

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DE RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : APPLICATION À LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE DANS LE CADRE DU TRAITEMENT NON MÉDICAMENTEUX

P. GUILLEZ

Toutes les références citées l'ont été avec l'autorisation du service des recommandations professionnelles de la H.A.S

Présentation de la méthodologie

L'élaboration de recommandations pour la pratique clinique fait partie des missions de la Haute Autorité de Santé. Ces recommandations s'adressent aux différents professionnels de santé selon le thème abordé et la population ciblée.

Ces recommandations se définissent comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Il existe plusieurs méthodes d'élaboration de ces recommandations. La méthode dite Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) repose sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

La méthodologie d'élaboration des recommandations est rigoureusement définie¹.

Elle repose sur 7 étapes principales :

Réunion d'un Comité d'organisation

Il est réuni à l'initiative de la HAS.

Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées.

Sa mission est de définir précisément les questions à aborder, les populations de patients et les professionnels concernés.

Constitution d'un groupe de travail

La HAS constitue un groupe de travail multidisciplinaire et multi - professionnel. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Dans ce groupe sont désignés un Président et un chargé de projet qui auront pour mission l'analyse des ressources documentaires et la rédaction de l'argumentaire scientifique nécessaire à l'élaboration des recommandations.

¹ Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_431294

Rédaction de la première version des recommandations

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de l'argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail.

Intervention d'un groupe de lecture

Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture externe.

Rédaction de la version finale des recommandations

Après analyse des commentaires du groupe de lecture par le groupe de travail, il est rédigé une version finale des recommandations et leur synthèse.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations est évaluée par la Commission « évaluation des stratégies de santé ». La commission rend son avis au Collège de la HAS.

Validation par le Collège de la HAS

Sur proposition de la Commission « évaluation des stratégies de santé », le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

Diffusion

Elle est assurée par la HAS sur son site (www.has-sante.fr). Certaines productions sont éditées.

L'ensemble des étapes est coordonné par un chef de projet qui assure le respect des règles méthodologiques de la HAS et la coordination.

Recherche documentaire

La recherche documentaire et la sélection des données de la littérature sont des éléments essentiels et déterminants dans l'élaboration de recommandations.

La recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période définie. Elle peut être complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques.

En particulier, sont systématiquement recherchées les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international.

L'étendue de la recherche bibliographique est maximale, incluant les documents issus de sites Internet, la littérature grise et les textes législatifs.

La recherche bibliographique dure tout au long de la rédaction de l'argumentaire et peut être enrichie des propositions du groupe de travail ou du groupe de lecture.

Dans le cadre des recommandations relatives au traitement non médicamenteux la P.R (« *Polyarthrite rhumatoïde : Aspects thérapeutiques hors médicament et chirurgie - Aspects socio-professionnels et organisationnels* »), la méthodologie de recherche des données littéraires est complètement décrite dans l'argumentaire scientifique.

Quatre bases de données bibliographiques automatisées ont été consultées² et sept autres sources d'informations ont été exploitées³ pour un total de 1819 références obtenues.

817 articles ont été analysés et 394 ont été retenus pour l'élaboration de l'argumentaire scientifique.

Gradation des recommandations

Les RPC reposent essentiellement sur le niveau de preuve des études qui ont servi à leur élaboration. A chaque étude est affecté un niveau de preuve scientifique. Ce niveau est défini par des grilles d'analyse.

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C (échelle HAS). En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein des groupes de travail et de lecture.

Niveaux de preuve (Extrait tiré du guide méthodologique⁴)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p>Niveau 1 Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées</p>	<p>A Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2 Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte</p>	<p>B Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3 Études cas-témoins</p>	<p>C</p>
<p>Niveau 4 Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas</p>	<p>Faible niveau de preuve</p>

² Medline (National Library of Medicine, États-Unis) ;Embase (Elsevier, Pays-Bas) ;CINAHL ; Pascal (CNRS-INIST, France).

³ Cochrane Library (Grande-Bretagne) ; National Guideline Clearinghouse (États-Unis) ; HTA Database (International network of agencies for health technology assessment - INAHTA) ; PEDRO ; sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ; BDSF (Banque de données en santé publique, Rennes) ; Internet : moteurs de recherche.

⁴ Guide méthodologique « Analyse de la littérature et gradation des recommandations » (Anaes, 2000)

Principaux résultats de ce travail

(Extraits de : Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie, et aspects médico-sociaux et organisationnels – Synthèse)⁵

« Le traitement de la polyarthrite rhumatoïde nécessite une prise en charge globale où les interventions thérapeutiques non médicamenteuses doivent être systématiquement envisagées quels que soient l'activité ou le stade d'évolution de la maladie.

Elles sont complémentaires des traitements médicamenteux ou chirurgicaux et ne s'y substituent pas. »

Les différentes interventions thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre de la PR sont multiples :

- traitements physiques : kinésithérapie, ergothérapie, pédicurie-podologie
- réadaptation et notamment aménagement de l'environnement
- éducation thérapeutique du patient et interventions psychologiques
- autres interventions, notamment diététiques ».

La qualité de la prise en charge repose sur un examen clinique détaillé et sur une coordination médicale pluridisciplinaire

Points clés

« Les activités physiques dynamiques et aérobies sont recommandées (grade B). »

Cette recommandation va à l'encontre de ce qui est couramment une démarche de précautions et de limitation d'activités des patients PR. En général, les activités sont diminuées, parfois à l'initiative des patients eux-même qui craignent de déclencher de nouvelles crises douloureuses. Cependant, les études cliniques ayant évalué le bénéfice-risque des activités aérobies ont prouvé scientifiquement leur efficacité et ne présentent pas de risque supérieur lorsqu'elles sont comparées à un groupe contrôle. Ces activités aérobies sont bien sûr réalisées en fonction de l'évolution de la maladie. Elles sont effectuées sous le contrôle d'un professionnel de santé.

