

La médecine fondée sur les preuves au sein des groupes de pairs (GP) : plaidoyer pour l'utilisation de la médecine factuelle au sein des GP

Christian COHENDET*

Introduction

Le GP, initié dans la fin des années 1980 par le Dr JACOT au sein de la SFMG, est un lieu de résolution de problèmes cliniques. Les trois temps du déroulement d'un GP consistent peu ou prou à résoudre des problèmes cliniques.

Dans la première partie, les cas cliniques sont tirés au sort et les médecins participants confrontent leurs décisions.

Dans la deuxième partie, qui concerne l'analyse des filières locales, l'idée est d'utiliser au mieux les ressources locales pour résoudre les problèmes des patients.

Dans la troisième partie, le plus souvent on travaille à l'applicabilité de référentiels ou à la résolution de cas difficiles. Or il apparaît régulièrement des divergences d'opinion dans les décisions à prendre et dans l'interprétation des données de la littérature; ce fait peut être d'une part lié à l'absence de méthode dans la recherche bibliographique, l'interprétation des données de la science et leur application au cas du patient, d'autre part à l'absence de données.

Le GP est un lieu idéal pour l'apprentissage et l'entraînement collectif à la résolution de problèmes cliniques. La résolution de problèmes cliniques ne fait en effet pratiquement pas partie de l'enseignement initial des médecins ni des formations continues habituellement pratiquées. Résoudre des problèmes cliniques avec méthode est une pratique difficile à acquérir. Il apparaît donc clairement que le GP est un lieu idéal d'entraînement à la résolution de problèmes cliniques. Le fait de résoudre collectivement et de lever les obstacles collectivement devrait renforcer la capacité des médecins participants à améliorer la résolution des problèmes cliniques.

En faisant l'état des lieux, on observe dans le GP d'Annecy de la FMG du Château, dont je fais partie, et dans les GP de la région Rhône Alpes des difficultés dans la résolution des problèmes cliniques. Il existe en effet une série d'obstacles: la formulation adéquate, la recherche bibliographique (en anglais le plus souvent), le délai d'obtention des données, l'application au patient, le temps et l'argent! Finalement la résolution des problèmes cliniques se limite le plus souvent à une demande d'avis d'expert, avec comme défaut l'absence de justification habituelle de la solution proposée et possiblement la divergence d'avis si l'on fait appel à des experts différents. Les participants aux GP, comme le montre la thèse d'Hélène

PORCO [1], sont demandeurs d'une banque de cas cliniques avec les solutions proposées.

Les appellations francophones de l'Evidence Based Medicine (EBM) sont médecine factuelle, médecine fondée sur les preuves. L'EBM est une méthode de résolution de problèmes cliniques, avec détermination du niveau de preuve des stratégies décisionnelles envisagées. Cette méthode permet de justifier les décisions proposées au patient.

Les conséquences attendues de l'utilisation de l'EBM au sein des GP sont pour le médecin participant l'amélioration de sa satisfaction, de son confort et de l'efficacité dans ses justifications. Pour le patient, c'est une meilleure compréhension des décisions proposées par le médecin et donc une meilleure observance. Pour la collectivité, c'est une amélioration de la qualité des soins.

Déroulement de la méthode EBM

Ce déroulement peut être formulé en 5 étapes:

Identification de la situation clinique, rôle du résultat de consultation (RC)

Les patients rencontrent les médecins dans l'espoir de résoudre leurs problèmes cliniques. Ils apportent leurs motifs de consultation, le médecin fait la synthèse des motifs et des autres données cliniques (résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires éventuels) Cette synthèse diagnostique correspond au Résultat de Consultation (RC). Il existe deux grandes catégories de situations ou problèmes cliniques en médecine générale:

- les situations cliniques bien caractérisées qu'on appelle habituellement des diagnostics (appendicite, cancer...). La fréquence de ces situations n'est que 30 % de l'activité d'un généraliste,
- les situations cliniques mal caractérisées (les symptômes et les syndromes) pour lesquelles la SFMG a créé, en suivant les traces de RN BRAUN, le terme de RC (état fébrile, épigastralgie...). Ces situations représentent 70 % de l'activité d'un généraliste.

Le RC n'est donc ni un motif de consultation, ni une hypothèse diagnostique, mais la situation clinique précise et certaine au moment de la consultation et avec les moyens d'observation du moment C'est le problème clinique à résoudre. Reconnaître cette situation clinique avec précision est le point de départ de la formulation adéquate du problème clinique du patient. C'est savoir où

l'on est pour savoir où l'on souhaite aller.

