

# Recommandations de bonne pratique, consensus et *feed-back*

## *Recommendations for good practice, consensus, feed-back*

**P. Chevalier**

Centre Académique de Médecine Générale, U.C.L.

### RESUME

*L'auteur aborde les différents stades d'élaboration de Recommandations de bonne pratique par les Sociétés Scientifiques de médecine générale en Belgique (Société Scientifique de Médecine Générale et Domus Medica) et par le Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC), des Consensus organisés par l'INAMI et des feed-back envoyés à certaines catégories de prescripteurs sous la responsabilité du Comité National de Promotion de la Qualité.*

*Rev Med Brux 2007 ; 28 : 385-90*

### ABSTRACT

*The author brings up the different phases in the development of the Recommendations for Good Practice by the Scientific Societies of General Practice in Belgium (Société Scientifique de Médecine Générale and Domus Medica) and by the Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC). Are also discussed the methodology of the consensus conferences organized by the National Sickness and Disability Insurance Institute and the process of the prescription feed-back campaigns to some groups of prescribers considered by the National Board of Quality Promotion.*

*Rev Med Brux 2007 ; 28 : 385-90*

*Key words : guidelines, consensus, feed-back, evidence-based medicine*

### CANEVAS POUR LA REALISATION D'UNE RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE (SSMG, DOMUS MEDICA)

#### Auteurs, comité scientifique et validation

Une recommandation de bonne pratique (RBP) est élaborée par un groupe d'auteurs, dont la majorité sont des médecins généralistes en activité, ayant une pratique régulière de la lecture critique de la littérature, particulièrement des études cliniques. Des intervenants spécialisés dans d'autres disciplines peuvent également faire partie de ce groupe d'auteurs. Des représentants de tous les groupes professionnels concernés par la RBP doivent être impliqués dans son élaboration. Dans le groupe d'auteurs, siégera au moins un membre du « comité scientifique du groupe de travail des RBP » (Société Scientifique de Médecine Générale - SSMG) ou du « *stuurgroep aanbevelingen* » (Domus Medica). Le « comité scientifique du groupe de travail des RBP » (SSMG) ou le « *stuurgroep aanbevelingen* » (Domus Medica) est responsable de

l'accompagnement, de l'élaboration et de la rédaction de la RBP.

#### Suggestion de planning

Un planning est suggéré aux auteurs afin de rédiger la recommandation endéans deux années.

#### Recherche bibliographique

##### 1) Objectif principal et questions cliniques

- Définir et formuler des questions cliniques précises.
- Transposer ces questions en termes corrects de recherche.

##### 2) Stratégie de recherche par paliers

La recherche sera toujours effectuée suivant un même stratégie méthodologique dont les grandes lignes sont :

- En premier lieu, les auteurs utilisent les données

issues des synthèses méthodiques, des méta-analyses et des études originales, données analysées dans les *guidelines* et *Clinical Evidence*.

- Lors d'une deuxième étape, les méta-analyses et synthèses pertinentes sont recherchées.
- Enfin, dans une troisième étape, les études randomisées contrôlées (RCT) sont recherchées.

Pour la recherche des synthèses, méta-analyses et RCT, il est fait usage des bases de données électroniques : *MEDLINE (PubMed)* et les différentes base de données de la *Cochrane Library*.

Seuls les articles pouvant donner une réponse aux questions cliniques posées seront sélectionnés. Pour ce faire, des critères de sélection stricts seront utilisés et toute la littérature identifiée n'est pas retenue.

### 3) *Evaluation critique et traitement des données*

#### a) Evaluation critique

La littérature sélectionnée est analysée de manière critique et sa qualité est évaluée. Pour évaluer les guides de pratiques, les auteurs pourront utiliser la grille AGREE. Pour les autres types d'études, des grilles d'évaluation sont utilisées, disponibles sur le site [www.cochrane.nl](http://www.cochrane.nl) (revues systématiques, essais cliniques, méta-analyses), par exemple.

#### b) Résumé des preuves accumulées

Pour les messages importants (réponses aux questions cliniques), un tableau des preuves est établi (*Evidence Table*) avec les niveaux de preuve pour chaque référence et des propositions sont faites pour l'attribution d'un grade de recommandation (*GRADE Working Group*) pour chaque message, en apportant tous les arguments nécessaires, y compris des considérations économiques (cf. point c ci-dessous).

c) Considérations économiques (coûts et bénéfices en matière de santé *versus* plus-value pour les recommandations dans le guide de pratique).

