

23^e CONGRÈS
NATIONAL

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



Exercer
et enseigner
la médecine
générale

29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40
ANS
du
CNGE

Centre
des congrès
de
Lyon

Guideline ou Evidence... Based Medicine

« si tout se vaut...rien ne vaut »

Pr Rémy Boussageon

Président du conseil scientifique

Conflit d'intérêt : AUCUN

#CNGE2023

www.congrescnge.fr

23^e CONGRÈS NATIONAL

Exercer et enseigner la médecine générale

CNGE COLLEGE ACADEMIQUE



29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40 ANS du CNGE

Centre des congrès de Lyon

Au commencement :

1992

Evidence-Based Medicine

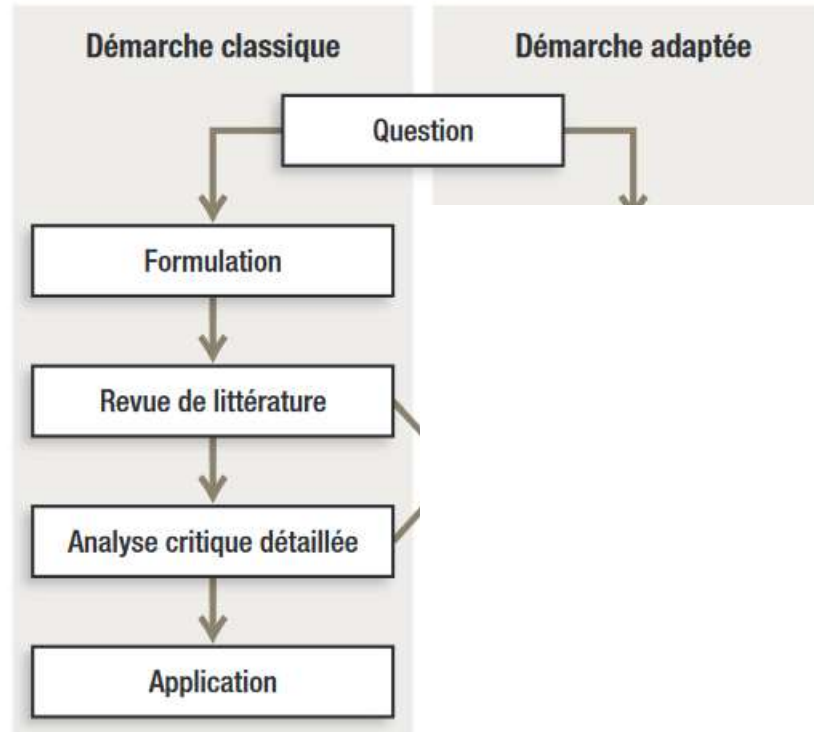
A New Approach to Teaching the Practice of Medicine

Evidence-Based Medicine Working Group

2002 :

Lecture Critique d'Article en France

Étapes de la médecine factuelle⁴



23^e CONGRÈS NATIONAL

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



Exercer et enseigner la médecine générale



29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40 ANS
du
CNGE

Centre
des congrès de
Lyon

Au commencement :

1992

Evidence-Based Medicine

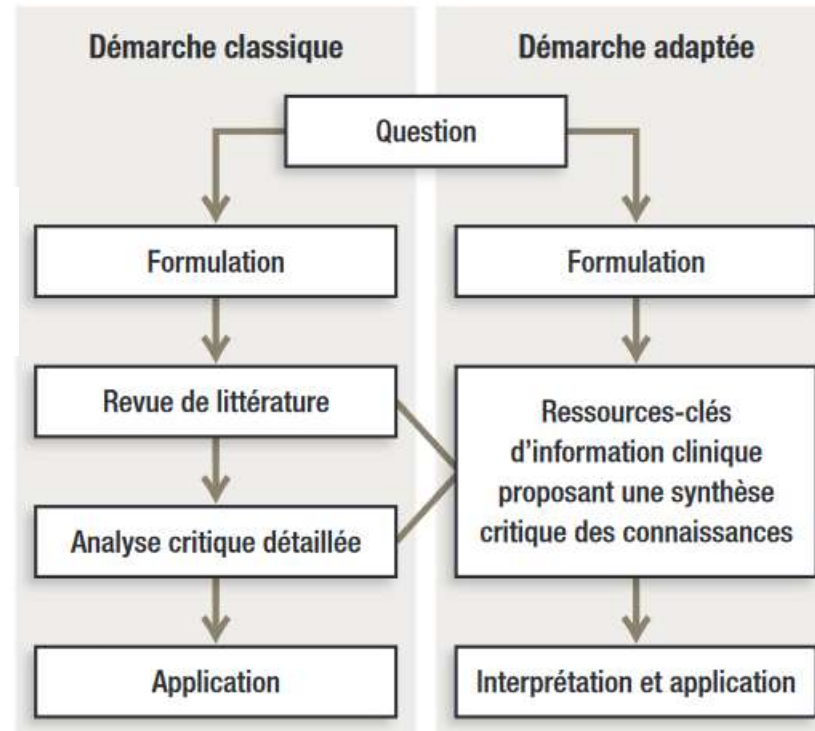
A New Approach to Teaching the Practice of Medicine

