



12^e journée de Santé publique dentaire

Créteil,
8 novembre 2012



**QUELLE(S) RECOMMANDATION(S)
POUR QUELLE(S) PRATIQUE(S) ?**



Une manifestation organisée par
**Le service de Santé publique dentaire
du Conseil général du Val-de-Marne**
et
La Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire

Sous la présidence scientifique de :



Madame la Professeure
Stéphanie TUBERT-JEANNIN
Université d'Auvergne



Monsieur le Docteur
Pierre DURIEUX
Université Paris-Descartes

Comité Scientifique :

Évelyne BAILLON-JAVON – Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France

Dominique BRACHET – Confédération nationale des syndicats dentaires

Julie BURBAN – UFR d'Odontologie – Université de Rennes

Fabien COHEN – Service de Santé publique dentaire – Conseil général du Val-de-Marne

Frédéric COURSON - UFR d'Odontologie - Université Paris 5

Jean-Paul ESPIE – Société française des Acteurs de la Santé Publique bucco-dentaire

Philippe HUGUES – Service de Santé publique dentaire - Conseil général du Val-de-Marne

Michèle MULLER-BOLLA - UFR d'Odontologie – Université de Nice

Catherine RUMEAU-PICHON – Haute Autorité de Santé

Jean-Noël VERGNES - UFR d'Odontologie – Université de Toulouse

12ÈME JOURNÉE DE SANTÉ PUBLIQUE DENTAIRE

Quelle(s) recommandation(s)
Pour quelle(s) pratique(s)?

Société française des Acteurs
de la Santé publique bucco-dentaire
ASPB
33 rue du retrait
75020 PARIS
Téléphone : 06 18 04 37 90
e-mail : aspb2003@yahoo.fr

Service de santé publique dentaire
Hôtel du Département
94054 CRETEIL cedex
Téléphone : 01.56.72.70.08
e-mail : mbd.dis@cg94.fr

AVANT PROPOS

Les inégalités sociales et territoriales se traduisent bien souvent par des inégalités d'accès aux soins. C'est pourquoi le Conseil général met en œuvre depuis plus de 20 ans une politique de lutte contre les inégalités d'accès aux soins dentaires, tout en menant de nombreuses actions de prévention sur le terrain.

Cette politique a porté ses fruits, puisque à 6 ans plus de 82 % des enfants val-de-marnais sont en bonne santé bucco-dentaire.

C'est donc fort de ces résultats, de cette expérience et des partenariats que nous avons tissés avec les établissements scolaires, les communes et par l'action de nos établissements de proximité (crèches et PMI), que nous avons accueilli la 12e Journée de Santé publique dentaire pour enrichir le dialogue avec les acteurs de la prévention. Ce colloque a porté cette année sur les recommandations de bonnes pratiques, car aider le praticien à rechercher les soins les plus appropriés tout en permettant à l'utilisateur, d'être acteur de sa santé s'inscrit dans ce qui nous semble primordial : la démocratie sanitaire.

Je me félicite de cette journée et remercie le service de Santé publique dentaire, la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire ainsi que les membres du comité scientifique de cette journée. Un moment riche, qui participe de l'amélioration des pratiques de santé publique et doit beaucoup à la participation de la professeure Stéphanie Tubert-Jeannin de l'Université d'Auvergne, ainsi qu'à celle du docteur Pierre Durieux de l'Université Paris-Descartes.



Christian FAVIER

Sénateur

Président du Conseil général du Val-de-Marne

SOMMAIRE

- OUVERTURE** 7 **Marie KENNEDY**, *Conseillère générale déléguée en charge de la petite enfance et de la protection maternelle et infantile - Conseil général du Val-de-Marne*
- 8 **Frédéric COURSON**, *Président de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire*
- 9 **Stéphanie TUBERT-JEANNIN**, *Professeur de Santé publique - Laboratoire CROC (EA4847) - U.F.R d'Odontologie Université d'Auvergne*

QUE SONT LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE (RBP) ?

- Médecine fondée sur des preuves, Synthèse d'information et Recommandations de bonne pratique : 20 ans de développement 11 **Pierre DURIEUX**, *Maître de conférences en Santé publique U.F.R de Médecine – Université Paris-Descartes ; Directeur scientifique du Centre Cochrane français*
- Définition et élaboration d'une recommandation de bonne pratique de qualité 14 **Michel LAURENCE**, *Chef du Service des bonnes pratiques professionnelles - Haute Autorité de Santé*
- Débat 17

LA DENTISTERIE FONDEE SUR DES PREUVES : APPORTS ET LIMITES

- Introduction 20 **Michèle MULLER-BOLLA**, *Professeur d'Odontologie pédiatrique - U.F.R d'Odontologie - Université de Nice Sophia Antipolis*
- Revue de littérature critiques Cochrane sur le fluor : Preuve objective influençant la pratique et la politique de santé dentaires 21 **Valeria MARINHO**, *Maître de conférences en Santé publique - Institute of Dentistry - Barts and the London school of medicine and dentistry - Queen Mary, University London Royaume-Uni*
- Multiplicité des critères de jugement rapportés dans les essais contrôlés randomisés et évaluation de la pertinence des critères de jugement Exemple des traitements pulpaires sur dents temporaires chez l'enfant 33 **Violaine SMAIL-FAUGERON**, *Doctorante - Laboratoire de Biomatériaux - U.F.R d'Odontologie - Université Paris-Descartes*
- Méthodologie et qualité du « reporting » des essais contrôlés randomisés publiés dans 5 revues spécialisées en odontologie en 2011 35 **Olivier LE KHAC**, *Doctorant – Laboratoire de Biomatériaux – U.F.R d'Odontologie - Université Paris-Descartes*
- Débat 39

ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES DES RBP

Les bonnes pratiques en santé : comment réduire le malentendu entre experts et profanes ?

41 **Jean-Yves TREPOS**, Professeur de Sociologie - Laboratoire Lorrain de Sciences sociales - U.F.R Sciences humaines et Arts Université de Lorraine

Des recommandations à la pratique : peut-il y avoir une opposabilité juridique ?

45 **Olivier SMALLWOOD**, Avocat associé, Docteur en droit - Cabinet Pagès, Smallwood et associés ; Enseignant - Centre européen d'Etude et de Recherche Droit et Santé ; Université de Montpellier

Débat **47**

LES RBP DANS LA FORMATION ET L'EVALUATION

Assurer une régulation ciblée et appropriée de l'équipe dentaire en vue d'améliorer la protection de la population

51 **Evlynn GILVARRY**, Directrice générale - General Dental Council - Royaume-Uni

DPC : perspectives et enjeux

55 **Bruno BALLY**, Adjoint au Chef de Service - Service Evaluation et Amélioration des Pratiques - Haute Autorité de Santé

La place de l'enseignement fondé sur des preuves à l'Université : Enquête auprès des doyens sur la lecture critique d'article

58 **Jean-Louis SIXOU**, Professeur d'Odontologie pédiatrique U.F.R d'Odontologie - Université de Rennes 1

Le respect des bonnes pratiques est-il suffisant pour garantir la qualité des traitements endodontiques ?

61 **Pierre-Yves COUSSON**, Assistant Hospitalo-Universitaire - Laboratoire CROC (EA4847) - U.F.R d'Odontologie Université d'Auvergne

Débat **62**

PRIX FRANÇOISE ROTH 66

POSTERS 67

OUVERTURE

Marie KENNEDY

*Conseillère générale déléguée en charge de la petite enfance et de la protection maternelle et infantile
Conseil général du Val-de-Marne*

Mesdames, Messieurs,

Je vous souhaite la bienvenue à l'Hôtel du Département pour la 12^{ème} édition de la journée de santé publique bucco-dentaire.

Vous avez été nombreux à célébrer au printemps dernier les 20 ans de la politique départementale de prévention bucco-dentaire qui affiche un bilan plus que satisfaisant. En favorisant sur le long terme le dépistage et l'accès aux soins, en créant un véritable maillage de prévention sur le territoire avec de nombreux partenaires, en s'adressant aux jeunes enfants jusqu'aux collégiens, nos actions ont permis de faire baisser la prévalence carieuse dans notre département et le positionner sur les résultats des pays scandinaves, tels que le Danemark ou la Suède. Près de 80 % des petits Val-de-marnais de 6 ans ne présentent pas de carie, alors que la moyenne française est de 63 %. Nos actions se poursuivent avec le 3^{ème} programme bucco-dentaire départemental adopté en 2012, qui apparaît aujourd'hui, encore plus qu'hier, comme une réponse d'équité et de justice sociale.

Comme vous le savez, le Conseil général s'est toujours attaché à fonder sa politique de prévention à partir de données de santé objectives, scientifiquement recueillies. Les professionnels du service de santé publique dentaire réalisent des enquêtes épidémiologiques afin d'évaluer l'état de santé bucco-dentaire des enfants et d'orienter nos interventions. Ils assurent aussi la veille documentaire et l'analyse de la littérature scientifique, contribuant ainsi à faire évoluer les pratiques, bien au-delà du Val-de-Marne.

Le thème retenu, cette année, porte sur les recommandations des bonnes pratiques et sur la notion de dentisterie fondée sur des preuves qui, comme pour la médecine, a fait son chemin depuis une vingtaine d'années. La création de la Haute Autorité de Santé a marqué la volonté de traduire cette notion à travers des recommandations, « véritables propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Ces recommandations ne s'adressent pas seulement aux professionnels mais aussi aux patients, leur permettant,

dans le droit fil de la loi sur le droit des malades de 2002, de devenir acteurs de leur santé. Cela s'inscrit parfaitement dans ce que les élus de la majorité départementale considèrent comme primordial : la démocratie sanitaire. Impliquer la population, dans une démarche participative, à la réflexion et à la prise de décisions dans le domaine de la santé publique constitue un fondement essentiel pour la liberté individuelle et la qualité de vie. Autant de questions cruciales, qui vont animer vos débats aujourd'hui.