- Si une analyse économique (minimalisation des coûts, coûts/efficacité, coût/utilité, coût/bénéfice) reprenant des données belges existe, il faut la valider (analyses *Dutch Cochrane*, KCE) et en mentionner les résultats.
- Le coût comparatif des différentes stratégies diagnostiques et thérapeutiques proposées sera utilement mentionné. Il faut aussi mentionner les conditions de remboursement en Belgique s'il y a lieu.

#### 4) *Concertation afin d'établir un consensus au niveau du groupe d'auteurs.*

### **Structure des recommandations de *Domus Medica* et de la SSMG**

Les éléments suivants doivent être pris en

considération. Certains sont indispensables pour toute RBP, d'autres seront sans objet pour certains thèmes choisis.

#### 1. ABSTRACT

Apports essentiels de la RBP ; recommandations avec leur niveau de preuve et de recommandation.

#### 2. INTRODUCTION

Éléments de motivation (choix du sujet, exposé du problème, épidémiologie, étiologie, etc.).

#### 3. QUESTIONS CLINIQUES (et/ou diagnostiques)

Questions cliniques précisant les objectifs, formulées en PICO.

#### 4. AUTEURS ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

- La liste des chercheurs et auteurs est donnée, ainsi que leur indépendance éditoriale vis-à-vis des organismes de financement entre autres. Les conflits d'intérêts des membres du groupe ayant élaboré la RPB doivent être documentés.

- Description de la méthodologie de la recherche dans la littérature.

#### 5. DEFINITIONS ET CONCEPTS

#### 6. RECOMMANDATIONS

Recommandations proprement dites, avec réponses (argumentées et référencées) aux questions cliniques.

#### 7. INFORMATION POUR LE PATIENT

#### 8. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Avec en annexe une fiche récapitulative.

#### 9. CONDITIONS DE MISE EN APPLICATION

Avis du terrain, difficultés d'application, résistances, connaissances et habiletés, changements de comportement nécessaires, organisation de la pratique, matériel et équipement, organisation des soins.

#### 10. CONSIDERATIONS ECONOMIQUES

#### 11. PERSPECTIVES

Propositions sans preuves actuelles, axes de recherche.

#### 12. ELABORATION DE LA RBP

- experts
- comité scientifique
- GLEMs et LOKs tests
- validation
- commanditaire et financement
- conflits d'intérêt
- délai de mise à jour.

#### 13. NOTES

#### 14. GLOSSAIRE

#### 15. TABLE DES MATIERES.

### **Validation par le comité scientifique**

Validation du draft par le « comité scientifique » (SSMG) ou le « *stuurgroep* » (*Domus Medica*).

### **Evaluation par des experts externes**

Le projet est alors soumis à plusieurs experts non impliqués jusqu'alors dans l'élaboration de la RBP. C'est le « comité scientifique » (SSMG) ou le « *stuurgroep* » (*Domus Medica*) qui dresse, en fonction du sujet de la RBP, une liste d'experts possibles dans laquelle la présence de médecins généralistes est souhaitable. Les experts peuvent formuler des amendements ; s'ils sont étayés par la littérature, ils

seront impérativement pris en compte. Tous les amendements sont ensuite discutés lors d'une réunion de consensus des auteurs qui décident d'apporter les modifications nécessaires dans le texte de la RBP, en accord avec le « *stuurgroep* » ou le « comité scientifique ».

### **Evaluation dans les dodécagroupes ou GLEMs**

Il est important d'évaluer l'applicabilité de la RBP sur le terrain. Le projet de RBP est donc testé « sur le terrain » dans plusieurs GLEMs ou dodécagroupes (au minimum 4 au total pour *Domus Medica* et la SSMG). Un animateur expérimenté est présent pour cette réunion, ainsi qu'un des auteurs de la RBP. L'auteur fait, en collaboration avec l'animateur, un rapport de réunion portant particulièrement sur les résistances à l'application des recommandations et sur les considérations accessoires indispensables pour l'application de celles-ci. Tous les participants à la réunion reçoivent le jour même un exemplaire de la RBP avec, comme mission, d'évaluer la faisabilité de certaines questions concrètes dans la pratique. Un formulaire d'évaluation est ensuite renvoyé à la SSMG ou à *Domus Medica*, ou une deuxième réunion est prévue pour une évaluation.