Evidence-Based Medicine Working Group

2002 :

Lecture Critique d'Article en France

Étapes de la médecine factuelle⁴



Après les années 2000 :

1. Les praticiens n'ont pas le temps ni les compétences pour faire de l'EBM
2. Déléguer l'EBM aux « experts » : Guides de pratique clinique
3. Oui, à condition qu'ils fassent vraiment de l'EBM !

Beaucoup de guides de pratique clinique, très variables selon :

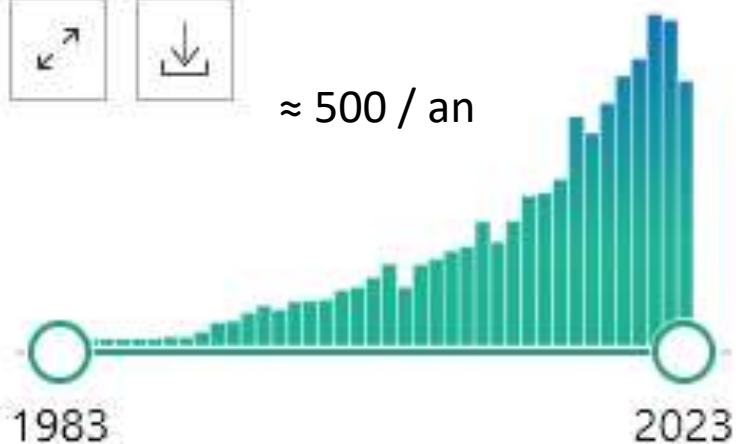
- Leur public
- Leur population cible
- Leur qualité
- Leur méthode
- et leurs recommandations ! (parfois opposées)

RESULTS BY YEAR

5,855 results



≈ 500 / an



- ✓ Dyslipidémies : ESC -AHA/ACC vs CMFC ?
- ✓ Angine à streptocoque¹ : TROD et Antibiotiques
- ✓ HTA² : variabilité des seuils et des cibles de PA
- ✓ Dépistages³ : USPTF vs HAS

1. Supper I, et al. Fam Practice 2022

2. Alper BS et al. JAMA Netw Open 2019

3. Meunier PY, et al. Santé Publique 2024

Comment choisir ? 3 critères de « fiabilité »

G-TRUST GUIDELINE SCORECARD	
Score	Criteria
Yes	Focus on patient-oriented outcomes
Yes	Clear and actionable recommendations
Yes	Relevant patient populations and conditions
Yes	Based on systematic review
Yes	Evidence graded by quality
Yes	Separate evidence review or analyst in guideline team
Yes	Chair and majority free of conflicts of interest
Yes	Development group includes most relevant specialties, patients, and payers
Overall – useful	

Note: See related editorial, Where Clinical Practice Guidelines Go Wrong, at <https://www.aafp.org/afp/gtrust.html>.
G-TRUST = guideline trustworthiness, relevance, and utility scoring tool.
Copyright © 2017 Allen F. Shaughnessy, PharmD, MMedEd, and Lisa Cosgrove, PhD. Used with permission.

Réalisation d'une revue systématique

Niveau de preuve évalué

Sans conflits d'intérêt (ou peu)

1/ Les conflits d'intérêts

■ Les conflits d'intérêts (CI) financiers des auteurs :

- 50 % des guides ne décrivent pas les financements des auteurs¹
- 80 % des guides de l'ESC ont au moins un auteur avec des CI²

■ Et alors ?