Comme cela vient d'être dit, les praticiens sont confrontés à de nombreuses situations cliniques mal caractérisées, d'apparence floue. Ceci amène le praticien à ne pas différencier plaintes du patient et motifs de consultations, RC (ensemble des éléments sémiologiques certains et observables au moment de la consultation et avec les moyens d'observation du médecin) et hypothèses diagnostiques ou étiologiques. Identifier le problème de santé à prendre en charge est l'objectif essentiel du RC. Cet objectif est réalisable si les RC sont exclusifs les uns des autres et si l'ensemble des RC couvrent la pratique courante des médecins généralistes. C'est le cas car l'ensemble des RC contenus dans le Dictionnaire des Résultats de Consultation [2] permet de décrire plus de 95 % des problèmes rencontrés en médecine générale. Les problèmes cliniques non décrits sont vus en général moins d'une fois par an par médecin, et sont le plus souvent des problèmes cliniques très bien caractérisés et rares.

On voit donc que le RC correspond à la formulation, l'identification du problème clinique à résoudre; il est choisi en faisant la synthèse des éléments sémiologiques (interrogatoire, examen clinique, examens complémentaires) certains et disponibles au moment de la consultation. C'est donc le problème dont on est certain après évaluation du patient, en fin de consultation.

Formulation adéquate du problème clinique rencontré

Identifier le problème clinique à résoudre est nécessaire mais non suffisant. Il est ensuite nécessaire de formuler le problème clinique de façon à pouvoir rechercher les données disponibles de la science. Les autres éléments de la formulation du problème clinique sont selon Sackett et al. et repris par Greenhalgh [3]:

- qui? qui est concerné par la question? Posez-vous la question "comment vais-je décrire le groupe de patients analogues à mon malade?"
- quoi? quelle action précise envisagez-vous pour ce patient ou cette population (par exemple un traitement médicamenteux) et si nécessaire quelle pourrait être l'intervention témoin (par exemple un placebo ou le traitement actuel de référence)?
- pourquoi? enfin, précisez le critère de jugement retenu pour mesurer le bénéfice escompté ou le risque à éviter (par exemple une mortalité réduite, une meilleure qualité de vie, des économies pour le système de soins, etc.).

La question "quoi" peut se faire dans différents champs: sémiologique, étiologique, diagnostique, pronostique, thérapeutique, de la prévention.

Selon Greenhalgh, les différents champs correspondent à des types de recherche différents:

- thérapeutique: essais comparatifs randomisés, permettant en sus de réaliser des méta-analyses ultérieures,
- diagnostic: enquête transversale (cross sectional survey, gold standart),
- dépistage: idem,
- pronostic: cohortes longitudinales,
- étiologie: cohortes, étude cas-témoin, séries de cas.

Sélection et recueil des données disponibles: recherche bibliographique (les données actuelles de la science)

La formulation adéquate du problème clinique permet de créer l'équation de recherche et de puiser dans les bases de données.

Analyse des données recueillies (avec niveaux de preuve)

L'analyse peut se faire en deux temps: qualitative (quel type de bénéfices et d'inconvénient pour le patient), puis quantitative (mesure de l'importance du risque et du bénéfice). Dans le champ thérapeutique, la mesure du bénéfice peut être exprimée en diminution du risque absolu d'un événement indésirable, en nombre de sujets à traiter (inverse du risque absolu) ou en nombre d'années de traitement pour éviter cet événement indésirable.

Les 7 niveaux de preuve selon Greenhalgh, qui reprend la hiérarchie habituellement proposée de la force des preuves:

- synthèses méthodiques et méta-analyses,
- essais comparatifs randomisés ayant des résultats indiscutables,
- essais comparatifs randomisés ayant des résultats discutables (qui suggèrent un effet clinique significatif, mais dont les intervalles de confiance recouvrent le seuil de cet effet),
- études de cohortes,
- études de cas-témoins,
- enquêtes transversales,
- études de cas.

les niveaux de preuve (extrait de "prise en charge du patient dyslipidémique", AFSSAPS)

Application au patient

Il s'agit donc d'utiliser les meilleures preuves disponibles pour prendre la décision clinique, d'évaluer le rapport bénéfice/risque de la décision proposée au patient. Pourquoi? quel est le résultat attendu? C'est à dire quel bénéfice (mortalité réduite, meilleure qualité de vie...) attendre pour mon patient, quel risque également?

Avant d'appliquer ces données au patient, les deux questions essentielles à se poser sont: mon patient est-il si différent de la population de l'étude que celle-ci n'est d'aucune aide? le processus pathologique est-il si différent de l'étude que celle-ci

Niveau de preuve scientifique des études	Niveau de preuve scientifique des études Force des recommandations (grade)
Niveau 1 - grands essais comparatifs randomisés de forte puissance avec résultats indiscutables - méta-analyse - analyse de décision	A (plusieurs études concordantes de fort niveau de preuve)
Niveau 2 - petits essais comparatifs randomisés de faible puissance ou résultats incertains	B
Niveau 3 - essais comparatifs non randomisés avec groupe contrôle contemporain - suivi de cohorte Niveau 4 - essais comparatifs non randomisés avec groupe contrôle historique - études cas-témoins Niveau 5 - pas de groupe contrôle - séries de patients	C

n'est d'aucune aide ?

