

Les lignes directrices en soins primaires devraient-elles être rédigées par des médecins de famille?

OUI – G. Michael Allan MD CCFP **NON** – Jean Bourbeau MD MSc FRCPC

OUI Les médecins de famille forment environ la moitié de l'effectif médical au Canada et représentent 68 % des consultations en santé au pays¹. Les normes selon lesquelles les médecins de famille fournissent des soins dans le pays découlent, au moins en partie, de lignes directrices. Or, combien de médecins de famille participent-ils à la rédaction de ces lignes directrices? Dans l'ensemble, les médecins de famille représentent 17 % des collaborateurs aux guides de pratique clinique en soins primaires². En revanche, nos collègues spécialistes constituent 54 % de ces collaborateurs².

Les croyances qui justifient le statu quo

Vous vous demandez peut-être comment il se fait qu'un groupe qui assure la prestation de 68 % des soins n'est représenté qu'à 17 % parmi ceux qui définissent comment les soins devraient être fournis. Passons en revue certaines des justifications potentielles expliquant cette contradiction.

Les spécialistes connaissent les données probantes. Peut-être, mais la recherche indique que leur interprétation des données probantes pourrait être biaisée par leurs opinions antérieures et, par conséquent, leur examen des données probantes est de qualité inférieure³. De fait, plus grande est leur expertise dans un domaine, plus il est probable que leur analyse soit erronée³.

Les spécialistes connaissent les innovations et les produits les plus récents. Les spécialistes membres de comités de guides de pratique clinique sont fréquemment d'importants leaders d'opinion et, malheureusement, plusieurs d'entre eux ont d'étroites associations avec l'industrie⁴. Selon la recherche, environ les 2/3 des auteurs de lignes directrices ont des conflits d'intérêts⁵. Au Canada, les conflits d'intérêts sont signalés dans seulement 31 % des guides de pratique et, quand ils le sont, de tels conflits sont plus courants chez les spécialistes que chez les médecins de famille (49 % c. 28 %)². Nous savons que les affiliations avec l'industrie influencent les recommandations concernant l'inclusion de médicaments sur les formulaires⁶ et le soutien à des produits⁷. De plus, les conflits d'intérêts sont parfois plus directs. Par exemple, une plus grande participation de radiologistes dans les lignes directrices sur la mammographie

s'est traduite par des recommandations de les commencer plus tôt (à 40 ans) que c'était le cas lorsque des cliniciens de soins primaires étaient impliqués⁸.

Les soins des médecins de famille sont de qualité inférieure. On croit couramment que les médecins de famille fournissent des soins de qualité inférieure, une idée fautive à laquelle souscrivent souvent les médecins de famille eux-mêmes. Par ailleurs, les populations où les effectifs en soins primaires sont plus nombreux ont de meilleurs résultats sur le plan de la santé⁹. Certains chercheurs en sont même arrivés à une formule : dans une population de 10 000, la mortalité diminue de 3,5 fois pour chaque médecin de famille ajouté par opposition à une augmentation de 1,5 fois pour chaque spécialiste additionnel¹⁰. Des données probantes plus récentes font valoir que les médecins de famille sont les professionnels de la santé les plus importants pour obtenir des résultats dans le cancer du sein¹¹, l'insuffisance cardiaque¹² et l'insuffisance rénale¹³. Ces résultats impressionnants se produisent malgré le fait que les médecins de famille ont davantage de visites par des patients à morbidité plus élevée que leurs collègues spécialistes¹⁴.

Des experts en soins primaires

Face à ces arguments erronés, que reste-t-il? Nous devons confronter la réalité du fait que les médecins de famille et les autres spécialistes ont des pratiques différentes. Cette situation se manifeste sous la forme de ce qu'on appelle le biais de spectre¹⁵. Ce que nous voyons, qui nous voyons, comment nous les voyons, nos relations avec les patients et bien d'autres choses encore sont profondément différents. Alors, lorsque 50 % de toutes les recommandations des lignes directrices ne se fondent sur rien d'autre que l'opinion d'experts^{16,17}, ne devrions-nous pas nous fier aux véritables experts en soins primaires? Comment nos collègues aux pratiques limitées peuvent-ils espérer offrir des conseils pour l'intégralité de notre pratique? C'est par cette folie que les lignes directrices sont passées de suggestions pratiques à un dogme irrationnel.