Le droit à la santé pour tous est une préoccupation majeure des citoyens très inquiets sur l'avenir du système de santé et de la sécurité sociale. Si contraintes financières et incertitudes affectent aujourd'hui chacun de nous, c'est le résultat de 10 ans de politique de droite où grandes conquêtes sociales, droits et services publics ont été mis à mal. Dans ce contexte, nos services publics départementaux comme la promotion de la santé bucco-dentaire, les PMI... sont plus que jamais utiles et indispensables.

Les Val-de-Marnais, comme l'ensemble des Français dans leur majorité, ont décidé, lors des dernières élections, d'en finir avec ces gâchis et d'opter pour de réels changements.

Dans la dernière période, des signes encourageants sont à relever dans les intentions affichées par le Président de la République concernant la réforme des Collectivités : maintien et souveraineté des 3 niveaux de collectivités, réaffirmation du principe de la compétence générale permettant de développer des actions volontaristes, telles que les politiques bucco-dentaires.

Mais, faut-il encore que les moyens nécessaires soient alloués aux Collectivités territoriales. Or, l'annonce du gel des dotations de l'Etat pour 2013, puis leur baisse en 2014 et 2015 est inquiétante. Par ailleurs, les projets de transferts de nouvelles compétences spécifiques aux collectivités, comme la dépendance, le handicap et la médecine scolaire pour le Département, sans des mesures claires de compensations financières nous inquiètent également.

Nous partageons l'inquiétude de tous ceux qui dénoncent l'ampleur des coupes à venir avec l'objectif fixé par le Traité Constitutionnel (TSCG) de ramener le déficit à 0,5 % du PIB assujéti maintenant de la menace de sanctions financières automatiques pour les collectivités publiques.

Malgré ces perspectives peu rassurantes, le Conseil général veut maintenir ses investissements à un haut niveau, car porteurs d'emplois et poursuivre également ses actions de proximité qui développent solidarité et protection des Val-de-Marnais face aux conséquences de la crise.

Pour terminer, je souhaite rendre hommage à l'engagement et l'implication sans faille du docteur Fabien Cohen et à toute son équipe, saluer l'excellent travail accompli

en faveur de la promotion de la santé publique bucco-dentaire et l'organisation de cette initiative.

Permettez-moi enfin de remercier vivement Frédéric Courson, Président de la société française des acteurs de la santé publique bucco-dentaire, à l'initiative de ces journées, les présidents scientifiques, le Professeur Stéphanie Tubert-Jeannin et le Docteur Pierre Durieux, ainsi que les membres du Comité scientifique qui ont conçu le déroulé de cette rencontre, et particulièrement le Dr Philippe Hugues pour son énergie à la mettre en œuvre.

Je vous souhaite donc une fructueuse journée de travail et d'échanges.

Frédéric COURSON

Président de la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire

La journée de santé publique dentaire traite chaque année un thème qui nécessite d'être exposé, exploré et pose des problématiques répondant à des besoins en termes de santé et d'organisation de la prise en charge de la santé qui mériteraient de trouver des réponses. Elle essaie autant que possible d'être en phase avec l'actualité pour s'inscrire dans les centres d'intérêt du moment de l'ensemble des acteurs de la société, aussi bien les usagers, les professionnels, les institutionnels, que les décideurs.

Le sujet de cette année, qui a eu une lente maturation sur ces 20 dernières années, avec dans ses dernières évolutions la création de la HAS dont une des missions est de produire des recommandations, se trouve au centre des débats qui portent sur la qualité des soins, les pratiques professionnels et leur évaluation, la formation, la relation praticien/patient, la gestion du système de santé etc....

L'ASPBD est souvent sollicitée, par des professionnels ou des structures qui souhaitent mettre en œuvre des projets de santé bucco-dentaire auprès de leur public mais ne disposent pas de la formation et de la compétence dans ce domaine, pour servir de référent bucco-dentaire dans l'élaboration de ceux-ci. Bien évidemment, pour ce faire, l'ASPBD s'appuie sur les études disponibles, les revues de littérature critiques telles que celles produites

par Cochrane et les recommandations pour fournir à ses interlocuteurs des informations et des conseils les plus scientifiquement étayés et reposant le plus possible sur des consensus larges de personnes ou d'organismes compétents.

Or, il faut constater, au moins dans notre domaine, que des informations fondées scientifiquement ne sont pas toujours, voire pas souvent, disponibles. Petite pierre dans notre jardin français, les études sont la plupart du temps étrangères. Il est notable que les recommandations se caractérisent aussi par leur niveau de preuve et que celui-ci dépend des données scientifiques, et donc des études disponibles, ce que l'on peut appeler l'evidence-based. C'est pourquoi, promouvoir leur production est un des objectifs de l'ASPBD ; la réalisation d'études est fondamentale et devrait être favorisée par les décideurs.

Nous remercions les présidents scientifiques et le comité scientifique d'avoir élaboré pour cette journée un programme très complet et je dois dire très beau, que le Professeur Stéphanie Tubert-Jeannin nous exposera et nous explicitera plus en détails, qui vous permettra, je l'espère, de vous interroger et de comprendre ce que sont la dentisterie fondée sur des preuves et les recommandations et quelles en sont les implications.

Stéphanie TUBERT-JEANNIN

Professeur de Santé publique – laboratoire CROC (EA4847) - U.F.R d'Odontologie - Université d'Auvergne

Je voudrais tout d'abord vous souhaiter la bienvenue au nom de l'ensemble du comité scientifique ayant organisé cette journée.

Pour nous tous, dentistes des secteurs public et privé, autres professionnels de santé et décideurs de santé publique, les journées de santé publique dentaire constituent un moment privilégié pour débattre. Nous aborderons aujourd'hui le thème des recommandations.

Les recommandations de bonne pratique en odontologie sont en plein développement. En France, leur nombre demeure toutefois relativement limité, en comparaison avec leur développement dans d'autres pays, voire avec leur foisonnement dans le champ de la médecine.

Les recommandations en odontologie se développent pour les traitements utilisés dans les cabinets dentaires, ainsi que dans le champ de la santé publique (autour de la conduite d'actions de promotion de la santé ou de stratégies en matière de prévention bucco-dentaire notamment).

Le thème des recommandations est d'actualité. Avec la mise en place du développement professionnel continu, les chirurgiens-dentistes doivent maintenant évaluer leur activité. Cette évaluation s'appuie le plus souvent sur des référentiels intégrant un certain nombre de recommandations. Les chirurgiens-dentistes, les décideurs de santé publique et les promoteurs de projets sont de plus en plus amenés à utiliser des recommandations, que ce soit pour prendre des décisions cliniques ou pour évaluer des pratiques.

Les recommandations de bonnes pratiques font l'objet de débats. Certains les accueillent avec enthousiasme, considérant qu'elles permettront d'éviter les traitements dommageables, de privilégier les traitements les plus efficaces, de réduire les disparités entre les traitements prodigués pour une même pathologie et d'apporter des éléments plus scientifiques au cœur de « l'art dentaire ». D'autres les considèrent davantage comme un outil de rationalisation de l'utilisation des ressources, voire comme un marqueur d'une certaine mécanisation de la pratique clinique (induisant une réduction de la place laissée au jugement critique).

Les recommandations de bonne pratique sont fondées sur les connaissances actuelles. Or on constate un manque d'études cliniques dans certains domaines. De

plus, les recommandations sont établies par rapport aux données scientifiques actuelles, qui par nature sont provisoires et susceptibles d'évoluer très rapidement. Ces limites conduisent certains à considérer qu'il conviendrait mieux de conserver les pratiques habituelles, bien que celles-ci n'aient pas été validées.

Compte tenu du nombre de facteurs intervenant dans chaque décision clinique, le débat sur les recommandations apparaît inévitable. Chaque décision est influencée par des facteurs liés au praticien (connaissances, pratiques habituelles, expertise, valeurs, culture, etc.), au patient (environnement social, situation économique, choix personnels, etc.) et à l'environnement institutionnel (normes, orientations administratives, etc.).

Dans ce contexte, quelle place le chirurgien-dentiste doit-il donner aux recommandations de bonne pratique ?

Pour adresser cette question, nous avons souhaité inviter des conférenciers français et internationaux. Pour la première fois, il a été décidé d'intégrer des communications orales invitées et sollicitées.

La journée a été scindée en deux parties. La matinée nous permettra de préciser ce que sont les recommandations de bonne pratique et la dentisterie fondée sur des preuves sur laquelle elles s'appuient. L'après-midi, sera consacrée à leurs incidences sociales et à leurs utilisations pratiques dans le cadre professionnel.

Nous reviendrons tout d'abord sur l'origine des recommandations de bonne pratique. Cette mise en perspective historique permettra de mieux identifier les acteurs et les enjeux de la problématique. Puis nous apporterons un éclairage sur les modalités de construction des recommandations de bonne pratique.

Un temps sera ensuite consacré, en santé publique et au niveau des pratiques cliniques, à l'apport de la dentisterie fondée sur des preuves, avec l'exemple du rôle des revues systématiques Cochrane dans l'évaluation des effets du fluor topique en prévention bucco-dentaire, et à ses limites, à partir de deux exemples concrets.

L'après-midi, l'accent sera, en premier lieu, mis sur les enjeux juridiques et sociaux, liés notamment à l'acceptation des recommandations par les praticiens et les patients et à la modification engendrée dans la relation

praticien/patient. Dans un premier temps la question des malentendus éventuels entre experts et profanes sera adressée. Dans un deuxième temps nous verrons comment les recommandations de bonne pratique gagnent peu à peu le terrain juridique.

