

# Guidelines: fausse route ou voie dorée?

Dr<sup>s</sup> **BENEDIKT HUTTNER** et **MATTHIAS CAVASSINI**



Articles publiés  
sous la direction de

## BENEDIKT HUTTNER

Service des maladies  
infectieuses et  
Service de contrôle  
et prévention des  
infections  
HUG, Genève

## MATTHIAS CAVASSINI

Service des maladies  
infectieuses  
Département de  
médecine  
CHUV, Lausanne

## Bibliographie

1  
—  
Tsgawa Y, Jena AB, Figueroa JF, et al. Comparison of hospital mortality and readmission rates for medicare patients treated by male vs female physicians. *JAMA Intern Med* 2017;177:206-13.

2  
—  
Baumhake M, Muller U, Bohm M. Influence of gender of physicians and patients on guideline-recommended treatment of chronic heart failure in a cross-sectional study. *Eur J Heart Fail* 2009;11:299-303.

3  
—  
Goitein L, James B. Standardized best practices and individual craft-based medicine: a conversation about quality. *JAMA Intern Med* 2016;176:835-8.

4  
—  
Lee DH, Vilemeyer O. Analysis of overall level of evidence behind Infectious diseases society of America practice guidelines. *Arch Intern Med* 2011;171:18-22.

« Docteur dois-je m'inquiéter des résultats de cette étude? » c'est ainsi qu'un patient a interpellé par courriel l'un d'entre nous en décembre 2016. En effet, le *JAMA Internal Medicine* publia une analyse de données Medicare aux Etats-Unis qui attira beaucoup l'attention des médias et... des patients.<sup>1</sup> Cette étude observationnelle suggère que les patients traités par des médecins femmes présentent une meilleure évolution sur le plan de la mortalité intrahospitalière (11,07 vs 11,49%) et des réadmissions (15,02 vs 15,57%), comparés aux patients traités par leurs collègues masculins dans les mêmes hôpitaux.

La réponse donnée au patient fut: « Changez de médecin, car je n'envisage pas de changer de sexe! ». Nous avons cependant l'espoir que le sexe des médecins *en soi* n'explique pas les différences observées et doit être un marqueur indirect de comportements différents des 2 sexes. Une explication potentielle, mentionnée par les auteurs de Harvard, est que les médecins femmes suivent plus souvent les « recommandations » établies (*guidelines*).<sup>2</sup> Beaucoup de médecins, en maladies infectieuses comme dans d'autres disciplines, ne sont pas toujours enclins à appliquer les « recommandations officielles ». Un but des guidelines est de standardiser la prise en charge des patients, mais cet aspect est parfois perçu comme une menace à l'excellence individuelle et quelquefois comme une intention uniforme et réductrice limitant l'autonomie des médecins.<sup>3</sup> Discutons quelques points souvent mis en avant contre les guidelines.

### Les recommandations ne sont souvent pas basées sur une médecine fondée sur des preuves

En effet, une étude, publiée en 2011, montrait que seulement 14% des recommandations dans les guidelines publiées par la Société américaine de maladies infectieuses (IDSA) étaient basées sur des recommandations de grade I, donc soutenues par au moins une étude randomisée contrôlée (RCT); notons que la Société de cardiologie demandait au moins 2 RCT pour ce niveau d'évidence. Depuis 2011, les guidelines IDSA sont basées sur le système GRADE qui est plus nuancé pour juger

l'évidence.<sup>4,5</sup> Une autre analyse, dans le domaine de la cardiologie, a mis en évidence qu'avec des éditions consécutives des recommandations, il y avait une tendance à augmenter les recommandations basées sur de faibles évidences.<sup>6</sup> Une autre critique de la médecine fondée sur les preuves est le fait

que les études avec la meilleure validité interne ont souvent une faible validité externe parce que les participants des RCT sont peu représentatifs de la population de patients vue par les cliniciens.<sup>7</sup> Il n'y a donc pas de doute sur la nécessité d'améliorer la base de l'évidence en médecine et d'effectuer de nouveaux types d'études (par exemple, point-of-care randomisation).<sup>8</sup>