D'abord, nous sommes submergés de recommandations. Si nous devons suivre les guides de pratique clinique, il faudrait 18 heures par jour à un médecin de famille pour prendre en charge la maladie chronique et fournir des soins préventifs^{18,19}. De plus, le nombre des recommandations dans ces guides ne cesse

This article is also in English on page 705.

d'augmenter¹⁶. Lorsqu'on met l'accent sur le dépistage et la maladie chronique, dont les nombres de cas nécessaires à traiter sont relativement faibles, nos patients font les frais de nos possibilités perdues de donner des soins pour des problèmes aigus et des maladies symptomatiques pour lesquels nous avons le plus d'effets.

Deuxièmement, les lignes directrices en sont venues à glorifier les marqueurs de substitution et à valoriser leur atteinte au détriment des soins centrés sur le patient²⁰. Ces seuils que nous visons, et qui nous incitent à reprocher à nos patients de ne pas les atteindre, ne sont souvent pas réalisables, même avec la prise en charge la plus rigoureuse qui soit²¹. Cette situation a contribué à des soins devenus fastidieux²². Pour certains problèmes, nos soins peuvent réduire la qualité de vie de manière semblable à l'angine ou à un faible AVC²³.

Sans aucun doute, certains lecteurs présumeront que je n'ai pas l'esprit d'équipe et que j'ometts d'apprécier à leur juste valeur les habiletés et les connaissances de nos collègues spécialistes. En réalité, je valorise grandement leur assistance. Dans les soins aux patients, surtout ceux dont le problème ou ses présentations étaient inhabituels, je leur ai été exceptionnellement reconnaissant de leurs conseils et de leur aide. Dans mes travaux de recherche et de rédaction, j'ai trouvé leurs réflexions et leurs opinions très utiles. Toutefois, cela ne justifie pas la rédaction de lignes directrices en soins primaires dominée par des spécialistes pour des problèmes et des dépistages courants. Je ne propose pas que nous abandonnions notre relation avec nos collègues spécialistes, seulement que nous abandonnions les lignes directrices dominées par des spécialistes, que nous commençons à produire nos propres guides de pratique sous la direction de cliniciens en soins primaires et que ces derniers forment la majorité des collaborateurs²⁴. En comparaison de nos collègues spécialistes, les médecins de soins primaires peuvent examiner les données probantes au moins aussi bien, ont moins de conflits d'intérêts et comprennent bien mieux leur application en soins primaires.

Alors, armé de cette information, que doit faire un clinicien rationnel en soins primaires? Je crois que nous avons l'obligation de changer la situation actuelle en ce qui concerne nos lignes directrices. Nos dirigeants, le Collège des médecins de famille du Canada et les sections provinciales devraient commencer à indiquer qu'ils ne donneront pas leur aval à des lignes directrices ciblant les soins primaires à moins que leur rédaction soit dirigée par des médecins de soins primaires et que leur représentation au sein des comités soit raisonnable et proportionnelle. Parmi les autres aspects essentiels dans les guides de pratique, il doit y avoir une limite (disons < 25 %) dans le nombre de membres du comité ayant des conflits d'intérêts, et l'examen des données probantes doit être rigoureux et détaillé. Les médecins de famille exerçant des rôles

administratifs devraient remettre en question toutes les tentatives par des administrateurs et des bureaucrates d'incorporer des recommandations de lignes directrices sous la direction de spécialistes dans les mesures du rendement selon lesquelles nous (et nos patients) sommes jugés et récompensés. Enfin, nous, en première ligne, devons reconnaître les nombreuses faiblesses de nos guides de pratique actuels, accorder la priorité à nos patients (avant les seuils absurdes et inaccessibles et les soins contraignants) et préconiser à chaque occasion nos propres lignes directrices et indicateurs de rendement.