Nous questionnerons ensuite la place des recommandations de bonne pratique dans la formation et l'évaluation. Le système de certification et de validation pour la profession dentaire mis en place au Royaume-Uni par le General Dental Council et le développement professionnel continu (DPC) en France seront exposés. Un éclairage sera apporté sur la place des recommandations de bonne pratique dans la formation initiale des chirurgiens-dentistes, à travers une enquête sur la place de l'enseignement de la dentisterie fondée sur des preuves au sein des facultés dentaires en France et au Royaume-Uni et une étude révélant un hiatus entre recommandations et mises en œuvre pratique de celles-ci par les étudiants.

J'espère que cette journée sera porteuse de réflexions et de débats, aussi bien sur les modalités d'élaboration des recommandations que sur leur diffusion et les limites à leur utilisation.

QUE SONT LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE (RBP) ?



MÉDECINE FONDÉE SUR DES PREUVES, SYNTHÈSE D'INFORMATION ET RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE : 20 ANS DE DÉVELOPPEMENT

Pierre DURIEUX

Maître de conférences en Santé publique – U.F.R de Médecine – Université Paris-Descartes ; Directeur scientifique du Centre Cochrane français

La médecine fondée sur des preuves, et les recommandations, est un sujet abordé quotidiennement dans les médias. Tous les jours, l'expertise scientifique est mise en cause. Au cours des derniers mois, autour des risques de la vaccination contre l'hépatite B, des ondes des téléphones portables et des OGM, avec une étude récente très controversée, la question de la valeur scientifique des travaux publiés et des recommandations à en tirer a été posée.

Pour illustrer ce propos je prendrai l'exemple d'une synthèse publiée récemment, par le biais de la collaboration Cochrane, sur les check-up (biologiques, cliniques, radiologiques, etc.) proposés régulièrement aux personnes à partir d'un certain âge. En France, ces bilans sont aujourd'hui pris en charge par l'Assurance maladie. Dans cette synthèse de la littérature, neuf essais contrôlés randomisés ont été analysés et n'ont pas montré d'impact des check-up sur la mortalité. Ils ont au contraire permis de discuter certains effets pervers des check-up (attirant davantage les bien-portants que les personnes malades, entraînant des surdiagnostics et des surtraitements et transformant des bien-portants en malades). Cette étude pose certes le problème de la validité des essais contrôlés randomisés pris en compte, avec notamment une interrogation sur la pertinence de prendre la mortalité comme indicateur de référence. Mais cette étude pose le problème de l'utilisation par les « décideurs » des synthèses d'informations et des recommandations qui en sont issues.

Tous les jours, de telles situations sont discutées dans les médias. Les « politiques », quant à eux, sont soumis à des pressions importantes, recevant constamment des informations nouvelles vis-à-vis desquelles on leur demande de prendre rapidement des décisions.

Le concept de médecine fondée sur des preuves (ou Evidence based medicine)

Un article fondamental, intitulé « Evidence-based medicine, une nouvelle approche pour l'enseignement de la pratique de la médecine », a été publié en 1992 dans le JAMA. Le Professeur Joël Ménard, spécialiste de l'hypertension artérielle et coordonnateur du plan Alzheimer, faisait partie des auteurs. L'article mettait en évidence l'émergence d'un nouveau paradigme pour la pratique de la médecine : « La médecine fondée sur des preuves considère l'intuition, l'expérience clinique non-systématique et le rationnel pathophysiologique comme des bases insuffisantes pour la décision et insiste sur l'examen de la preuve issue de la recherche clinique. La médecine fondée sur les preuves demande que les médecins acquièrent de nouvelles compétences, comprenant la capacité à rechercher l'information dans les bases de données et l'utilisation de règles formelles dans l'analyse de la littérature médicale. » Cette idée avait été développée par des médecins canadiens de l'Université McMaster d'Hamilton. Il s'agissait de passer d'un outil d'enseignement reposant sur la transmission passive d'informations et le partage « mandarinal » de l'expérience sur une base physiopathologique, à un nouveau mode d'enseignement permettant l'exercice d'une médecine factuelle ou fondée sur les preuves (accès à l'information, lecture critique, prise en compte des résultats dans ses décisions et remise en cause permanente des connaissances). L'enjeu était ainsi de mettre en place le doute – l'affirmation n'étant pas toujours fondée en médecine du fait de la croissance exponentielle des informations (personne, même le plus grand expert, ne peut avoir accès à toute l'information), de la rapidité d'introduction de nouvelles technologies, de la grande variabilité inexplicée des pratiques médicales (une équipe anglo-saxonne avait montré par exemple que

dans deux villes à populations identiques le taux d'hystérectomie chez les femmes de plus de 50 ans variait de 1 à 3), des risques de non-qualité, de l'évolution de la demande et de la pression financière (on ne peut plus, aujourd'hui, dépenser pour des techniques qui ne sont pas justifiées pour le patient).

Dans le même temps, pour les mêmes raisons, d'autres développaient le concept de recommandations pour la pratique clinique. Un programme de recommandations a été ainsi proposé par l'Institut de médecine américain à partir du début des années 1990. En France, l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale, créée en 1991, a commencé à travailler sur cette question. L'ANAES et la HAS ont ensuite poursuivi la réflexion. La France n'était donc pas en retard dans ce domaine. Les artisans de la médecine fondée sur des preuves remontent d'ailleurs historiquement aux médecins et scientifiques français du XIX^{ème} siècle, parmi lesquels Claude Bernard, Pierre-Simon de Laplace et Pierre-Charles Alexandre Louis. Les apports de ces médecins et scientifiques sont aujourd'hui reconnus et enseignés dans les universités anglo-saxonnes (plus que dans les universités françaises !).

Les avancées de la médecine fondée sur des preuves nous concernent aujourd'hui dans nos pratiques quotidiennes, à travers la lecture de l'information médicale, l'évolution du mode de publication des travaux scientifiques, la synthèse scientifique d'informations et l'évolution du rôle des patients (par la prise en compte de leurs valeurs et de leurs préférences).

L'apprentissage de la lecture de l'information scientifique est un mode d'enseignement qui se développe depuis vingt ans dans les facultés de médecine et en odontologie. Il s'agit ainsi d'apprendre aux étudiants à lire l'information scientifique nouvelle, dans la mesure où celle-ci est en perpétuelle évolution. Une grande proportion des médicaments utilisés dans les dix années à venir seront des médicaments vis-à-vis desquels les médecins n'auront pas reçu de formation au cours de leur apprentissage. L'enjeu sera donc de faire en sorte que les médecins apprennent à chercher l'information sur les nouvelles molécules et à prendre la mesure des travaux scientifiques. Au sein de l'Université McMaster, initialement, l'enseignement s'appuyait ainsi sur des cas concrets, nécessitant une recherche d'informations scientifiques pour être résolus. Des guides de lecture de la littérature scientifique ont été édités, en langue anglaise et en langue française.

Les articles scientifiques des grandes revues se présentent aujourd'hui tous de la même façon. Les règles de publication ont évolué au cours des vingt dernières

années pour aboutir à une standardisation. Le Consort Statement, ainsi, est un standard que tous les chercheurs doivent respecter lorsqu'ils publient les résultats d'un essai contrôlé randomisé. Les revues attachent une grande importance à ces critères. Cette dimension est fondamentale pour permettre au chercheur de trier et de sélectionner les informations pertinentes pour lui. Les médecins doivent apprendre à ne pas lire ce qui leur est inutile ou ce qui n'est pas pertinent pour aborder telle ou telle problématique. Par exemple, si on étudie une intervention de prise en charge de soins dentaires dans le Val-de-Marne on n'aura pas besoin de consulter des publications issues d'équipes travaillant sur une population ne correspondant pas à celle du Val-de-Marne. Les règles de publication permettent également l'indexation des articles au sein des bases de données. Compte tenu des volumes publiés chaque année, un article mal-indexé dans les grandes bases de données est voué à disparaître. Le site internet EQUATOR donne, pour tout chercheur, toutes les informations sur les standards et les modes de publication.

La synthèse d'information et la collaboration Cochrane.

La synthèse d'informations repose les concepts de revue systématique et de méta-analyse. La revue systématique consiste en une synthèse de la littérature médicale en réponse à une question clinique précise, à partir de méthodes explicites de recherche, d'analyse critique et de synthèse de l'information. La méta-analyse est une méthode statistique qui permet de combiner les résultats d'études comparables en un seul résultat plus puissant. Ces approches se caractérisent par leur caractère systématique et traçable. L'origine de l'information peut ainsi être identifiée, de même que les méthodes utilisées pour sélectionner l'information. Ces approches s'inscrivent a contrario des revues narratives composées autrefois selon l'intérêt des auteurs.

La collaboration Cochrane, initiée par Iain Chalmers (spécialiste de la périnatalité et élève de l'épidémiologiste écossais Archibald Cochrane), s'est développée dans cette perspective. L'objectif de la collaboration Cochrane est de synthétiser les données scientifiques dans tous les domaines de la médecine, sous forme de revues systématiques. Cette initiative a été développée à l'échelle internationale, avec des centres nationaux (au nombre de 14 aujourd'hui) et des groupes (plus de 50) travaillant chacun sur un domaine donné (comme le groupe oral health par exemple). L'information synthétisée est ainsi mise à disposition, dans chaque domaine, à travers une base de données payante baptisée « la librairie Cochrane ». Dans certains pays tels que le Royaume-Uni, l'accès à la librairie Cochrane est

aujourd'hui gratuit. Une revue propose un résumé qui précise : la question posée, la méthode de recherche de l'information scientifique, le nombre d'articles analysés, les résultats obtenus et leur incidence potentielle sur la pratique. Proposant une synthèse exhaustive des données scientifiques sur un sujet à un instant T, les revues systématiques constituent un outil fondamental pour les chercheurs, mais également pour les décideurs politiques de santé.

