à 0,77), de sepsis, d'insuffisance rénale, de durée d'hospitalisation et de traitement parentéral.

Nous ne disposons pas de recherche spécifique à la médecine générale évaluant l'intérêt des GPC en termes de résultats de santé, évaluation indispensable à réaliser.

## Conclusion

Ces différentes données montrent l'utilité de l'application des recommandations contenues dans des GPC élaborés selon une méthodologie correcte, certainement dans les domaines des structures et des processus de soins, et avec un faisceau de preuves plus faibles pour des résultats en termes de santé. Ceci invite à multiplier les évaluations (plus difficiles) dans ce dernier domaine. Un défi pour la médecine générale, mais aussi une incitation à l'implantation des GPC accompagnée d'une évaluation de leur application au niveau de leur objectif final, l'amélioration de l'état de santé des patients.

1. AGREE Collaboration. Appraisal of individual recommendations. <http://www.agreecollaboration.org/appraisal/> (consulté le 11 mars 2010).  
 2. Guidelines International Network (G-I-N) <http://www.g-i-n.net/> (consulté le 11 mars 2010).  
 3. Paulus D, Chevalier P, Bruwier C. Recommandations de bonne pratique : outils pertinents ? *Revue Médecine Générale* 2001;186:352-6.  
 4. Lugtenberg M, Burgers JS, Wetert CP. Effects of evidence-based clinical practice guidelines on quality of care: a systematic review. *Qual Saf Health Care* 2009;18:385-92.

5. Barben J, Kuehni CE, Trachsel D, Hammer J; Swiss Paediatric Respiratory Research Group. Management of acute bronchiolitis: can evidence-based guidelines alter clinical practice? *Thorax* 2008;63:1103-9.  
 6. Arnold FW, AS LaJoie, Brock GN, et al; Community-Acquired Pneumonia Organization (CAPO) Investigators. Improving outcomes in elderly patients with community-acquired pneumonia by adhering to national guidelines. *Arch Intern Med* 2009;169:1515-24.  
 7. McCabe C, Kirchner C, Zhang H, et al. Guideline-concordant therapy and reduced mortality and length of stay in adults with community-acquired pneumonia: playing by the rules. *Arch Intern Med* 2009;169:1525-31.