Les auteurs tiennent compte des remarques formulées lors des réunions d'évaluation de faisabilité ou transmises dans les évaluations écrites reçues. Toutes ces remarques sont examinées et, lors d'une réunion de consensus des auteurs, des amendements du texte de la RBP sont éventuellement réalisés, en accord avec le « comité scientifique » ou le « *stuurgroep* ».

### **Patients**

Si un feuillet éducatif à l'intention des patients est rédigé, il devra être validé pour sa compréhension et sa lisibilité.

### **Nouvelle concertation pour un consensus final**

Lors d'un consensus final, des recommandations sont formulées avec des niveaux de preuve et de recommandations selon *GRADE*. Un délai de révision est fixé.

### **Validation**

La RBP est validée par le Centre Belge d'*Evidence-Based Medicine* (CEBAM).

Note : les RBP établies par le BAPCOC se sont largement inspirées de cette méthodologie.

### **METHODOLOGIE D'UNE REUNION DE CONSENSUS DE L'INAMI**

Une conférence de consensus est une méthode visant à élaborer des directives médicales et

professionnelles qui ont pour but de définir une position consensuelle dans une controverse relative à une procédure médicale, l'objectif final étant d'améliorer la qualité des soins de santé.

Dans la méthode de conférence de consensus, un jury élabore ses directives après une présentation publique des rapports d'experts qui résument les connaissances disponibles. La session publique est une conférence scientifique (un niveau de preuve scientifique est établi pour chacune des réponses) et un débat démocratique au cours duquel chaque participant (les experts et le public) a l'occasion d'exprimer son point de vue. Finalement, l'intervention d'un jury donne un caractère partiellement judiciaire à la séance. Le jury qui est multidisciplinaire et multiprofessionnel élabore les directives à huis clos, de la manière la plus indépendante et objective possible :

- en opérant une distinction entre ce qui constitue une preuve scientifique ;
- ce qui est admis ;
- ce qui est la pratique courante.

L'INAMI fait fonction de promoteur et, à cet effet, il est assisté du Comité d'évaluation entre autres en ce qui concerne le choix du sujet et la fixation des objectifs.

### **Le Promoteur**

*Quel est le rôle du Promoteur?*

- Le Promoteur prend l'initiative, choisit le thème et fixe les objectifs.
- Il fournit les moyens financiers nécessaires pour élaborer les directives, pour les diffuser et mesurer leur impact. Il fixe le calendrier et en particulier les délais de publication des directives. Il donne ensuite carte blanche au Comité d'organisation de sorte qu'il puisse agir en toute indépendance.

### **Le Comité d'organisation**

*a) Qu'est-ce que le Comité d'organisation ?*

- Le Comité se constitue de 5 à 10 membres y compris au moins un méthodologiste.
- Il est totalement indépendant du Promoteur.
- Les membres du Comité ne participent pas aux travaux du jury.
- En raison de sa nomination, le Président du jury devient membre du Comité d'organisation.

Un Président est désigné pour organiser et coordonner les réunions.

Pour chaque réunion de consensus, le Comité d'évaluation délèguera un certain nombre de membres pour siéger au sein du Comité d'organisation. Un ou plusieurs experts qui ne font pas partie du Comité d'évaluation seront également invités à faire partie du Comité d'organisation.