Les recommandations de pratique clinique (ou recommandations professionnelles)

Les recommandations sont des propositions développées méthodiquement pour aider les praticiens et les patients à rechercher les soins les plus appropriés, dans des circonstances cliniques données. Elles ont été développées parallèlement à la médecine fondée sur des preuves. A l'instar de la synthèse scientifique, la recommandation prend en compte la preuve scientifique. Il existe néanmoins des domaines où les preuves scientifiques font défaut. Un avis d'expert est alors requis. Des déterminants socioculturels doivent également être pris en considération. De fait, la médecine n'est pas pratiquée de la même manière en France, dans les pays anglo-saxons ou dans les pays asiatiques. L'organisation des soins et les politiques de santé diffèrent également d'un environnement à l'autre. Des priorités différentes sont établies par les décideurs ; des lobbys influencent également les pratiques. Tous ces éléments sont intégrés dans les recommandations, qui en ce sens diffèrent des synthèses scientifiques.

L'articulation entre la recherche, l'expérience clinique et le patient évolue également. A la lecture des données, les décisions du patient peuvent être différentes de celles du professionnel. Un travail a été mené, il y a maintenant plus de dix ans, sur le traitement de la fibrillation auriculaire (problème cardiovasculaire fréquent). L'utilisation des anticoagulants faisait l'objet d'une recommandation – les anticoagulants présentant un intérêt pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux, avec toutefois un risque hémorragique. Une explication détaillée des données relatives à la problématique a été fournie à un groupe de patients. Il a ensuite été demandé aux patients informés de se positionner quant à l'opportunité de se traiter ou non par des anticoagulants. Sur la centaine de patients interrogés, dont 89 auraient dû être traités selon la recommandation, 56 ont opté pour le traitement ; 33 ont opté pour l'absence de traitement. Ce travail a permis de mettre en évidence une divergence entre la recommandation médicale et l'avis des médecins d'une part, et la décision des malades d'autre part. Certains malades considéraient davantage les risques que les bénéfices. La préférence du patient constitue

dorénavant un élément fondamental du concept de médecine fondée sur des preuves.

Les mésusages de la médecine fondée sur des preuves

La médecine fondée sur des preuves peut toutefois donner lieu à des mésusages. Un leader de l'épidémiologie clinique (la science ayant conduit au concept de médecine fondée sur des preuves), Alvan Feinstein, avait ainsi écrit au moment du développement de l'evidence based medicine : « L'objectif louable de décider sur la base de la preuve scientifique peut être limité par la pauvre qualité de ce qui est réuni comme preuves scientifiques. L'aura autoritaire donnée à cette preuve peut être source d'abus majeurs à l'origine d'une pratique clinique fondée sur des recommandations inappropriées ou des doctrines dogmatiques. ». Plus récemment, un grand spécialiste du sujet, John Ioannidis, a publié un article en 2005, intitulé : « Why most published research findings are false » (Pourquoi la plupart des recherches scientifiques sont fausses). Richard Smith, ancien éditeur du British Medical Journal, a publié récemment un ouvrage intitulé : « The trouble with medical journals » (Le trouble avec les journaux médicaux). Dans cet ouvrage, on trouve la conclusion suivante : « Beaucoup de ce qui est publié est de mauvaise qualité, voire dangereux ». La lecture critique est là pour résoudre ce problème. Une information publiée n'est pas nécessairement valide. Richard Smith souligne que : « La revue par les pairs est un processus vicié. Beaucoup d'études incluent des auteurs fantômes ou qui n'ont pas fait grand-chose, les conflits d'intérêts sont importants et mal maîtrisés, les journaux constituent un élément de marketing dans l'industrie du médicament, la fraude est mal maîtrisée, il existe des doubles publications, les journaux font du profit en restreignant l'accès à l'information, les patients sont abusés, etc. » En pratique, les grands journaux tels que le New England Journal of Medicine, le Lancet et le JAMA s'appuient sur des comités indépendants. Cependant, ces journaux vivent à 80 % du financement apporté par la publicité pharmaceutique. D'autres journaux, notamment les journaux en accès internet cherchent aujourd'hui à éviter cet écueil.

Des conflits apparaissent également entre des recommandations soit disant fondées sur la preuve scientifique. Plusieurs recommandations sont parfois publiées sur le même sujet par différentes agences. Le médecin ne sait alors pas quoi faire.

Le concept d'accès à l'information se heurte par ailleurs à la disponibilité et à la formation des professionnels. Accéder à l'information et en faire une lecture critique est parfois compliqué. La démarche nécessite du temps.

Le livre de référence sur le sujet est l'ouvrage « Clinical Epidemiology », publié par des auteurs de l'Université de McMaster à l'origine du concept d'evidence-based medicine. La seconde édition de cet ouvrage portait le sous-titre : « Une science pour la pratique de la médecine ». L'édition suivante portait le sous-titre : « Une science pour la pratique de la recherche clinique ». Cette évolution traduit une prise de conscience. Ce dont nous parlons est parfaitement utilisable pour la recherche ou l'enseignement. En termes de pratique, cela s'avère plus difficile. La pratique s'appuie davantage sur des synthèses d'informations, ainsi que sur des recommandations.

En conclusion, il nous faut apprendre le doute en médecine. Les avis définitifs ne sièent pas à la médecine. Ce constat est difficile à admettre pour nous qui avons été formés dans cette logique mais aussi pour les patients. L'enjeu fondamental est de rester critique. Une information publiée par un grand journal médical ou par la HAS

peut malgré tout être soumise à la critique. Les pratiques peuvent être fondées en partie sur des preuves scientifiques, en prenant garde à ce que celles-ci ne deviennent pas un nouveau dogme. L'individu, l'organisation des soins, les moyens, les cultures, voire les modes interviennent également dans les pratiques. Ces dernières existent en médecine. Il y a 25 ans on enlevait les amygdales chez les enfants, aujourd'hui cela se fait beaucoup moins. La préférence des patients doit être prise en considération, ce qui n'est pas facile car il doit être informé. Cependant les patients ont de plus en plus accès à l'information comme les praticiens. Certains consultent aujourd'hui les articles scientifiques sur internet, notamment en cancérologie. Un dialogue doit donc pouvoir s'instaurer, en conservant un esprit critique. Enfin, la médecine fondée sur des preuves et la lecture critique peuvent permettre de lutter contre les lobbys, importants dans le monde de la médecine (l'industrie du médicament en est un mais n'est pas le seul). Les organismes nationaux tels que la HAS ont un rôle à jouer en la matière.

DÉFINITION ET ÉLABORATION D'UNE RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE DE QUALITÉ



Michel LAURENCE

*Chef du Service des bonnes pratiques professionnelles
Haute Autorité de Santé*

La définition d'une recommandation de bonne pratique a déjà été donnée par les précédents intervenants. L'objectif d'une recommandation de bonne pratique est de mettre à disposition des différents acteurs du système de santé (professionnels,

patients et usagers, décideurs publics), une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et de la science, destinée à aider la prise de décision dans le choix des soins, à améliorer la prise en charge des patients, à harmoniser et homogénéiser les pratiques, ainsi qu'à réduire les traitements ou actes inutiles ou à risques.

Les recommandations de bonne pratique sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et de la science à un moment donné. Compte tenu de leur nombre, la HAS n'est pas encore parvenue à résoudre le problème complexe de leur actualisation. En tout état de cause, les recommandations de bonne pratique ne sauraient

dispenser les professionnels de santé de faire preuve de discernement dans leur prise en charge des patients. La prise en charge doit être celle que le médecin estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations. Cette phrase est reprise en page 2 de toutes les recommandations. Une recommandation de bonne pratique peut s'appliquer généralement à la majorité des patients. Cependant, il existe toujours des cas de figure auxquels la recommandation ne peut s'appliquer, il appartient alors au médecin de proposer la prise en charge la plus adaptée.

Les concepts d'evidence-based medicine et de recommandations de bonne pratique datent du début des années 90. Depuis 20 ans, de nombreuses recommandations de bonne pratique ont été formulées en France. Depuis décembre 2010, la HAS a toutefois décidé d'en faire évoluer le champ. Dorénavant, les recommandations de bonne pratique n'ont plus pour but de décrire la prise en charge complète d'un état de santé ou d'une maladie (du repérage jusqu'aux traitements) mais de se limiter aux points d'amélioration de cette prise en

charge identifiés soit à l'aide d'études de pratiques, soit en leur absence à partir de l'avis des professionnels de santé et des usagers concernés. Il est en effet important aujourd'hui de mobiliser les ressources uniquement sur des productions ayant pour objectif d'améliorer les pratiques professionnelles.

Les recommandations de bonne pratique sont parfois ressenties par les praticiens comme des outils lourds à appréhender, sauf quand elles répondent à un besoin identifié. L'objectif est donc de les présenter sous un nouveau format, concis et gradé (en accord avec les niveaux de preuve identifiés ou les avis recueillis), privilégiant les formulations non-ambigües et répondant aux questions posées. L'enjeu porte également sur le développement d'outils pratiques synthétiques (reminders, arbres décisionnels, schémas, etc.).