« *un expert sans conflit d'intérêt est un expert sans intérêt* »

■ Les guides dont les auteurs ont des conflits d'intérêts :

- Recommandent l'intervention plus souvent que les guides sans CI¹
- Recommandant de ne pas proposer l'intervention moins souvent^{1,3}
- Exemple de l'USPTF (pas de CI): Recommande de ne pas dépister les sténoses carotidiennes ou la BPCO...

1. Stelfox HT *et al.* Plos Med 2016

2. Hinton J *et al.* Clin Med 2021

3. Nejtgaard CH *et al.* BMJ 2021

G-TRUST GUIDELINE SCORECARD	
Score	Criteria
Yes	Focus on patient-oriented outcomes
Yes	Clear and actionable recommendations
Yes	Relevant patient populations and conditions
Yes	Based on systematic review
Yes	Evidence graded by quality
Yes	Separate evidence review or analyst in guideline team
Yes	Chair and majority free of conflicts of interest
Yes	Development group includes most relevant specialties, patients, and payers
Overall – useful	
Note: See related editorial, Where Clinical Practice Guidelines Go Wrong, at https://www.aafp.org/aafp/gtrust.html .	
G-TRUST = guideline trustworthiness, relevance, and utility scoring tool.	
Copyright © 2017 Allen F. Shaughnessy, PharmD, MMedEd, and Lisa Cosgrove, PhD. Used with permission.	

2/ Une question de méthodologie

• La réalisation d'une revue systématique :

- 34 % déclarent faire une revue systématique¹
- 58 % dans les guides des traitements des patients DT2²
- 0% dans les recommandations françaises d'infectiologie en soins primaires !

G-TRUST GUIDELINE SCORECARD	
Score	Criteria
Yes	Focus on patient-oriented outcomes
Yes	Clear and actionable recommendations
Yes	Relevant patient populations and conditions
Yes	Based on systematic review
Yes	Evidence graded by quality
Yes	Separate evidence review or analyst in guideline team
Yes	Chair and majority free of conflicts of interest
Yes	Development group includes most relevant specialties, patients, and payers
Overall – useful	

Note: See related editorial, Where Clinical Practice Guidelines Go Wrong, at <https://www.aafp.org/afp/gtrust.html>.
G-TRUST = guideline trustworthiness, relevance, and utility scoring tool.
Copyright © 2017 Allen F. Shaughnessy, PharmD, MMedEd, and Lisa Cosgrove, PhD. Used with permission.

1. Lunny C *et al.* Plos One 2021

2. Tudrej *et al.* Diabetes Res Clin Pract 2020

3. Bousageon *et al.* in press

3/ La méthode GRADE : relie les « Evidences » à la Décision

- Le niveau de preuve est gradé (de très faible à élevé)
- Impacte la force de la recommandation : « recommande vs suggère » (Recommandation forte ou faible)
- Pas de recommandation forte si preuve de faible qualité
- Plus conforme au raisonnement EBM : nécessité d'avoir des preuves pour recommander l'intervention ...

G-TRUST GUIDELINE SCORECARD	
Score	Criteria
Yes	Focus on patient-oriented outcomes
Yes	Clear and actionable recommendations
Yes	Relevant patient populations and conditions
Yes	Based on systematic review
Yes	Evidence graded by quality
Yes	Separate evidence review or analyst in guideline team
Yes	Chair and majority free of conflicts of interest
Yes	Development group includes most relevant specialties, patients, and payers
Overall – useful	

Note: See related editorial, Where Clinical Practice Guidelines Go Wrong, at <https://www.aafp.org/afp/gtrust.html>.
G-TRUST = guideline trustworthiness, relevance, and utility scoring tool.
Copyright © 2017 Allen F. Shaughnessy, PharmD, MMedEd, and Lisa Cosgrove, PhD. Used with permission.