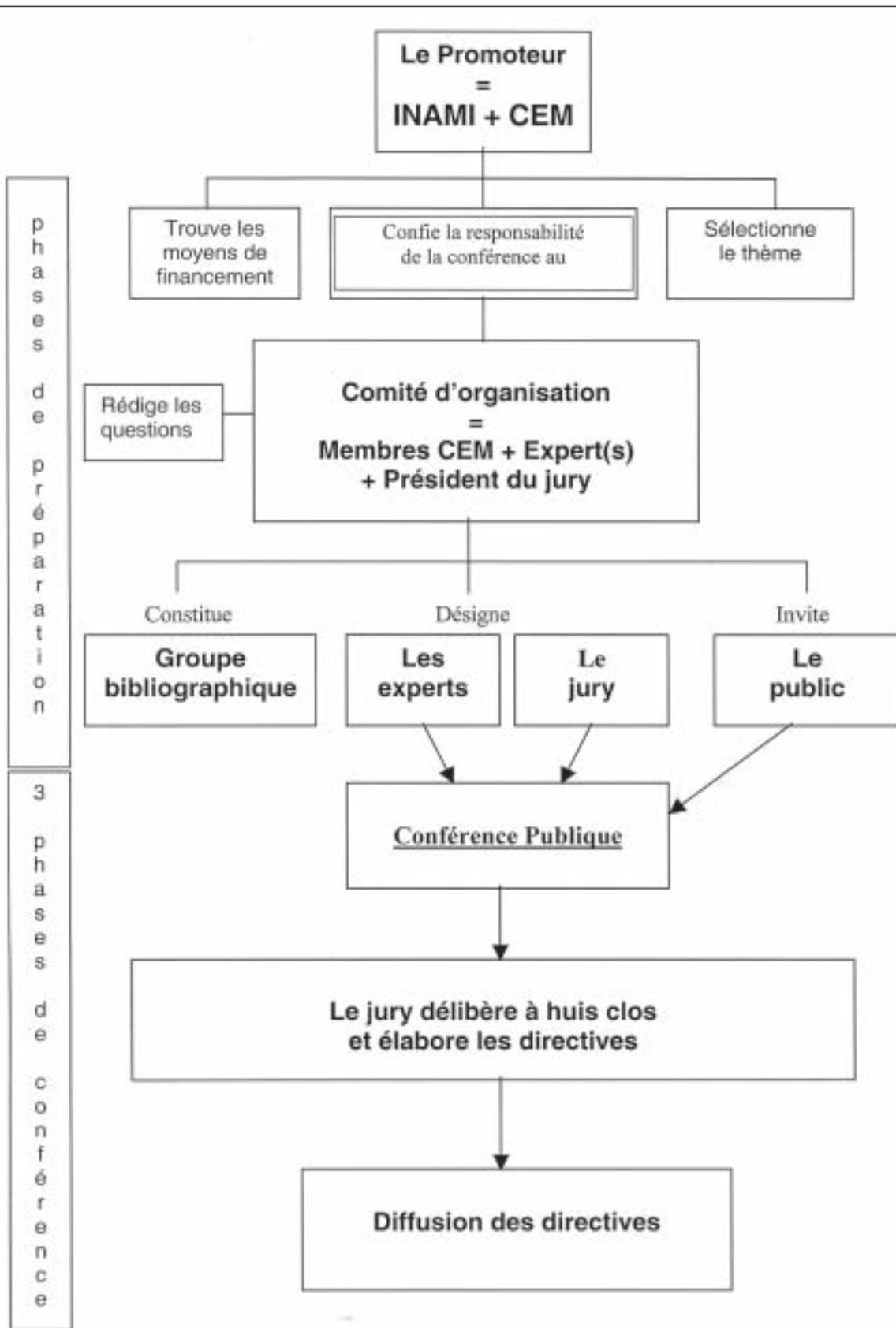


Figure : Organisation d'une conférence de consensus.

b) Quel est le rôle du Comité d'organisation ?

- Il définit le thème qui doit être discuté.
- Il définit les questions générales et subsidiaires auxquelles les orateurs et le jury doivent répondre
- Il identifie tous les objectifs possibles des directives.
- Il choisit les experts, les membres du jury et les

membres du groupe bibliographique et les informe de leur rôle respectif.

- Il contribue à la définition d'une stratégie de recherche de la littérature. Le Comité d'organisation peut proposer ou imposer un outil d'interprétation pour les articles et le niveau de preuve à utiliser dans le classement des articles et des directives.
- Il décide quelles analyses complémentaires doivent

être effectuées (méta-analyse, analyse de la littérature économique, analyse des données juridiques ou éthiques).

- Il définit les modalités de diffusion des directives (quels objectifs ? quels types de documents ? quelles approches de formation ?, etc.).
- Il aide à définir quel type de mesures rigoureuses devraient être réalisées pour les directives.
- Il organise les ressources humaines et matérielles requises (secrétariat, service de documentation, service de communication, ateliers, matériel informatique, etc.).
- Il organise le débat public.