L'objectif est de permettre aux praticiens de s'approprier les recommandations de bonne pratique pour, entre autres, évaluer leurs propres pratiques. L'élaboration d'une recommandation de bonne pratique doit s'inscrire dans le cadre d'un programme de bonnes pratiques. Le processus doit s'articuler autour de plusieurs étapes : identification d'un besoin, élaboration d'une recommandation de bonne pratique, évaluation des pratiques, identification éventuelle de nouveaux besoins et de nouveaux points d'amélioration, etc. Les recommandations de bonne pratique seraient ainsi inscrites dans une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'élaboration d'une recommandation de bonne pratique est une démarche rigoureuse et explicite. En France, la méthode principalement utilisée est celle de la recommandation pour la pratique clinique (RPC), qui correspond au clinical practice guidelines (CPG) anglo-saxon. La méthode repose sur un groupe de travail et un groupe de lecture. Une seconde méthode peut également être utilisée. Cette méthode, issue de la méthode RAND, est appelée recommandation par consensus normalisé (RCF).

La méthode RPC demeure la méthode préférentielle pour élaborer des recommandations de bonne pratique. La méthode RCF peut être utilisée si au moins deux des conditions suivantes sont réunies :

- absence ou insuffisance de littérature de fort niveau de preuve répondant spécifiquement aux questions posées ;
- possibilité de décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables (listes d'indications, critères, etc.) ;
- controverse avec nécessité d'identifier par un groupe

indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée.

L'objectif est ainsi de formaliser le consensus d'un groupe d'experts.

L'élaboration d'une recommandation de bonne pratique repose sur une analyse critique de la littérature scientifique. L'analyse critique implique une recherche documentaire systématisée, une sélection des articles (dont les critères de sélection doivent être explicités), une description des articles, une évaluation de la validité interne et externe des études. Une synthèse des données est ensuite réalisée permettant l'attribution des niveaux de preuve.

Ils existent différents niveaux de preuve et de gradation. La HAS utilise le système défini en 1999 par l'ANAES. Une réflexion est en cours pour envisager son évolution. Une confusion est généralement faite entre le grade et l'importance d'une recommandation. Il n'existe pas de hiérarchie. Le système de gradation de l'ANAES reflète le niveau de preuve scientifique et non l'importance de la mise en œuvre de la recommandation. Ainsi, certaines pratiques devant être absolument mises en œuvre ne reposent pas sur des preuves scientifiques. Il n'existe pas d'étude pour démontrer qu'il n'est pas judicieux de sauter d'un avion sans parachute, pourtant cette recommandation n'en est pas moins valide.

La méthode RPC repose sur une stratégie de recherche documentaire, avec détermination de critères de sélection. Une analyse critique est ensuite conduite. Au sein de la HAS, une ou deux personnes sont en charge de l'analyse critique de la littérature. Celle-ci est ensuite soumise à un groupe de travail multidisciplinaire, voire pluri-professionnel, composé de 15 à 20 personnes. Le groupe de travail intègre également des représentants des patients et des usagers. A partir de l'analyse critique de la littérature, le groupe de travail rédige une première version des recommandations. Plusieurs réunions sont souvent nécessaires pour aboutir à un premier argumentaire scientifique (résumé de l'analyse de la littérature + avis du groupe de travail) et à la première version des recommandations. Cette première version est ensuite soumise à un groupe de lecture, composé de 30 à 50, voire 100 personnes. Le groupe de lecture émet un avis sur les recommandations proposées, leur applicabilité, leur faisabilité, leur cohérence avec l'argumentaire scientifique, etc. L'avis du groupe de lecture est recueilli avec l'aide d'un outil informatique de gestion rationalisée des avis de lecture : GR@AL. Chaque membre du groupe de lecture est ainsi invité à répondre à une série de questions, en qualifiant à chaque fois son accord ou son

désaccord sur une échelle de Likert de 1 à 9 (en conservant la possibilité d'indiquer si on n'est pas en mesure de se prononcer). L'outil informatique permet ensuite de calculer les niveaux d'accord et de désaccord globaux, les valeurs minimales et maximales de cotation, etc. Les commentaires anonymisés des experts du groupe de lecture sont également recueillis. Les cotations et avis des membres du groupe de lecture sont transmis aux membres du groupe de travail pour l'élaboration de la dernière version des recommandations. La version définitive des recommandations est mise en ligne, accompagnée de l'argumentaire scientifique. Une synthèse des recommandations est par ailleurs proposée. Une autre approche de lecture est également proposée à travers le format « Reco2 clics », intégrant un sommaire interactif.

La méthode RCF est généralement utilisée lorsque la littérature est moins riche. Un travail d'analyse critique est néanmoins mené. Le groupe de travail est ensuite scindé en deux groupes : un groupe de pilotage et un groupe de cotation. Le groupe de pilotage a la charge de formuler des propositions de recommandations à partir de l'analyse critique de la littérature ; le groupe de cotation a celle de coter les propositions du groupe de pilotage. La cotation s'appuie sur une échelle de Likert : toutes les recommandations ayant fait l'objet d'un accord fort sont conservées. Une réunion du groupe de cotation est organisée pour retravailler les propositions n'ayant pas fait l'objet d'un « accord fort » avant un nouveau tour de cotation. A l'issue du second tour de cotation, toutes les recommandations ayant fait l'objet d'un accord fort ou relatif au 2^e tour sont conservées. Un premier texte de recommandations est ainsi produit. Ce texte est ensuite soumis à un groupe de lecture, de la même façon que dans la méthode RPC. Les avis des membres du groupe de lecture sont recueillis et transmis aux membres du groupe de pilotage et du groupe de cotation. Le texte final des recommandations peut alors être rédigé. La méthode de prise en compte des cotations et des commentaires du groupe de lecture par le groupe de travail est disponible sur le site de la HAS.

En pratique, le processus d'élaboration d'une recommandation par la HAS se décline en plusieurs étapes. Un thème est d'abord transmis. Une note de cadrage est ensuite réalisée. Celle-ci constitue une feuille de route, précisant l'origine, le but et l'intérêt de la démarche, les questions abordées, ainsi que la composition des groupes de travail et de lecture. Une réunion de cadrage peut être organisée pour engager, si besoin, un dialogue avec les professionnels et les représentants des patients. La note de cadrage est ensuite soumise à deux instances au sein de la HAS : la Commission Recommandations de bonne pratique et le Collège de la HAS. Le groupe de travail et le groupe de lecture sont ensuite constitués.

Les déclarations d'intérêts des membres du groupe de travail sont soumises au Bureau de la Commission Recommandations de bonne pratique. En fonction des intérêts déclarés, la candidature de certains experts peut être rejetée. L'élaboration de la recommandation est ensuite mise en œuvre : réunions du groupe de travail, envoi au groupe de lecture, retour vers le groupe de travail, finalisation du texte. Le texte définitif est une nouvelle fois soumis aux instances de la HAS. Une fois le texte validé, un travail d'indexation bibliographique et de correction orthographique et typographique est assuré, avant la mise en ligne sur le site de la HAS.

Au global, l'élaboration d'une recommandation nécessite environ 18 mois (contre 24 à 36 mois pour les recommandations du NICE et 36 mois pour les recommandations du SIGN). Ce délai est souvent lié à l'ampleur des questions adressées à la HAS, les demandes portant sur une prise en charge complète ne favorisant pas le respect des délais.

La HAS a par ailleurs développé une veille méthodologique. La HAS est garante des méthodes de recommandations utilisées en France, en concertation avec les professionnels et les représentants de patients et d'usagers. La HAS a également pour mission de répondre aux demandes institutionnelles. La HAS a pour mission d'élaborer en priorité les recommandations de bonne pratique pour lesquelles les professionnels ne parviennent pas à trancher, du fait de leur complexité ou des controverses suscitées. La HAS considère également devoir apporter un soutien méthodologique aux organisations professionnelles qui souhaitent élaborer des recommandations de bonne pratique. Considérant que les professionnels de santé peuvent élaborer des recommandations en rapport avec leur thématique, la HAS a mis en place une procédure de labélisation. La procédure de labélisation porte sur la méthode d'élaboration et non sur le fond des recommandations. Les groupes de travail doivent être multidisciplinaires et comporter des représentants de patients et d'usagers. Toute contestation sur le fond d'une recommandation labellisée doit être portée auprès du promoteur de celle-ci. Une aide méthodologique est apportée par un chef de projet de la HAS (aide à la réalisation de la note de cadrage, aide à la composition des groupes, lecture commentée de l'argumentaire scientifique, etc.). Les recommandations labélisées par la HAS sont relayées sur le site de la HAS.

Concernant l'efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations de bonne pratique, un rapport a été publié en 2000 par Pierre Durieux et Philippe Ravaud. A l'époque, on notait une absence d'impact démontré de la diffusion simple et de la formation médicale continue (FMC) traditionnelle, ainsi qu'un

impact modéré des leaders d'opinion, des audits feedback, de la FMC interactive, des incitations et des sanctions financières. En revanche, on observait un impact démontré des visites à domicile et des rappels au moment de la décision (reminders des systèmes informatiques d'aide à la décision). L'effet éducationnel de l'aide apportée était toutefois limité. Ce rapport nécessite d'être actualisé.

Afin d'améliorer la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique, la HAS produit des outils destinés aux professionnels et aux patients (avec des fiches d'information notamment). La HAS met également l'accent

sur la formation médicale initiale, à travers un référencement sur son site des publications en rapport avec les questions de l'examen classant national. L'évaluation des pratiques professionnelles, intégrée au DPC, contribue également à la mise en œuvre des recommandations. La HAS a également développé des programmes pilotes sur l'AVC, l'infarctus du myocarde, l'utilisation de psychotropes chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, etc. Des indicateurs de qualité et de pratique clinique sont par ailleurs mis à disposition. La certification des établissements de santé constitue également un moyen de mise en œuvre des recommandations.