Par ailleurs, les mobilisations passives, les postures et le renforcement musculaire sont recommandés pour d'une part entretenir la fonction articulaire et d'autre part conserver le potentiel fonctionnel. L'état de dégradation articulaire et l'état général du patient permettent de préciser les modalités d'application de ces techniques.

Les activités fonctionnelles globales sont également recommandées.

La balnéothérapie et les techniques thermales peuvent compléter les actions thérapeutiques surtout lors d'une recherche d'activités en décharge.

Le massage et la physiothérapie ne sont pas recommandés comme techniques isolées.

L'éducation thérapeutique du patient est recommandée (grade B).

L'éducation thérapeutique du patient est recommandée pour tous les patients. » Les modalités des programmes d'éducation thérapeutiques sont diverses, mais aucun ne peut être recommandé en particulier au vu des données scientifiques actuelles.

L'ergothérapie est indiquée dans ce contexte éducatif mais reste encore limitée essentiellement aux structures de soins spécialisées.

L'éducation thérapeutique s'accompagne souvent d'actions complémentaires telles que la prescription d'orthèses fonctionnelles, la prescription d'aides techniques et d'aides à la marche.

Des programmes spécifiques aux atteintes des mains et des pieds doivent être développés si nécessaire.

L'aménagement des environnements et des lieux de vie intègre également les données éducatives et préventives

La prise en charge non médicamenteuse nécessite souvent l'intervention de nombreux professionnels, si possible coordonnée par le médecin de médecine physique et de réadaptation, en collaboration avec le médecin traitant et le spécialiste en rhumatologie (accord professionnel).

La stratégie d'intervention et la place des différentes interventions sont liées aux données cliniques.

Deux situations principales sont à différencier :

- l'état de PR active où il faut distinguer :
 - l'état de poussée inflammatoire ; l'objectif prioritaire est alors de prévenir les déformations articulaires et les pertes de force musculaire
 - Au décours de la poussée ; l'objectif prioritaire est de restaurer les amplitudes articulaires fonctionnelles et un niveau d'activité physique correct

- l'état de PR stabilisée où trois principales situations doivent être différenciées :
 - le début de la maladie où l'objectif prioritaire est de faire accepter au patient sa maladie et prévenir ses conséquences fonctionnelles
 - la phase d'état pour laquelle il est nécessaire de freiner la détérioration fonctionnelle, maintenir un niveau d'activité correct, faciliter les activités quotidiennes
 - les formes séquellaires pour lesquelles il faut améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne

L'ensemble des indications thérapeutiques est détaillé dans le document de recommandations de la HAS et leurs justifications le sont dans l'argumentaire⁶.

Enfin, il faut noter l'importance de signaler au patient l'existence et les activités d'association de patients, et ce à tous les stades d'évolution.

Perspectives

A l'issue de la publication par la HAS en mars 2007 des recommandations sur le thème : « Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels », le service des recommandations de la HAS a décidé de mettre en œuvre un programme d'élaboration de critères de qualité.

Il s'agit d'une démarche à la méthodologie rigoureuse, qui correspond à un souci d'amélioration de pratique au travers d'éléments simples, concrets et opérationnels.

L'objectif est de faire converger des pratiques réelles vers une pratique de référence.

La méthode précise est détaillée dans le guide méthodologique « Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles »⁷ publié par la HAS en mai 2007.

⁶ Polyarthrite rhumatoïde : aspects thérapeutiques hors médicaments et chirurgie - aspects médico-sociaux et organisationnels http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_533480

⁷ Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_539669

Deux cibles professionnelles ont ainsi été identifiées :

Médecins de médecine physique et réadaptation, médecins spécialisé en rhumatologie, médecins généralistes et les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire (cette cible professionnelle vise l'amélioration de la coordination de la prise en charge pluridisciplinaire de la polyarthrite rhumatoïde)

Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou salariés. (cette cible vise à l'actualisation des pratiques, en particulier des techniques actives, et à l'amélioration de la traçabilité des interventions de kinésithérapie)

Une série de critères sont actuellement en phase de test pour en affiner la pertinence. Encore au stade d'élaboration ce document sera sans doute publié par les services compétents de la HAS fin 2007.

En conclusion

Pour les professionnels de santé confrontés au quotidien aux problématiques des patients PR, ces recommandations peuvent sembler être des « Lapalissades »... Mais une telle publication est bien plus qu'une clarification des activités thérapeutiques des professionnels intervenant auprès de patients P.R. Elle ouvre de nombreuses perspectives de recherche et de programme d'amélioration de la qualité des soins.

En effet, les recommandations produites par le groupe de travail sur les thérapeutiques non médicamenteuses et non chirurgicales reposent pour beaucoup sur des accords professionnels ou des recommandations de grade C, ce qui signifie que l'analyse des études scientifiques n'a pas permis de démontrer la pertinence de ces actions.

Pourtant, beaucoup de professionnels ont l'intime conviction d'une mise en œuvre thérapeutique plébiscitée par les usagers et font le constat de réelles améliorations de l'état de santé des patients polyarthritiques.

Force est de constater que la littérature, et en particulier la littérature francophone (!...) n'a que très partiellement confirmé scientifiquement ces constats...

Ceci ne doit pas décourager les acteurs de santé... Il semble au contraire que ce soit un moyen, non seulement d'inciter à la mise au point de programmes de recherche, mais aussi à l'extension des évaluations de pratiques professionnelles dans le cadre des interventions de médecine physique ainsi que dans les programmes de réadaptation fonctionnelle et psychosociale.

Références

Toutes les ressources documentaires utilisées dans ce texte sont issues de :

www.has-sante.fr.