Recommandations ou consensus : quelles limites ?

Recommendations or consensus: where are the limits?

D. Heresbach

© Springer-Verlag France 2011

Une des activités des sociétés savantes est de proposer des références pour un meilleur exercice de la profession, en particulier grâce à l'équilibre d'une double balance risque/bénéfice et coût/efficacité. Il existe différentes méthodes pour établir ces guides et pour chaque méthode plusieurs barèmes pour grader, d'une part, la force de la preuve décrite dans une publication et, d'autre part, l'importance de la conclusion que les experts de la profession lui attribuent.

La méthode utilisée fait souvent appel à un comité de pilotage, à un groupe de travail, à un comité de lecture, dont la représentation paritaire des différentes composantes de la profession est requise et qui ont chacun un rôle défini.

Cette méthode requiert du temps, et donc de l'argent, qui jusqu'à présent a le plus souvent été apporté par les agences ou instituts nationaux de santé. Cependant, il n'échappe à personne que les moyens fondent à vue d'œil et que la vétusté des textes augmente de façon exponentielle. La demi-vie de ces guides n'a jamais été décrite, mais il était classique de reconnaître qu'après dix ans, les acquis théoriques en médecine ne demeuraient vrais qu'à hauteur de 10–20 %. Il est donc temps de faire le ménage dans nos recommandations professionnelles, en particulier pour l'exercice de l'endoscopie, afin de mieux cibler les manques et les oublis. Par contre, aucune société savante, sauf peut-être l'AGA, ne peut formaliser des guides avec une méthodologie telle que celle requise par les agences nationales de santé qui, de plus en plus, donnent ce qu'elles peuvent, c'est-à-dire un label, sans se soucier des moyens nécessaires pour y accéder ! Alors est-il nécessaire d'obtenir un label de ces agences dont l'objectivité a été récemment bousculée et qui, sur injonction du Conseil d'État, a supprimé en mai-juin 2011 une recommandation publiée en 2006 !

Par ailleurs, un tel guide intitulé « recommandations » ne saurait garder cette dénomination que si la médecine était une science exacte, alors qu'au mieux c'est un exercice précis. Il est donc plus honnête et pérenne de proposer à la pro-

fession des consensus professionnels, comme la commission « recommandations » de la SFED le fait depuis cinq ans, et qui reflètent l'avis du plus grand nombre ayant synthétisé les données de la littérature, et à défaut ce qui paraît le plus applicable et utile aux patients.

Ainsi, dans ce numéro, deux consensus illustrent les limites actuelles. Celui sur les indications de l'examen de l'intestin grêle par vidéocapsule a été formalisé en deux parties, l'une actualisant celles définies par la HAS en 2008 et l'autre pour préciser celles qui depuis trois ans sont partagées par les avis d'experts : bien que ne comportant pas un label HAS, elle n'en garde pas moins de valeur, et la division de ce consensus en deux parties laisse au lecteur la possibilité d'affiner sa pratique. Le second consensus sur la prise en charge après polypectomie ou mucoséctomie colique montre que les habitudes sont globalement dans la ligne des bonnes pratiques mais que le consensus proposé par notre commission SFED repose autant sur le bon sens d'expert que sur la preuve parfaite ! Concernant la polypectomie ou la mucoséctomie, actes ô combien courants, il existait un vide dans le monde des recommandations mais également des publications. En effet, alors que la majorité des discussions sur ce sujet se focalisent sur la marge de sécurité (saine ou > 1 mm ?) et sur la profondeur d'invasion sous-muqueuse ($<$ ou $> 1\,000\ \mu\text{m}$), l'analyse exhaustive de la littérature est surprenante : pour le premier critère, aucune étude prospective récente n'est disponible en particulier pour les lésions planes ou sessiles et pour le second, il n'est un facteur prédictif d'envahissement ganglionnaire significatif qu'en analyse univariée mais jamais indépendamment en analyse multivariée, son importance s'effaçant devant d'autres critères comme le caractère différencié ou sans dislocation du fond d'invasion du carcinome sous-muqueux. Ainsi, si l'aspect quantitatif est plus dans l'esprit de la mesure comme l'est l'*evidence-based medicine*, il ne faut pas négliger l'importance des critères qualitatifs qu'il faut évaluer au mieux lors d'une confrontation multidisciplinaire.

D. Heresbach (✉)

Unité d'endoscopie digestive, centre hospitalier de Cannes,
15, avenue des Broussailles, CS 50008, F-06414 Cannes, France
e-mail : d.heresbach@ch-cannes.fr