### Les différentes recommandations internationales ne sont pas cohérentes entre elles

Il peut y avoir des discordances majeures dans des recommandations internationales même pour des syndromes fréquents comme le mal de gorge.<sup>9</sup> Les différences, au moins dans le domaine des maladies infectieuses, sont en partie justifiables par une épidémiologie géographique différente des pathogènes. Dans ce contexte, il est intéressant d'étudier les guides antibiotiques des différents hôpitaux universitaires de Suisse: ils divergent souvent sur le type de traitement (molécule, posologie) ou sa durée. Chaque centre pense probablement faire mieux que les autres, mais en réalité c'est peu probable (un exemple de l'effet Dunning-Kruger où chacun pense faire mieux que la moyenne).<sup>10</sup>

On peut aussi se demander si chaque pays doit vraiment développer des recommandations séparées. Cependant, une adaptation de recommandations pour la Suisse qui tient compte de l'épidémiologie et la disponibilité des médicaments locaux nous semble nécessaire, comme cela est fait par exemple pour les infections urinaires.<sup>11</sup> Dans ce but, la Société suisse de maladies infectieuses a établi un groupe de travail pour concevoir des recommandations de manière coordonnée.

### Les guidelines manquent de transparence

Il est vrai qu'il y a souvent un manque de transparence concernant le panel des experts

**CET ASPECT EST  
PARFOIS PERÇU  
COMME UNE  
MENACE À  
L'EXCELLENCE  
INDIVIDUELLE**

5  
—  
Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.

6  
—  
Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA* 2009;301:831-41.

7  
—  
Kennedy-Martin T, Curtis S, Faries D, Robinson S, Johnston J. A literature review on the representativeness of randomized controlled trial samples and implications for the external validity of trial results. *Trials* 2015;16:495.

8  
—  
Huttner A, Leibovic L, Theuretzbacher U, Huttner B, Paul M. Closing the evidence gap in infectious disease: point-of-care randomization and informed consent. *Clin Microbiol Infect* 2017;23:73-7.

9  
—  
Chiappini E, Regoli M, Bonsignori F, et al. Analysis of different recommendations from international guidelines for the management of acute pharyngitis in adults and children. *Clin Ther* 2011;33:48-58.

10  
—  
Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *J Pers Soc Psychol* 1999;77:1121-34.

11  
—  
Hasse B, Huttner A, Huttner B, et al. Traitement des infections urinaires simples. 2014. [www.sginf.ch/files/traitement\\_des\\_infections\\_urinaires\\_simples.pdf](http://www.sginf.ch/files/traitement_des_infections_urinaires_simples.pdf) (accessed February 10, 2017).

## Bibliographie

12

Schunemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines international network: principles for disclosure of interests and management of conflicts in guidelines. *Ann Intern Med* 2015;163:548-53.

13

Chen Y, Yang K, Marusic A, et al. A Reporting tool for practice guidelines in health care: the RIGHT statement. *Ann Intern Med* 2017;166:128-32.

14

Treatment of chronic hepatitis C – September 2016 update SASL-SSI expert opinion statement. 2016. [https://sasl.unibas.ch/guidelines/SASL-SSL\\_HepC\\_EOS\\_September\\_2016.pdf](https://sasl.unibas.ch/guidelines/SASL-SSL_HepC_EOS_September_2016.pdf) (accessed February 10, 2017).

15

Girardin F, Goossens N, Vernaz N, Negro F. Repenser la politique de remboursement des agents antiviraux directs contre l'hépatite C chronique. *Rev Med Suisse* 2015;11:1610-6.

16

Schuts EC, Hulscher ME, Mouton JW, et al. Current evidence on hospital antimicrobial stewardship objectives: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2016;16:847-56.