## Le jury

### a) De qui est-il composé ?

Le jury se compose en principe de 8 à 16 membres, qui sont choisis parmi les personnes suivantes :

- des médecins ayant différents types de pratique professionnelle (privée ou publique, en hôpital ou non, universitaire ou non universitaire) et qui appartiennent à différentes disciplines concernées par le thème ;
- des chercheurs, notamment des chercheurs cliniciens ;
- des professionnels de santé non médecins avec différents types de pratique professionnelle ;
- des méthodologistes ;
- des représentants des domaines éthique, économique ou législatif ;
- des représentants du public (associations de malades ou associations de consommateurs) ou des représentants des médias.

Les membres du Comité d'évaluation ont la possibilité de proposer des membres du jury selon la répartition suivante :

- 6 médecins ;
- 2 représentants des organismes assureurs ;
- 2 pharmaciens ;
- 2 infirmiers ;
- 1 représentant des associations de patients.

C'est finalement le Comité d'organisation qui compose le jury.

### b) Quel est le rôle du jury ?

La fonction principale du jury est de fournir, à l'issue de la conférence, un texte consensuel, les conclusions et directives de la conférence. Ce texte doit comporter une réponse précise à chacune des questions. Le jury seul est directement responsable de la teneur et de la qualité des textes.

Au cours de la réunion préparatoire de la conférence de consensus, le jury fixe les modalités de travail que suivra le groupe avant, pendant et après la réunion publique.

## Le groupe bibliographique

La tâche de ce groupe est de fournir une analyse objective de la littérature.

En général, chaque membre du groupe bibliographique doit pouvoir effectuer une analyse aussi exhaustive que possible de la littérature sur l'une des questions de la conférence. Les résumés de la recherche sont ensuite transmis au Comité d'organisation pour relecture et mis à la disposition du jury et des orateurs au moins deux mois avant la réunion publique. Le travail analytique se base sur des principes d'analyse de littérature et permet d'identifier le niveau de preuve scientifique fourni par la littérature.

## Les experts

- Ils sont choisis par le Comité d'organisation.
- Ils doivent avoir une compétence particulière dans le domaine du thème de la conférence, attestée par un travail ou des publications récentes.

Le Comité d'organisation peut faire appel à des experts faisant autorité en dehors du monde scientifique et médical

Les experts doivent refléter l'éventail et la diversité des opinions connues sur le sujet.

## Rédiger, distribuer et mesurer l'impact des directives

A l'issue de la conférence de consensus, le jury rédige les directives en réponse aux questions avancées. Le consensus reflète l'accord réalisé par le jury, obtenu lorsqu'il produit ses conclusions et ses directives. L'accord n'est pas *ipso facto* le point de vue de la majorité de ceux qui ont pris part à la séance publique.

Le jury est requis pour résumer et, dans une certaine mesure, évaluer un nombre considérable de connaissances scientifiques. Tous les travaux à la base de ces connaissances ne sont pas de même qualité. Chaque information scientifique disponible peut être associée à un niveau de preuve particulier.

## ELABORATION DE FEED-BACK POUR LES PRESCRIPTEURS

Afin d'obtenir une meilleure qualité des prestations médicales, l'INAMI a organisé des campagnes de *feed-back* en matière de « prescription » (antibiotiques, antihypertenseurs, examens préopératoires, outliers extrêmes, pourcentage minimum de médicaments bon marché, dépistage du cancer du sein, suivi prénatal) par les médecins généralistes et/ou certains groupes de spécialistes.

La « Plate-forme pour la promotion de la qualité », sous la responsabilité du Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ), a conçu ces *feed-*

back. La Plate-forme est formée de représentants de la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), de la *Vlaamse Kwaliteits Cel Huisartsen* (VKC), du Service *Research Development & Quality* (RDQ) de l'INAMI, de l'Agence de données intermutualiste et du Centre Fédéral d'Expertise (KCE).