1. GRADE working group

En pratique : les critères de fiabilité ne remplacent pas l'EBM

■ Recommandations fortes basées sur des résultats de faible qualité/certitude :

- Cardiologie (AHA) : 20 %¹
- Cancérologie (ASCO) : 41 %¹
- OMS : 55 %¹
- Endocrinologie : 59 %³



Pas GRADE

GRADE

■ Même si une revue systématique est prévue :

52 guides dans le DT2 : 1 seul cite des méta-analyses d'ECR concernant le contrôle glycémique ou la metformine⁴

- Biais de sélection ? Pas de transparence du processus de sélection...

1. Yao L, et al. BMJ 2021

2. Alexander PE, et al. J Clin Epid 2014

3. Brito JP et al. 2013

4. Tudrej *et al.* Diabetes Res Clin Pract 2020

Un constat

80 % des recommandations sont en faveur de l'action (un examen ou un traitement)

Alors que seules 8 à 18% reposent sur des preuves de qualité élevée :

Domaines	Qualité des preuves Elevée (ECR ou MA d'ECR)	Qualité des preuves Faible
Cardiologie ¹	8,5 %	41,5 %
Pneumologie ²	8,6%	63,5 %
Endocrinologie ³	12%	65%
Infectiologie ⁴	14%	55%
Soins primaires ⁵	18%	50%

- Les conflits d'intérêts
- Les spécialités d'organe n'ont pas la même perspective
- Le biais d'action : « faire quelque chose »

1. Fanaroff JAMA 2018 2. Schumacher JAMA Intern Med 2019 3. Brito J Clin Endoc 2013 4. Lee Arch Intern Med 2011

- Le guide de l'ESC de 2019 reconnaît explicitement l'absence de preuve d'ECR pour

jus
étu

Différence d'interprétation
de ce qui est probant...et de ce qui ne l'est pas.

- En
raï

Ce n'est pas qu'une question de méthode mais surtout de
Raisonnement face aux données

- Et

Et surtout face à l'absence d'ECR !

- Le

Un problème dans le raisonnement ?

- **Si j'ai besoin de preuve (de bénéfice net) pour justifier l'action :**
 - ✓ En l'absence de preuve, pas d'action...
 - ✓ « Primum non nocere »
 - ✓ Limite le surtraitement ...
 - ✓ Définir ce qu'est la preuve : le niveau de certitude nécessaire ++ (qualité/risque de biais)
- **En pratique, un autre raisonnement :**
 - ✓ « J'ai besoin de preuve pour agir »
 - ✓ Mais en l'absence de preuve, j'agis « quand même » ! « *on ne va pas rien faire* »
 - ✓ Je fais appel à d'autres « arguments » ou autres études pour justifier mon action
 - ✓ Comme l'usage du placebo... « *ça ne fait pas de mal...* »
 - ✓ Pas de définition claire de ce qu'est une preuve nécessaire ...

23^e CONGRÈS NATIONAL

Exercer et enseigner la médecine générale

CNCGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40 ANS du CNCGE

Centre des congrès de Lyon

Proposition : revenir au raisonnement EBM et aux sources?



Guide de Prati

ue de bonne qualité

isés contrôlés
omisés contrôlés
cohorte
-témoins
cas
as individuel
experts

#CNGE2023

www.congrescngc.fr

Retour au raisonnement thérapeutique dans l'EBM...

Rémy Boussageon

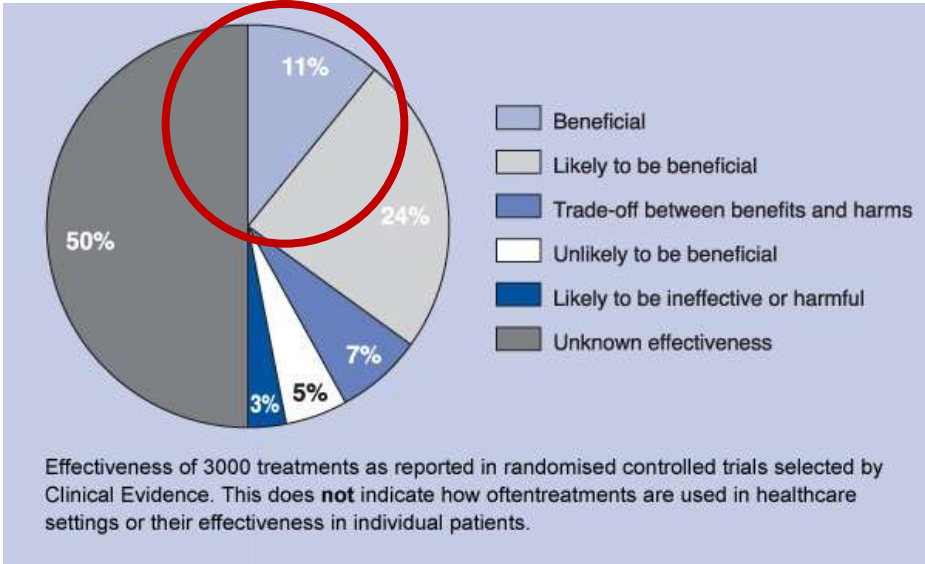
Collège universitaire de médecine générale, UCBL et UMR 5558, laboratoire de biométrie et de biologie évolutive, CNRS, Lyon-1, France.