Comment mettre en pratique l'EBM au sein des GP

Identification du problème clinique

Une grande partie de l'activité des groupes de pairs consiste à présenter et résoudre des problèmes cliniques. La grille de présentation des cas proposée par la SFMG (annexe 1) différencie 4 éléments dans l'identification des problèmes à résoudre : les motifs et plaintes du patient, l'analyse des éléments sémiologiques observés, la synthèse diagnostique (RC) et les hypothèses diagnostiques éventuelles. Différencier nettement ces 4 items aide grandement à l'identification du ou des problèmes cliniques à résoudre pour le patient.

Formulation du problème clinique

La formulation du problème clinique en vue d'une recherche bibliographique sera réservée aux cas ne nécessitant, par exemple si le groupe de pairs ne trouve pas de solution ou si les participants du groupe de pairs ne sont pas d'accord entre eux sur la solution. La plupart d'entre nous ne sont pas entraînés à cette gymnastique intellectuelle, qui est pourtant très plaisante pour les médecins qui la pratiquent régulièrement. L'idée est donc de bénéficier de l'apport du groupe et d'apprendre à réaliser cette formulation collectivement, en fin de cas ou en fin de séance, afin de la noter sur le compte rendu de séance.

Recherche bibliographique

La recherche bibliographique peut être réalisée

pendant la séance (certains groupes de pairs semblent y parvenir) ou entre deux séances. Au vu de la gestion du temps, il paraît difficile de la réaliser de façon habituelle en cours de séance. La recherche bibliographique peut nécessiter la mise au point d'une "équation de recherche" ou plus simplement se limite à la recherche d'une mise au point sur le problème clinique, quand elle existe. Il me paraît commode de classer les données de la science en catégories selon la facilité d'accès :

- les données immédiatement accessibles et utilisables, disponibles sans connexion à distance : synthèses méthodiques, recommandations pour la pratique clinique que l'on peut trouver dans "l'Option Confort" de la Revue Prescrire [4] (CD-Rom, mise à jour trimestrielle), dans Best Evidence [5] (CD-Rom, en anglais, 2000), dans Décider pour Traiter [6].
- les données aisément accessibles sur Internet : les recommandations et les conférences de consensus : ANAES, AFSSAPS, Guidelines anglo-saxons, Cochrane collaboration,
- la recherche bibliographique sur les bases de données elles-mêmes : par exemple Medline, interrogeable via Pubmed ou Honselct. Cela nécessite un savoir faire et l'obtention des données n'est pas immédiate.

L'application au patient

De même que la recherche bibliographique et l'exploitation des données, l'applicabilité des données au patient serait préparée par le médecin qui a la responsabilité du cas et serait discutée à la séance suivante.

Ainsi, le plus souvent, seule la formulation du problème clinique est réalisée pendant la séance,

la recherche des solutions se faisant alors entre deux séances, par le médecin qui a apporté le cas. En sus de la recherche bibliographique, ce dernier peut évidemment s'entourer d'avis d'experts (spécialistes locaux par exemple) ou d'experts méthode. A charge pour lui de rapporter la solution au GP suivant, en la justifiant.

Prospective : une bibliothèque vivante par RC et par problèmes cliniques

Collaboration des GP

Le recueil national des problèmes cliniques et sa mise à disposition devrait permettre une collaboration des groupes de pairs ainsi qu'une facilitation de cet apprentissage collectif. Les deux outils choisis pourraient être une liste de diffusion et un site internet.

Un site Internet pour la mise à disposition de ces problèmes cliniques

L'objectif est d'obtenir un thesaurus des problèmes cliniques avec des propositions de solution.

Les données de la science par RC

Si l'on classe les problèmes cliniques par RC, les groupes auront à leur disposition une véritable bibliothèque vivante au fur et à mesure de l'avancement des travaux des groupes de pairs, bibliothèque qu'ils enrichiront à mesure de leurs travaux.

Conclusion : Groupe de Pairs et qualité

La méthode EBM appliquée au sein des GP se présente donc comme un outil d'amélioration de la qualité, en ce qui concerne la résolution de problèmes non résolus simplement en séance.

L'utilisation du RC apparaît également comme un outil d'amélioration de la définition des problèmes cliniques et donc de la pratique des GP.

La mise en œuvre de l'EBM paraît réalisable au sein des GP, si cette mise en œuvre est progressive et collective.

Références :

- [1] Groupe de pairs: enquête en Rhône-Alpes auprès de 83 médecins généralistes, Hélène PORCO, Thèse de doctorat, 2001, Grenoble
- [2] Dictionnaire des Résultats de Consultation, Doc Rech Med Gen, N° 58, SFMG
- [3] Trisha GREENHALGH, Savoir lire un article médical pour décider. Meudon, France: Rand, 2000
- [4] la Revue Prescrire, BP459, 75527 Paris cedex 11
- [5] Best Evidence: CD-ROM Best Evidence 4: linking Medical Research to Practice. American College of Physicians- American Society of Internal Medicine; 2000
- [6] Décider pour traiter, édition Rand, 24 bis bd Verd de Saint-Julien 92190 Meudon

*Médecin généraliste, VP SFMG,
responsable unité groupe de pair