La Plate-forme pour la promotion de la qualité a pour but de fournir aux médecins, généralistes comme spécialistes, des informations sur leurs prescriptions individuelles tout en leur permettant de comparer celles-ci aux prescriptions d'autres médecins (confrères du GLEM, de l'arrondissement ou de l'ensemble de la Belgique).

Par exemple, des indicateurs de qualité relatifs à la prescription d'antibiotiques en première ligne, approuvés par la Commission de coordination pour la politique antibiotique (BAPCOC) sont repris dans le *feed-back* « antibiotiques » pour permettre une meilleure interprétation des données de prescription.

Les données sont fournies sous formes de figures et tableaux, pour lesquels des grilles de lecture sont présentées.

Le tout est destiné à une discussion au sein du GLEM, devant permettre une utile réflexion commune sur les prescriptions. Les animateurs de GLEM ont la possibilité de se former à la lecture et à l'interprétation de ce *feed-back*, auprès des Sociétés Scientifiques qui font partie de la Plate-forme (pour les médecins généralistes).

## BIBLIOGRAPHIE

Quelques publications reprenant des synthèses des ressources pour l'élaboration des différentes méthodologies présentées dans cet article :

- Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale. Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France. Paris, ANDEM, 1997
- Chevalier P : Intérêts et finalités de la recommandation en médecine générale. *Louvain Médical* 2003 ; 122 : S88-90
- De Cort P : Evidence-Based Practice. *Minerva-f* 2006 ; 5 : 49
- De Maeseneer J, van Driel M, Green L, van Weel C : De nood aan medische, contextuele en beleidsgebonden evidentie. *Huisarts Nu* 2005 ; 34 : 263-9
- Guyatt G, Rennie D for The Evidence-Based Medicine Working Group : User's guides to the medical literature. A manual for Evidence-Based clinical practice. *JAMA & Archives Journals* 2002 : 706

- Hannes K, Van Royen P, Aertgeerts B, Buntinx F, Ramaekers D, Chevalier P : La validation systématique de guides de pratique clinique : L'instrument AGREE, élaboration et diffusion d'une liste internationale de critères. *Rev Med Liège* 2005 ; 60 : 949-56
- Haynes RB, Sackett DL, Guyatt GH, Tugwell P : *Clinical Epidemiology. How to do clinical practice research.* Lippincott, Williams & Wilkins, 2006 : 496
- Junod A : Décision médicale ou la quête de l'explicite. *Médecine et Hygiène* 2003 : 333
- Paulus D, Chevalier P, Bruwier G : Recommandations de bonne pratique : outils pertinents ? *Revue Médecine Générale* 2001 ; 186 : 352-6
- Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB : *Médecine fondée sur les faits. Evidence-Based Medicine*, 3<sup>ème</sup> édition. Paris, Elsevier Masson, 2007 : 287

## PRINCIPALES ASSOCIATIONS CITEES

- La Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) est une société scientifique dont le but essentiel est la promotion scientifique du médecin généraliste. Elle s'attache à poursuivre le maintien et l'amélioration de la qualité et de la spécificité de la médecine générale, tant du point de vue théorique que pratique.  
Site web : <http://www.ssmg.be>
- L'a.s.b.l. *Domus Medica* défend les intérêts des médecins de famille et des cercles de médecins en Flandre, sur le plan scientifique, social et syndical au travers d'un processus décisionnel démocratique et scientifique ; elle promeut l'élaboration et la réalisation de soins de santé corrects centrés sur le patient et d'une politique des soins.  
Site web : <http://www.domus-medica.be>
- La BAPCOC est une commission pluridisciplinaire au sein de laquelle des scientifiques, des généralistes, des microbiologistes, des hygiénistes hospitaliers, des pharmaciens, des vétérinaires et des décideurs politiques collaborent étroitement. La commission peut faire appel, pour la base scientifique, à la Cellule Technique Epidémiologie (CTE) et à de nombreux experts.  
Site web : <http://www.health.fgov.be/antibiotics>
- L'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) est chargé de la gestion administrative et financière de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités (indemnités pour incapacité de travail et frais funéraires) et de l'assurance maternité en Belgique.  
Site web : <http://www.inami.be>

### Correspondance et tirés à part :

P. CHEVALIER  
Luchterestraat 1  
9031 Drongen

Travail reçu le 7 avril 2007 ; accepté dans sa version définitive le 8 juin 2007.