remy.boussageon2@wanadoo.fr

exercer2020;167:406-16.

Le raisonnement thérapeutique dans la démarche EBM

Therapeutic reasoning in the EBM approach



- Ai-je besoin de « preuve » pour agir ?
- Si oui : que ferais-je si je ne les ai pas ?
- Preuve ? De quelle qualité ?
 - ECR et MA d'ECR ? Quelle qualité ?
 - (Etudes observationnelles pour les risques?)
- Preuve ?
 - De quoi (d'un Bénéfice > Risque)
 - Chez qui
 - Par rapport à quoi
 - De combien (pertinence clinique ?)
- Les bénéfices sont ils supérieures au risques ?
- Meilleures alternatives ?

Médecine fondée sur des ECR/MA d'ECR de bonne qualité et concluants

■ Avantages :

- ✓ Très peu d'étude de haute qualité ++ : faisable ?
- ✓ Conduit en général à des recommandations « fortes » et consensuelles en faveur de l'intervention
- ✓ Pratique hiérarchisée sur ce qui est efficace et démontré : gain de temps, qualité des soins ++
- ✓ Pratique simplifiée :
 - Pas d'ECR, pas d'intervention ? Limite le surdiagnostic et le surtraitement...
 - Permet de se concentrer sur d'autres aspects du soin ++ (relationnels, psychosociaux, etc...)

■ Lorsque pas d'ECR : « primum non nocere » vs « quand même, faire quelque chose » ?

- ✓ Incertitude ++ : **risque de traiter à tort ++ 54 % des ECRs de phase 3 échouent à démontrer un bénéfice¹**
- ✓ Conduit à des recommandations « faibles » suggérant l'intervention ou non (sauf exception)
- ✓ Objet des controverses et débatsparfois sans fin
- ✓ Attention aux patients asymptomatiques et aux interventions iatrogènes , sans bénéfice clair ...
- ✓ Pas toujours de « Décision Médicale Partagée »...!!