DÉBAT

De la salle

Ma question sera volontairement provocatrice. En considérant la mise en œuvre sur le terrain des recommandations de bonnes pratiques, au regard du travail représenté jusqu'à quel niveau cette démarche est-elle rentable ? L'effort consenti a un coût très important et, au final, l'application des recommandations de bonne pratique demeure limitée. Par ailleurs, les recommandations de bonne pratique sont-elles un outil de régulation ou un réel outil d'aide à la décision ?

Michel LAURENCE

Les recommandations de bonnes pratiques s'inscrivent dans une logique d'aide à la décision. En termes de régulation, les recommandations de la HAS sont opposables et font grief. Il s'agit néanmoins d'une autre problématique.

L'élaboration des recommandations de bonne pratique n'est pas nécessairement complexe. Nous nous sommes efforcés de simplifier la méthodologie, pour que la dynamique ne s'épuise pas avec la production des recommandations. Des méta-analyses permettent aujourd'hui de gagner du temps dans l'analyse de la littérature. Il y a des recommandations existantes. Lorsque le sujet est bien ciblé, la procédure peut être mise en œuvre rapidement. Au sein de la HAS, le délai de 18 mois est lié aux contraintes de validation et de fonctionnement des procédures administratives. Dans le cadre de la labélisation, lorsque les professionnels s'emparent d'un sujet, le processus est généralement plus rapide. La mise en œuvre est ensuite quasi systématique. Quoi qu'il

en soit, la mise en œuvre d'une recommandation de bonne pratique nécessite du temps – l'enjeu étant de faire adhérer l'ensemble d'une profession. C'est pourquoi, il importe que la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique s'inscrive dans des programmes d'amélioration des pratiques. Dans ce cadre, et en particulier par le biais des labels, l'outil peut être efficace et pertinent.

Le doute demeure par ailleurs un principe fondamental pour améliorer les pratiques professionnelles. Pour les praticiens, l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique permet aussi de casser certaines certitudes tirées de la formation initiale. Cet effet de remise en cause participe de l'intérêt des recommandations de bonne pratique.

Pierre DURIEUX

Le processus est effectivement long. Il en va de même pour la réalisation des revues Cochrane. C'est pour cela qu'il nous faut développer la traçabilité des travaux, afin de faciliter leur actualisation. L'enjeu serait également de mieux cibler les thématiques. L'objectif ne saurait être de faire des recommandations sur tous les sujets. Dans le domaine des maladies rares, par exemple, il pourrait être plus opportun d'orienter les praticiens et les usagers vers des centres d'expertise, que de produire de multiples recommandations nationales. Dans le cas de l'insuffisance cardiaque, le problème se pose différemment. Ce problème concerne des dizaines de milliers de français et pourrait justifier l'établissement de recommandations.

Par ailleurs, certaines pratiques évoluent très rapidement dans le sillage de l'information scientifique. Dans certains domaines, un seul article peut suffire à changer la donne. La publication de la Women Health Initiative sur les risques cardiovasculaires et de cancer liés aux traitements par œstrogènes et progestatifs combinés chez les femmes en péri-ménopause a modifié complètement, en six mois, les pratiques médicales.

Michèle MULLER-BOLLA

La preuve scientifique perd parfois un peu de son importance dans les différents groupes de travail. La grille AGREE est-elle utilisée pour évaluer les recommandations de bonne pratique ?

Le manque de mise à jour des recommandations dans le temps interpelle par ailleurs. Des niveaux de preuve de plus en plus élevés sont produits au fil du temps. La question de la mise à jour des recommandations se pose donc.

Dans le domaine des recommandations par les sociétés savantes d'odontologie, quand pouvons-nous espérer disposer des premières recommandations labellisées ?

Michel LAURENCE

Nous utilisons bien la grille internationale AGREE II comme outil d'évaluation. La Commission des recommandations de bonne pratique évalue ainsi l'élaboration des recommandations par la HAS ou dans le cadre de la labélisation. Nous utilisons également la grille AGREE II pour évaluer les recommandations produites par d'autres et destinées à être intégrées dans les productions de la HAS.

L'actualisation des recommandations de bonne pratique est un sujet difficile, qui nécessiterait de multiplier les ressources de la HAS de façon impressionnante. Cela étant, une seule publication suffit parfois à modifier bien des choses. Par ailleurs, une étude réalisée sur 30 recommandations en 2006 a mis en évidence que les recommandations portant sur des sujets peu susceptibles de varier (parce que moins liés aux médicaments) pouvaient demeurer valables dans le temps. L'enjeu serait de mieux identifier les éléments à actualiser, indépendamment de la date de publication des recommandations. Dans les faits, les recommandations portant sur les médicaments nécessitent souvent une réactualisation plus fréquente, tous les 3 ou 5 ans.

Dans le domaine de l'odontologie, des recommandations ont déjà été publiées par la HAS. D'autres sont en cours de

labélisation. Leur diffusion dépendra néanmoins des promoteurs.

De la salle

Pourquoi la recherche documentaire ne suit-elle pas le protocole Cochrane ou un équivalent? Pourquoi les recommandations ne sont-elles pas établies ensuite selon le protocole GRADE ?

Michel LAURENCE

Les revues Cochrane sont des revues systématiques de la littérature. Celles-ci sont utilisées dans le cadre de l'élaboration des recommandations de bonne pratique. Elles n'ont toutefois pas la même finalité.

Le système GRADE, développé par l'Université McMaster, est quant à lui utilisé pour élaborer des niveaux de preuve et les gradations des recommandations de bonne pratique. GRADE est utilisé par l'OMS et, de façon détournée, par certaines organisations. Pour ma part, j'estime que le système GRADE est très complexe à mettre en œuvre. Je vois très mal les professionnels de santé mettre en œuvre cet outil dans le cadre de l'élaboration de leurs propres recommandations de bonne pratique. Y compris au sein de la HAS, la faisabilité d'une implémentation de GRADE pose question.

Pierre DURIEUX

Les revues systématiques portent en général sur des problématiques très ciblées et très circonscrites. Les recommandations de bonne pratique élaborées par la HAS portent généralement sur des thèmes plus larges. On peut donc comprendre que des revues systématiques soient utilisées par la HAS pour adresser certaines problématiques précises. La HAS est néanmoins amenée à élargir son approche, notamment pour adresser les thématiques n'ayant pas été couvertes par des revues Cochrane.

GRADE constitue une méthode de synthèse complexe. Je viens de l'utiliser efficacement sur un sujet précis. Schématiquement, il s'agit d'une méthode de cotation des niveaux de preuve. L'intérêt de cette méthode est qu'elle est traçable. Deux avis différents peuvent être exprimés sur une même publication scientifique et toutes les subjectivités demeurent tracées. On sait alors pourquoi les auteurs ont abouti à telle ou telle recommandation. Cela étant, l'utilisation de cette méthode nécessite une formation et ne saurait être généralisée. Le niveau de formation des universitaires en

médecine demeure très faible en matière d'épidémiologie clinique. Ceci ne leur permet pas nécessairement d'aller suffisamment loin dans l'analyse. L'enjeu serait de former davantage les professionnels de santé.

Maurice CHATEAU

Président du Conseil départemental de l'Ordre des Chirugiens-dentistes du Val-de-Marne

En ce qui concerne les maladies rares, nous sommes confrontés, au sein de nos cabinets, au syndrome de Gougerot-Sjögren. Celui-ci n'est pas facile à détecter. Il est de plus très difficile d'adresser les patients atteints de ce syndrome à des structures adaptées, dans la mesure où il en existe très peu.

Michel LAURENCE

Je ne suis pas certain que le syndrome de Gougerot-Sjögren soit inclus dans les maladies rares. Quoi qu'il en soit, le site de référence pour les maladies rares est le site orpha.net. Celui-ci permet d'apporter des informations aux médecins et aux usagers, notamment sur les conduites à tenir en cas d'urgence. Des informations peuvent également être trouvées dans les guides ALD disponibles sur le site de la HAS.

Pierre DURIEUX

Dans les pratiques, il n'existe pas que la preuve scientifique. L'expertise et le taux d'activité jouent également un rôle important. Je n'aurais pas apprécié que ma femme accouche dans une maternité réalisant moins de 100 accouchements par an. Je n'aimerais pas me faire opérer par un chirurgien réalisant moins de 5 interventions par an. Le volume d'activité et la formation des professionnels demeurent des éléments fondamentaux.

Pour les maladies rares, au-delà de orpha.net, il conviendrait d'avoir accès à des services spécialisés. Dans cette optique, la télémédecine pourrait constituer un outil intéressant. Le développement de cette pratique est une des priorités du ministère de la santé.

Dominique BRACHET

CNSD

Le Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire, créé il y a deux ans, est composé de trois entités : une entité académique, une entité représentant les sociétés scientifiques et une entité représentant la profession.

La complexité de l'élaboration des recommandations de bonne pratique a été illustrée. Nous nous sommes attelés à cette tâche depuis deux ans. Les travaux progressent toutefois difficilement. Dans notre profession, il nous est souvent impossible de nous appuyer sur une littérature conséquente et d'un niveau de preuve suffisamment élevé.

Nous travaillons actuellement sur deux sujets, dans l'optique d'obtenir une labélisation par la HAS : le dossier du patient (avec une note de cadrage validée par la HAS) et le diabète en médecine bucco-dentaire (avec un groupe de cotation mis en place pour vérifier la validité des publications susceptibles de soutenir une recommandation). Ces démarches nécessitent du temps et mobilisent des ressources (professionnels, représentants des usagers, représentants d'autres professions, etc.). Le fait de ne pas toujours disposer de publications scientifiques d'un niveau suffisamment élevé constitue une vraie problématique. La disponibilité des professionnels, mais aussi leur indemnisation, constitue également une limite, d'autant qu'il est important de mobiliser des professionnels d'horizons divers et en prise avec les pratiques professionnelles. Compte tenu des efforts à produire, ces questions nécessiteraient d'être abordées au sein de la profession.