Le Dr Allan est professeur et directeur de la médecine fondée sur des données probantes au Département de médecine familiale de l'Université de l'Alberta à Edmonton.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Dr G. Michael Allan; courriel mgallan@ualberta.ca

Références

1. Stewart M, Ryan B. L'écologie des soins de santé au Canada. *Can Fam Physician* 2015;61:449-53 (ang), e249-54 (fr).
2. Allan GM, Kraut R, Crawshaw A, Korownyk C, Vandermeer B, Kolber MR. Collaborateurs aux lignes directrices en soins primaires: Quelles sont leurs professions et combien sont en conflit d'intérêts? *Can Fam Physician* 2015;61:52-8. (ang), e50-7 (fr).
3. Oxman AD, Guyatt GH. The science of reviewing research. *Ann N Y Acad Sci* 1993;703:125-33.
4. Moynihan R. Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise? *BMJ* 2008;336(7658):1402-3.
5. Neuman J, Korenstein D, Ross JS, Keyhani S. Prevalence of financial conflicts of interest among panel members producing clinical practice guidelines in Canada and United States: cross sectional study. *BMJ* 2011;343:d5621.
6. Chren MM, Landefeld CS. Physicians' behavior and their interactions with drug companies. A controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *JAMA* 1994;271(9):684-9.
7. Wang AT, McCoy CP, Murad MH, Montori VM. Association between industry affiliation and position on cardiovascular risk with rosiglitazone: cross sectional systematic review. *BMJ* 2010;340:c1344.
8. Norris SL, Burda BU, Holmer HK, Ogen LA, Fu R, Bero L et coll. Author's specialty and conflicts of interest contribute to conflicting guidelines for screening mammography. *J Clin Epidemiol* 2012;65(7):725-33.
9. Chang CH, Stukel TA, Flood AB, Goodman DC. Primary care physician work-force and Medicare beneficiaries' health outcomes. *JAMA* 2011;305(20):2096-105.
10. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US states, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract* 2003;16(5):412-22.
11. Fisher KJ, Lee JH, Ferrante JM, McCarthy EP, Gonzalez EC, Chen R et coll. The effects of primary care on breast cancer mortality and incidence among Medicare beneficiaries. *Cancer* 2013;119:2964-72.
12. McAlister FA, Youngson E, Bakal JA, Kaul P, Ezekowitz J, van Walraven C. Impact of physician continuity on death or urgent readmission after discharge among patients with heart failure. *CMAJ* 2013;185(14):E681-9.
13. Wiebe N, Klarenbach SW, Allan GM, Manns BJ, Pelletier R, James MT et coll. Potentially preventable hospitalization as a complication of CKD: a cohort study. *Am J Kidney Dis* 2014;64(2):230-8.
14. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Ann Fam Med* 2003;1(1):8-14.
15. Jelinek M. Spectrum bias: why generalists and specialists do not connect. *Evid Based Med* 2008;13(5):132-3.
16. Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA* 2009;301(8):831-41.
17. Lee DH, Vielemeyer O. Analysis of overall level of evidence behind Infectious Diseases Society of America practice guidelines. *Arch Intern Med* 2011;171(1):18-22.
18. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005;3:209-14.
19. Yarnall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93(4):635-41.
20. Yudkin JS, Lipska KJ, Montori VM. The idolatry of the surrogate. *BMJ* 2011;343:d7995.
21. Lindblad AJ, Makowsky M, Allan GM. Treating to target: ready, fire, aim. *Can Fam Physician* 2014;60:541.

22. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294(6):716-24.
23. Huang ES, Brown SE, Ewigman BG, Foley EC, Meltzer DO. Patient perceptions of quality of life with diabetes-related complications and treatments. *Diabetes Care* 2007;30(10):2478-83.
24. Allan GM, Lindblad AJ, Comeau A, Coppola J, Hudson B, Mannarino M et coll. Simplified lipid guidelines. Lignes directrices simplifiées sur les lipides. Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires. *Can Fam Physician* 2015;61:857-67 (ang), e439-50 (fr).