1. Hwang et al. JAMA Intern Med 2016

23^e CONGRÈS NATIONAL

Exercer et enseigner la médecine générale

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE

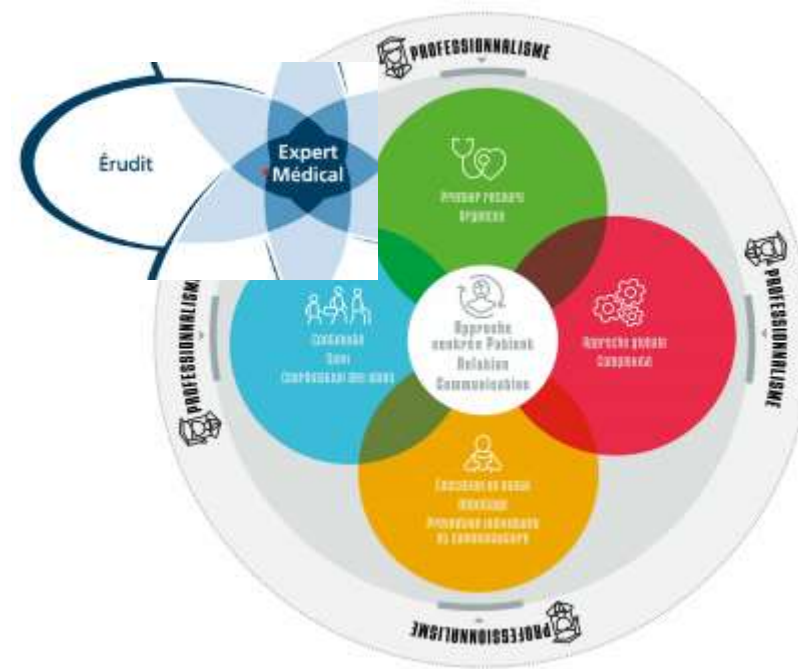
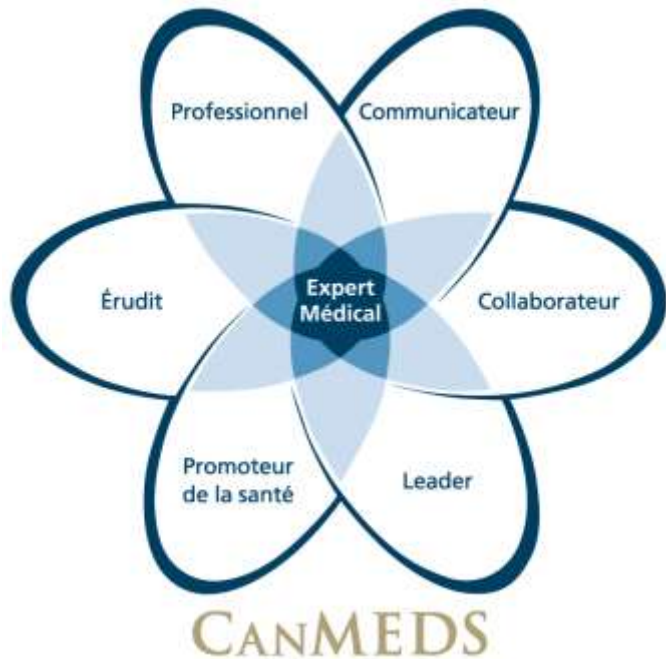


29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40 ANS du CNGE

Centre des congrès de Lyon

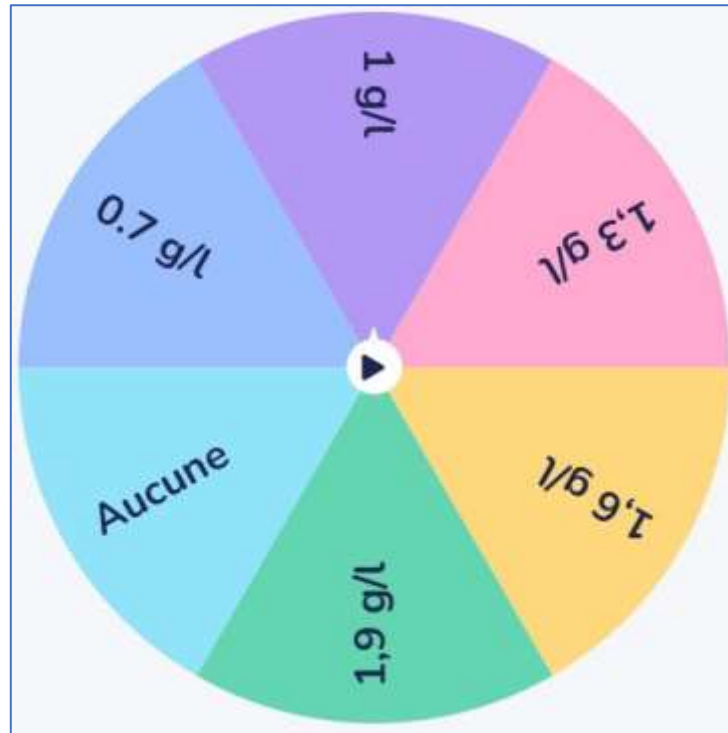
I have a dream : médecin réflexif et « érudit »!





POST TEST

Quelle est finalement la cible de LDL chez cette patiente?



23^e CONGRÈS NATIONAL

Exercer
et enseigner
la médecine
générale

CNGE COLLÈGE ACADÉMIQUE



29 NOV.
1^{ER} DÉC.
2023

40 ANS
du
CNGE

Centre
des congrès de
Lyon

Merci de votre attention !



#CNGE2023

www.congrescnge.fr