

Méthodologie des recommandations

Jacques IRANI, Jean-Louis DAVIN

Dans un monde parfait, toute intervention médicale, qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique, devrait être justifiée par un ensemble d'études randomisées ayant toutes abouti à la même conclusion (niveau I dans la classification des fameux niveaux de preuve). Hélas, nous détenons rarement des preuves de ce niveau. Et pourtant, en pratique, quels que soient les niveaux de preuve correspondants, le praticien doit prendre des décisions diagnostiques et thérapeutiques devant un syndrome ou une pathologie: sur quoi se base-t-il lorsque les niveaux de preuve sont insuffisants et les données de la littérature contradictoires? Probablement sur les convictions de son ancien patron, ses propres lectures qui ont toutes les chances d'être parcellaires (biais de sélection), ses convictions sociales, économiques et philosophiques ainsi que son expérience propre avec tous les aléas que le hasard et « la mémoire sélective » entraînent. Comment dès lors ne pas constater une variabilité des pratiques ? A tout ceci, il faut ajouter :

- l'accroissement permanent de la quantité des données scientifiques (une recherche Medline en utilisant le terme « prostate cancer » en septembre 2007 dénombrait 61901 articles !).
- l'augmentation des dépenses de santé probablement due dans certains cas à la méconnaissance des bonnes stratégies (ou des moins mauvaises).

Le Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie (CCAFU) ayant décidé d'utiliser une méthodologie utilisant le principe de la « médecine par la preuve » pour élaborer la mise à jour 2007 de ses recommandations, il fallait donc prendre en considération ces données en utilisant une méthodologie déjà décrite et utilisée par d'autres organisations et sociétés savantes.

I. LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE : LA BONNE SOLUTION ?

Les recommandations pour la pratique clinique, ou « clinical guidelines » dans les textes européens, sont des propositions développées selon une méthode préétablie pour aider à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données (1, 2). Il s'agit de leur seul but : leur utilisation dans le but d'une évaluation serait une perversion de l'idée prin-

ceps. L'hypothèse sous-jacente est que, grâce au respect des recommandations, le bénéfice que procure les soins sera supérieur aux risques et aux coûts qui en découlent. L'idée de rationaliser les attitudes diagnostiques et thérapeutiques en faisant faire par un groupe de travail l'énorme effort de rédiger des recommandations en utilisant une méthodologie pertinente est théoriquement excellente. Théoriquement pour plusieurs raisons :

- La qualité des recommandations dépend de la qualité du travail fourni par le groupe de développement de ces recommandations.
- Il ne suffit pas d'écrire des recommandations, mêmes parfaites. Encore faut-il qu'elles soient adaptées à la réalité du terrain, mises à jour, largement diffusées et largement appliquées.

Les détails de l'élaboration et la présentation de recommandations varient de façon substantielle. Les 2 piliers principaux sont invariables :

- 1 Eviter le biais de sélection de la littérature : il est toujours possible de défendre une idée partialement en choisissant bien ses références. D'où la décision de fixer a priori la méthode de recherche bibliographique.
- 2 Pondérer chaque recommandation en fonction des preuves qui lui sont liées (voir le tableau de niveaux de preuves). Il serait illogique de mettre sur le même plan toutes les recommandations, alors que quelques-unes reposent sur des preuves solides et beaucoup sur des présomptions.

Nous aurions pu regretter au sein du CCAFU de ne pas avoir des moyens plus importants pour l'élaboration des recommandations. Cependant, en s'appuyant sur ce qui a déjà été fait au CCAFU mais également sur les recommandations des organismes nationaux et internationaux reconnus, nous espérons pouvoir maintenir une mise à jour de qualité des recommandations tous les 3 ans, ce qui est rarement possible avec des structures plus lourdes. Etant une émanation des urologues français, nous espérons que ces recommandations auront une diffusion et une application plus satisfaisantes que celles émanant de sphères plus lointaines et pourront être utiles à tous les acteurs de la chaîne de soins de la prise en charge des tumeurs urologiques.

II. MÉTHODOLOGIE

Il a été décidé de prendre comme base de travail les travaux suivants :

- Les recommandations CCAFU 2004
- Les rapports de congrès
- Les recommandations européennes (EAU guidelines)
- Les recommandations américaines (AUA guidelines)
- Les ressources internet reconnues (sites Evidence Base Medecine en particulier).

Ces recommandations ont été mises à jour par une recherche bibliographique sur Internet de 2004 à 2007. Les références bibliographiques étaient liées à un niveau de preuve, cité en regard du (des) numéros de référence (voir tableau de niveaux de preuve).

Chaque sous-comité était divisé en groupes de 3 personnes en moyenne pour rédiger un chapitre des recommandations. Ces dernières devaient être ensuite validées par le sous-comité puis par le comité de pilotage. Cette segmentation de la rédaction explique une certaine hétérogénéité dans la présentation, qui nous l'espérons, ne devrait pas nuire à la qualité du contenu. Le travail de chaque sous-comité a été réalisé en collaboration avec des représentants des autres sociétés savantes impliquées dans cette nouvelle version des recommandations (SFRO, Getug, Société Française de Pathologie). Les SOR nous ont aidé.

Ils ont fait la synthèse méthodique des données scientifiques sur le premier traitement dans les tumeurs germinales du testicule au stade localisé. Ils ont réalisé la veille bibliographique pour les traitements locaux du cancer de la prostate. Ils ont participé à la recherche bibliographique sur la laparoscopie dans la nephrectomie élargie et la résection de vessie itérative dans les T1G3.

L'utilisation de cette méthodologie n'est pas familière à tous les auteurs et cela peut expliquer quelques imperfections. Nous nous efforcerons au fur et à mesure d'y apporter les corrections et améliorations nécessaires.

REFERENCES

- 1 GUYATT GH, SACKETT DL, SINCLAIR JC, HAYWARD R, COOK DJ, COOK RJ.: Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading health care recommendations. Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA. 1995 13;274:1800-4.
- 2 THE CANADIAN TASK FORCE ON THE PERIODIC HEALTH EXAMINATION. The periodic health examination. Can Med Assoc J. 1979 3;121:1193-254.

Grille des niveaux de preuve

I	Revue systématique d'études contrôlées randomisées
II	Au moins une étude contrôlée randomisée de bonne qualité
III-1	Essais prospectifs contrôlés, de qualité, non randomisés
III-2	Etudes de cohortes ou de cas-témoins de méthodologie satisfaisante provenant de plus d'un centre
III-3	Etudes de patients consécutifs avec ou sans intervention. Egalement des résultats spectaculaires d'études non contrôlées (type pénicilline en 1940)
IV-1	Etudes descriptives rétrospectives comprenant cas cliniques, séries de cas et études transversales
IV-2	Recommandations publiées d'experts reconnus, organisations savantes
IV-3	Consensus de groupes de travail non reconnus formellement par des institutions reconnues
N/A	Non applicable — Il n'est pas possible d'attribuer un niveau de preuve