CONCLUSIONS FINALES – OUI

G. Michael Allan MD CCFP

- Les médecins de famille prodiguent 68 % de tous les soins au Canada mais ne sont représentés qu'à 17 % parmi les collaborateurs qui rédigent leurs propres lignes directrices en soins primaires.
- Les lignes directrices sont devenues fastidieuses pour les patients et pour s'y conformer, il faudrait à un médecin de famille y consacrer 18 heures de chaque journée de travail.
- Les médecins de famille obtiennent d'excellents résultats en matière de santé, sont moins susceptibles d'avoir des affiliations avec l'industrie et pourraient avoir moins de partialité dans leur interprétation des données probantes.
- À la défense des soins primaires, il est temps que les médecins de famille exercent un rôle dominant de leadership dans la production de leurs propres lignes directrices en soins primaires.

Les parties à ce débat contestent les arguments de leur opposant dans des réfutations accessibles à www.cfp.ca. Participez à la discussion en cliquant sur Rapid Responses à www.cfp.ca.

NON Les lignes directrices ont pour but principal d'améliorer la qualité et l'uniformité des soins. La prémisse est que les lignes directrices, qui favorisent les interventions dont les bienfaits sont prouvés, réduiront la morbidité ou la mortalité. Ce n'est pas nécessairement le cas dans la pratique au quotidien, car souvent, les lignes directrices ne sont pas appliquées. Les données probantes attestant que les lignes directrices améliorent les résultats pour le patient dans les soins médicaux primaires sont très limitées¹.

Avant même de dire que les guides de pratique clinique ont le potentiel d'améliorer les soins et les résultats pour le patient, il est essentiel de faire en sorte qu'ils soient élaborés en fonction d'un haut standard de qualité. Les normes sont bien établies concernant la transparence, l'atténuation des conflits d'intérêts, la composition du groupe, la révision systématique des données probantes, le fondement des données probantes,

la rédaction et la cotation des recommandations, de même que leur mise à jour². Un certain nombre de systèmes de classification ont été mis au point dans ce processus dans l'intention, le plus souvent, de donner une indication de la « force » de la recommandation. C'est ce qu'on appelle la médecine fondée sur des données probantes. Dans l'exercice de la médecine fondée sur des données probantes, nous tentons d'améliorer la pratique générale de la science de la médecine.

L'expertise requise

Dans le contexte des standards régissant les lignes directrices, devrions-nous avoir un débat entourant la composition des groupes? Dans un des récents débats à ce propos, il était préconisé que les experts en méthodologie soient ceux qui devraient produire les lignes directrices. Comme vous pouvez l'imaginer, cette conclusion repose largement sur le problème émanant du fait que l'industrie pharmaceutique ait financé la rédaction de nombreux guides de pratique ou encore que ces derniers aient été produits par des groupes ayant une représentation disproportionnée de personnes ayant des conflits d'intérêts commerciaux. Tous reconnaissent la nécessité de minimiser les conflits d'intérêts et que des experts en méthodologie participent à la création des guides de pratique. Toutefois, si les lignes directrices étaient produites principalement par des experts en méthodologie, ce serait comme avoir un sommelier qui ne boit pas de vin. Ne créons pas un nouveau problème en tentant d'en résoudre un ancien!

La composition du groupe devrait être équilibrée et comporter des experts en méthodologie et des cliniciens. Les normes les plus récentes ont insisté sur l'importance d'avoir des représentants des populations susceptibles d'être concernées par les lignes directrices, comme les médecins de famille (ceux les plus touchés dans leurs pratiques) et les patients (ceux dont les soins sont influencés). Des médecins de famille élaborent maintenant leurs propres lignes directrices. Est-ce la bonne réponse pour améliorer la médecine fondée sur des données probantes? De l'avis des spécialistes, les guides de pratique clinique élaborés sans leur contribution ne reposeront pas sur toute l'expertise requise. De plus, une élaboration distincte de lignes directrices par des spécialistes et par des médecins de famille engendre le risque potentiel de recommandations contradictoires ou de débats pouvant nuire à la pratique clinique et aux soins aux patients. Des débats qui semblent potentiellement dommageables sur la scène publique. Les consommateurs naïfs de lignes directrices, comme les organismes gouvernementaux ou les payeurs, pourraient choisir d'accepter les recommandations qui leur conviennent le mieux et qui servent principalement leurs intérêts financiers. Une telle situation pourrait