17

Patel I, Wungjiranirun M, Theethira T, et al. Lack of adherence to SHEA-IDA treatment guidelines for Clostridium difficile infection is associated with increased mortality. *J Antimicrob Chemother* 2017;72:574-81.

en charge et de leurs potentiels conflits d'intérêts. Ce problème est en partie abordé par des «guidelines» pour les *guidelines* (les sceptiques des recommandations vont rire) concernant les conflits d'intérêts.<sup>12,13</sup> Les conflits d'intérêts n'étant pas complètement évitables – un expert dans un domaine peut être biaisé vers ses préférences personnelles même sans conflit d'intérêts financiers – une transparence maximale semble essentielle. Les nouvelles recommandations européennes pour la prise en charge de la méningite, rédigées avec une participation de la Suisse, nous semblent un bon exemple à suivre. En effet, la Société européenne de maladies infectieuses (ESCMID) donne la possibilité à tous les membres de la société de commenter les recommandations avant leurs finalisations.

### Les guidelines ne sont pas toujours en accord avec les assurances-maladie suisses ou les autorités sanitaires

Le meilleur exemple récent est les traitements de l'hépatite C. Bien que les experts suisses des 2 sociétés concernées aient été très réactifs dans leurs recommandations afin de tenir compte des résultats des nombreuses RCT ainsi que des mises à jour des recommandations européennes et américaines, le clinicien ne pouvait tout simplement pas opter pour le meilleur traitement recommandé – parfois pourtant moins coûteux – car non remboursé par les assurances-maladie.<sup>14</sup> Ces dernières justifiaient leurs positions par une application stricte des interprétations de l'Office fédéral de la santé publique de l'utilisation des médicaments approuvés par Swissmedic. Chacun met la faute sur l'autre, instance ayant comme conséquence des patients non traités ou mal soignés.<sup>15</sup>

Ayant mentionné quelques problèmes, quelles sont les alternatives? Est-ce que l'apprentissage de *l'art médical* avec le temps peut se substituer aux recommandations rédigées par des panels d'experts? Il ne fait aucun doute qu'avec l'expérience, la capacité de poser des

diagnostics et gérer les rapports avec les patients s'améliorent, c'est ce que nous appelons le métier. Mais est-ce que les bonnes ou mauvaises expériences que nous avons eues avec *nos traitements* peuvent supplanter les recommandations basées sur une revue systématique de la littérature? Nous devons être conscients que même le plus expérimenté des infectiologues possède ses propres biais, habitudes, voire dérives qui s'apparentent à une *cuisine locale* s'éloignant parfois de la rigueur scientifique.<sup>a</sup> Ces habitudes locales se traduisent parfois sous le nom *d'école*. Est-ce acceptable de considérer que la même pathologie à Genève, Lausanne ou Zurich ne conduise

pas à la même attitude thérapeutique, car il s'agit d'écoles différentes? Dans quelle mesure le fait de suivre les recommandations peut-il nuire aux patients? Dans le domaine des maladies infectieuses le respect des recommandations est pourtant associé à de meilleures évolutions cliniques dans plusieurs études observationnelles.<sup>16,17</sup> Il semble donc *in fine* que l'application des recommandations a un impact positif sur le plan collectif. Avant de s'en éloigner, essayons de les comprendre et de les suivre et peut-être un jour les médecins hommes seront-ils aussi bons que leurs collègues féminins...

**Remerciements:** Nous remercions le Pr Laurent Kaiser et le Dr Angela Huttner pour la relecture du texte et leurs commentaires.

<sup>a</sup> Dans ce contexte nous recommandons fortement la lecture du livre «The undoing project» par Michael Lewis sur l'amitié entre Daniel Kahneman et Amos Tversky, les premiers à systématiquement explorer ces biais.

**MÊME LE PLUS  
EXPÉRIMENTÉ  
DES INFECTIOLOGUES  
POSSÈDE  
SES PROPRES  
BIAS, HABITUDES,  
VOIRE DÉRIVES**