
**L'application des recommandations pour la pratique clinique (RPC):
est-elle bénéfique pour la santé des patients?**

Les RPC se développent dans le monde. En dehors de critères de qualité précis, elles doivent surtout être utiles. Cette utilité s'évalue à 3 niveaux: **la connaissance, le processus de soins, l'état de santé des patients**. Le premier niveau est facile à mettre en oeuvre, le second moins, le troisième très difficile. Une étude canadienne récente¹ comparée à d'autres études^{2,3} nous apporte des éléments de réflexion.

Les canadiens¹ ont cherché les études publiées de 1980 à 1995 sur l'évaluation de l'efficacité des RPC en médecine générale, et parmi celles-ci celles ayant comme critère l'amélioration de l'état de santé des patients. Sur 91 études recensées, 13 répondaient à ce dernier critère. Elles concernaient l'HTA (6) l'asthme (2), le tabagisme (2). Les RPC étaient de réalisation nationale (4) ou locale (9). A l'analyse, 5 sur les 13 (38%) ont montré des résultats significatifs de la diffusion des RPC sur l'état de santé des patients. Dans le détail, sans que cela soit significatif, on peut remarquer que ces améliorations se sont produites pour 4 sur 9 des RPC locales et 1 sur 4 des nationales. De même les systèmes d'aide-mémoire individuels étaient efficaces (2/6) et les systèmes de rappel fondés sur le travail en petits groupes 3 fois sur 6. Les auteurs notent l'existence de nombreux biais, la petite taille de beaucoup d'études, et leur qualité incertaine. Ils sont un peu pessimistes sur l'efficacité clinique des RPC en soin primaire.

L'étude anglaise² était moins négative, mais elle n'était pas limitée au domaine des soins primaires. Sur 59 études retenues, 55 montraient une amélioration du processus de soins. Parmi les 11 études évaluant également l'effet des RPC sur l'état de santé des patients, 9 montraient une amélioration plus ou moins significative. Concernant les soins primaires, on peut noter l'efficacité de deux études introduisant des aides-mémoire informatisés, et l'efficacité des RPC développés par les généralistes eux-mêmes, contrairement à celles envoyées de l'extérieur.

La réflexion canadienne³ fait état de plusieurs études montrant le non-respect des RPC dans le traitement de l'HTA par nombre de généralistes canadiens ou américains. Ainsi alors que les RPC placent en première ligne les diurétiques et les bêtabloquants, leurs prescriptions sont passées entre 1992 et 1995 de 35% à 20% alors que celles des IEC sont montées de 25 à 33% et celles des inhibiteurs calciques de 33 à 38%.

Quelques réflexions nous semblent pouvoir être tirées de ces études.

- la difficulté d'évaluer l'efficacité d'un mode d'information sur les modifications de comportement. L'appréciation du maintien des connaissances à long terme, des modifications de processus de soins, des bénéfices sur l'état de santé des patients, est difficile et dépendante des phénomènes de contamination par les autres sources d'information: ceci surtout dans un milieu ouvert comme la médecine ambulatoire, beaucoup moins dans le milieu hospitalier, plus fermé. Cela explique sans doute les différences entre les études présentées.
- l'importance des modalités d'élaboration et de diffusion des RPC: les deux études semblent confirmer l'intérêt des "rappels" et surtout **l'importance de la participation des médecins concernés** à l'élaboration des RPC. Les critères de qualité de l'American Medical Association impliquent l'élaboration multidisciplinaire, l'adaptabilité aux diverses situations, l'appropriation par les professionnels
- l'explication du non respect des RPC ne se limite pas à la simple ignorance³. Les données probantes apportées par les RPC se trouvent confrontées aux **données promotionnelles de l'industrie**: pour l'HTA, la promotion des nouveaux médicaments joue souvent sur des données de tolérance auxquelles le médecin est très sensible, face à un patient précis; ces données basées sur des petites études ont parfois été démenties par de plus grandes, mais gardent pour le praticien un pouvoir sur la décision personnelle.

En pratique, les RPC sont un mode d'élaboration et de transmission de l'information destiné à se développer. Leur évaluation, nécessaire, est encore contradictoire. Il apparaît cependant que leur impact et leur utilité sont liées à l'implication des praticiens dans l'élaboration et la diffusion. A nous de participer à cette élaboration, et de nous y préparer par une meilleure formation à la notion de niveau de preuve. A nous aussi d'utiliser ces RPC dans nos groupes de FMC, de façon à les adapter au contexte local et à nous les approprier.

1- Worrall G, Chaulk P, Freake D. The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review. Can Med Assoc J 1997;156 (12):1705-12

2 - Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. The Lancet; 1993, 342, 1317-1322

3- Huston P, Campbell N. Influencer les habitudes de prescription. Les recommandations basées sur des données probantes ne suffisent pas. Can Fam Physician-Le médecin de famille canadien. 1998;44:228-30

Mots-clé: RPC, évaluation, FMC,

Nous profitons de ce numéro 100, pour modifier le sous-titre, "Journal Faxé" étant source de confusion avec d'autres journaux faxés.

Numéro 100 du 16 avril 1997