LA DENTISTERIE FONDÉE SUR DES PREUVES: APPORTS ET LIMITES



INTRODUCTION

Michèle MULLER-BOLLA

*Professeur d'Odontologie pédiatrique
U.F.R d'Odontologie - Université de Nice Sophia Antipolis*

L'evidence-based dentistry, ou dentisterie fondée sur la preuve, se réfère aux niveaux de preuve. La représentation graphique de ceux-ci forme

une pyramide dont le sommet correspond aux niveaux de preuve les plus élevés. Ces derniers recouvrent en particulier les essais cliniques randomisés et les méta-analyses d'essais cliniques randomisés. La base de la pyramide équivalente au niveau de preuve le plus bas fait référence aux études descriptives ou aux séries de cas. Les recommandations rédigées selon les normes de qualité actuelles font référence à ces niveaux de preuve en énonçant des conseils cliniques associés à des preuves scientifiques plus ou moins établies (trois grades de preuve scientifique de faible à établie). C'est par exemple le cas des recommandations de bonne pratique proposées par la HAS pour améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins.

Dans le cas particulier des méta-analyses d'essais cliniques randomisés, ou plus exactement de revues systématiques de la littérature n'incluant que des essais cliniques randomisés (la méta-analyse est une analyse statistique éventuellement réalisée dans le cadre d'une revue systématique), The Cochrane Library fait référence. Ainsi toutes les recommandations ciblées sur la prévention de la maladie carieuse se réfèrent, si elles sont de qualité, aux différentes revues systématiques de la littérature conduites par le groupe Cochrane Oral Health. Dans le cas particulier des topiques fluorés, Valeria Marinho, que nous avons l'honneur de recevoir dans le cadre de cette journée, y contribue depuis 2002. Elle nous résumera aujourd'hui ses travaux sur ce sujet au sein du groupe Cochrane Oral Health.

Les études cliniques sur les topiques fluorés ont été très nombreuses et ont souvent donné des résultats contradictoires. Les revues systématiques de la littérature sur ce

sujet, n'incluant que les essais répondant aux normes de qualité, nous permettent aujourd'hui d'y voir plus clair. Depuis leurs publications, les recommandations nationales en la matière sont relativement superposables. Malheureusement, les essais cliniques randomisés demeurent encore insuffisamment nombreux dans d'autres domaines de l'odontologie. Dès lors certaines revues systématiques ne peuvent s'appuyer que sur une poignée d'essais cliniques randomisés et de nombreuses questions cliniques restent à ce jour sans réponse. Face à ce constat, les auteurs des revues systématiques suggèrent des recherches ciblées. Ainsi, outre les informations données, les revues systématiques constituent un guide précieux pour les hospitalo-universitaires et les chercheurs. Elles ont initié une évolution dans la recherche clinique davantage orientée vers des questionnements quotidiens, autour de cas cliniques précis.

REVUES DE LITTÉRATURE CRITIQUES COCHRANE SUR LE FLUOR PREUVE OBJECTIVE INFLUENÇANT LA PRATIQUE ET LA POLITIQUE DE SANTÉ DENTAIRES

Valeria MARINHO

Maître de conférences en Santé publique

*Institute of Dentistry - Barts and the London school of medicine and dentistry
Queen Mary, University London – Royaume-Uni*



Ma présentation a pour objet de donner une vue d'ensemble de la preuve de l'efficacité du fluor dans la prévention des caries, en s'appuyant sur les revues Cochrane traitant du sujet, et de montrer que les résultats issus de ces études ont rapidement été omniprésents dans les recommandations de bon usage du fluor, la pratique dentaire et les directives de politique sanitaire à différents niveaux, au Royaume Uni comme à l'échelle internationale, dans beaucoup de pays et de régions.

Je commencerai par quelques éléments de contexte en parlant rapidement des premières revues Cochrane sur le fluor topique concernant les effets des gels, vernis, bains de bouche et dentifrices fluorés pour mettre en lumière l'importance des études systématiques comme moyen objectif de synthétiser le meilleur niveau de preuve issu de la recherche et moyen d'influencer les décisions en matière de santé. Je parlerai ensuite de la compilation de preuves dans ces revues et dans les revues Cochrane plus récentes sur le fluor. Je présenterai un résumé des preuves issues de ces revues systématiques en suivant autant que possible la séquence suivante : en premier lieu la réduction moyenne de la prévalence carieuse, en second lieu les facteurs qui influencent l'impact du fluor topique sur la diminution de la prévalence carieuse, puis l'efficacité comparée et combinée des produits fluorés topiques, enfin brièvement les résultats en termes de tolérance et d'effets indésirables. Je conclurai en soulignant comment ce nouveau savoir issu des revues Cochrane sur le fluor se retrouve omniprésent dans les documents de politique de santé ainsi que dans les recommandations de pratique clinique, démontrant l'importance de ces études dans la prise de décision concernant le fluor dans la prévention de la carie.

Le concept de prévention de la carie par le fluor et la recherche à la base de la large utilisation du fluor ont été considérablement documentés et débattus pendant plus de 60 ans. Les usages variés de fluor topique ont fait l'objet de tests cliniques intensifs par essais contrôlés randomisés. Ce n'est que relativement récemment que le niveau de preuve a commencé à être résumé de

manière plus objective dans des revues systématiques complètes. Les décisions et recommandations concernant le bon usage du fluor prenant

appui sur les résultats de telles revues sont même encore plus récentes. Ceci malgré l'apparition précoce en dentisterie, au milieu des années 80, d'études utilisant des méta-analyses d'essais contrôlés d'interventions en matière de prévention de la carie concomitamment à l'augmentation du nombre de revues systématiques disponibles en médecine. Stamm et collaborateurs en 1984 et Clark et collaborateurs en 1985 furent les premiers à réaliser des méta-analyses synthétisant la preuve sur le fluor dans la prévention de la carie.

La preuve issue des revues systématiques occupe désormais une position clé entre recherche et pratique clinique. En tant que résumés actualisés de tout le savoir accumulé, ces revues peuvent éclairer les décisions et servir de socle aux recommandations de bon usage du fluor. Elles peuvent clairement justifier scientifiquement la recherche future sur le sujet.

Par exemple, le Centre du Royaume-Uni de revues critiques et de diffusion de l'Université de York a mené en 2000 une revue systématique sur les effets de la fluoruration de l'eau. C'était la première revue systématique sur le sujet à être conduite ouvertement et avec les plus hauts standards possibles. Elle a montré que la qualité méthodologique de la recherche conduite tout au long du dernier demi-siècle était bien moindre que ce qui en avait été dit antérieurement. Cette étude, dénommée York, met en exergue que la preuve d'un bénéfice par la diminution de la carie devrait être examinée conjointement avec la preuve d'une augmentation de la prévalence de fluoroses dentaires et qu'on continuera à avoir besoin d'études de haut niveau qualitatif fournissant plus de preuves catégoriques actualisées sur les effets tant positifs que négatifs de la fluoruration de l'eau. Les résultats de cette étude, qui ont été interprétés de manières assez différentes selon les parties dans le débat sur la fluoruration, ont à vrai dire renforcé l'importance de mener des études systématiques sur le large

ensemble de preuves expérimentales des effets du fluor topique dans la prévention de la carie.

Il y a 20 ans, alors que j'étais en master de sciences à l'University College London (UCL), le Professeur Aubrey Sheiham me présenta tout d'abord les concepts d'Archie Cochrane tirés de son livre référence « Efficacité et Efficience ». Archie Cochrane était un épidémiologiste anglais, pionnier en matière d'évaluation d'interventions médicales.

Dans sa célèbre conférence Rock Carling tenue en 1971, Cochrane avait, pour la première fois, exploré les dangers de supposer, simplement à partir d'évaluations aux biais incontrôlés, que la pratique médicale de l'époque était nécessairement efficace dans le combat contre la maladie. Dans son livre Efficacité et Efficience publié en 1972, il attira l'attention sur l'ignorance collective au sujet des effets des soins médicaux. Il présenta des arguments convaincants en faveur de l'évaluation des méthodes de soins existantes et nouvelles par des essais contrôlés en particulier lorsque les soins, comme c'est souvent le cas, sont sans conséquence dramatique mais néanmoins importants. Il expliqua comment la preuve issue de tels essais randomisés pourrait être utile à une utilisation plus rationnelle des ressources. En 1979, il déclarait « Notre profession est sûrement très critiquée pour ne pas avoir organisé une synthèse critique par spécialité ou sous-spécialité, mise à jour périodiquement, de tous les essais contrôlés randomisés pertinents. »

La collaboration Cochrane qui génère et rend accessible des revues systématiques de haute qualité dans tous les champs des soins de santé, est l'organisation internationale fondée il y a 19 ans en réponse à la demande de Cochrane de fournir des revues systématiques, à jour, de tous les essais contrôlés randomisés dans le domaine des soins. La collaboration Cochrane est en grande partie financée par des fonds gouvernementaux et elle booste les personnes travaillant dans le domaine de la santé à établir des pratiques et politiques sur le fondement d'une preuve forte, objective, évaluée de façon critique et synthétique.

Ainsi, dans les années 90, lorsque j'ai commencé mon doctorat à l'UCL et ai été présentée aux membres de la Collaboration Cochrane, ma thèse prit la forme d'une série de revues systématiques Cochrane sur les ECR portant sur l'efficacité des interventions utilisant le fluor topique.

Il est important de placer contextuellement les revues systématiques comme un maillon important de la recherche. En effet, la plus forte preuve scientifique d'efficacité provient de tels schémas d'études quan-

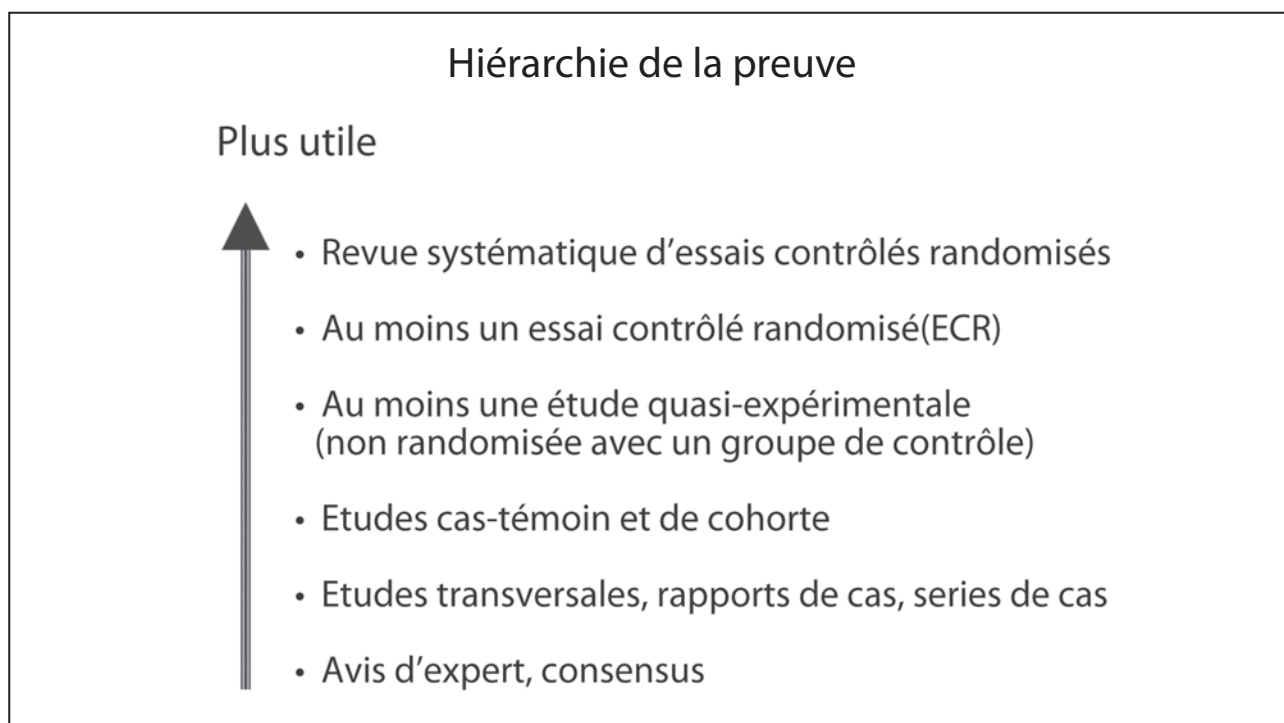
titatives qui sont susceptibles de fournir les meilleurs moyens de diminuer les erreurs systématiques (ou biais) et de disposer d'un nombre d'observations tirées d'une preuve randomisée suffisamment grand pour contrôler les erreurs de la randomisation (ou effets du hasard).

Divers modèles d'études ont été utilisés pour évaluer les effets des soins. Une hiérarchisation des niveaux de validité permet d'attribuer un grade à ces études en fonction de la rigueur de leur conception et de leur capacité à minimiser les biais. Cette hiérarchie de preuve en ce qui concerne l'efficacité, et les nombreuses variations de celle-ci proposées dans différentes recommandations de bonne pratique basées sur les preuves émanant d'organisations à travers le monde, montrent dans quelle mesure on peut être certain que les effets observés sont attribuables à l'intervention et ne sont pas le résultat d'autres facteurs. Les niveaux de preuve de la recherche peuvent aller de simples études descriptives à des expériences formelles telles que des essais contrôlés randomisés (Tableau 1). Les essais contrôlés randomisés de grande amplitude sont placés au sommet de la hiérarchie de preuve, au même rang que les revues systématiques d'essais contrôlés randomisés, parce qu'ils représentent la méthode la plus fiable de réunir des groupes à comparer sur laquelle fonder des inférences causales. Il y a une mise en garde que toute recherche doit être de haute qualité méthodologique.

Les revues systématiques ont pour but, non seulement d'identifier, d'évaluer et de résumer la preuve fiable en matière de recherche sur un sujet précis mais aussi de pointer les zones où une telle preuve n'existe pas et ainsi de fournir des informations nouvelles, pouvant ne pas apparaître dans les études prises une à une, qui vont être utilisées pour guider les choix, décisions et futures recherches en matière de soins de santé. Les cliniciens les lisent pour rester à jour dans les connaissances de leur spécialité. Les revues systématiques sont souvent le point de départ du développement de recommandations de bonne pratique clinique, le socle de directives politiques et les organismes les utilisent pour les appels directs à recherche pertinente. De plus en plus, de nos jours, pour les nouvelles soumissions d'essais contrôlés randomisés les organismes qui financent exigent qu'une revue systématique soit incluse dans le protocole - sinon ils n'examineront même pas la proposition, ce qui est tout à fait logique.

Jusqu'au début des années 90, la preuve de l'efficacité du contrôle de la carie par le fluor topique a été principalement évaluée dans des centaines d'essais contrôlés randomisés ayant été menés depuis les années 50. Ceux-ci étaient largement résumés dans des revues traditionnelles descriptives reposant sur de la littérature publiée

Tableau 1



sélectionnée, et les estimations des effets étaient habituellement fournies avec de larges plages. Nous ne connaissions pas exactement l'ampleur des effets et il n'y avait pas de consensus général sur les raisons des différences relevées dans l'efficacité. Beaucoup de facteurs influençant, qui n'avaient pas été évalués systématiquement jusqu'alors, pouvaient exister.

Lors des années 90, les premières méta-analyses avaient été centrées principalement sur l'évaluation d'agents actifs spécifiques du fluor topique dans des modes spécifiques d'administration. Nous avons principalement vu des méta-analyses sur les gels au fluorure de phosphate acide, les vernis Duraphat et l'efficacité des dentifrices au monofluorophosphate de sodium versus les dentifrices au fluorure de sodium. Bien que beaucoup de revues disponibles avaient relevé des problèmes importants en rapport avec l'évaluation des divers traitements par fluor topique, une question importante subsistait à l'époque : y avait-il une quantité d'information ingérable pour être résumée ?

A la fin des années 90, les premières revues Cochrane sur le fluor commencèrent à être planifiées et développées. Ces séries de revues Cochrane publiées de 2002 à 2004 ont été plus loin à bien des points de vue et pas seulement à cause de la méthodologie rigoureuse utilisée dans toutes les revues Cochrane. Étant les plus complètes à ce jour, les revues Cochrane sur le fluor

rassemblent et résument la masse de connaissance issue des preuves expérimentales disponibles sur les principales modalités thérapeutiques usuelles par fluor topique dans le cadre de la prévention de la carie dentaire chez les enfants. Elles comparent, de manière systématique, les estimations en matière d'efficacité et les principaux facteurs susceptibles d'influencer l'efficacité des produits fluorés topiques.

Les quatre premières revues de ces séries comparèrent, séparément par mode d'administration, les gels, vernis, bains de bouche et dentifrices à un placebo ou une absence de traitement et examinèrent les facteurs d'influence possibles sur l'efficacité. La cinquième revue des séries est une synthèse des quatre revues précédentes dans laquelle on a mené sur les quatre séries d'essais contrôlés des enquêtes additionnelles sur des covariables. Les différences entre les modes d'administration de fluor ont été examinées. La sixième revue a concerné des comparaisons directes, pour les gels, vernis, bains de bouche et dentifrices fluorés, entre deux modes d'administration. La dernière revue a concerné des comparaisons directes de toutes les combinaisons de ces modalités d'administration de fluor avec un seul mode d'administration (principalement n'importe quel produit fluoré topique en association avec le dentifrice versus le dentifrice utilisé tout seul).

D'une manière générale, les revues évaluent l'efficacité des produits fluorés topiques au travers de comparai-

sons avec des contrôles sans produit fluoré topique, entre produits, avec des associations de produits fluorés. Dans les revues, nous nous sommes intéressés à plusieurs questions majeures. Avant tout, nous voulions voir les effets bénéfiques éventuels des produits fluorés topiques. Quel pourcentage de réduction de la carie était attendu ? Nous avons également recherché la dépendance de l'efficacité du produit fluoré topique à un contexte environnemental d'exposition à des sources de fluor autres que celles prévues dans l'étude, l'influence possible des niveaux de base de la carie et celle des modalités d'intervention telles que la fréquence d'utilisation et la concentration en fluor du dentifrice. Nous avons terminé en rassemblant et en étudiant de manière critique les essais contrôlés randomisés pertinents en prenant soin d'utiliser le même protocole avec des mesures similaires des effets.

Bref, nous avons appliqué une méthode rigoureusement analogue à toutes les revues, depuis le stade d'élaboration du protocole jusqu'à la stratégie de recherche et à la sélection des études, qui a été faite en double contrôle pour un tiers à peu d'entre elles dans chaque revue. Pour l'évaluation qualitative et l'extraction des données, nous avons utilisé des formulaires pilotes élaborés au préalable et testés. Finalement, plus de 170 études furent retenues sur des essais incluant à peu près 70000 enfants.

Plus récemment, nous avons pu voir des revues additionnelles sur le fluor, publiées dans la bibliothèque Cochrane. Une, en 2010, sur l'efficacité, en matière de prévention de la carie chez l'enfant, de différentes concentrations en fluor dans le dentifrice fluoré. C'est une compilation de preuve par essais contrôlés randomisés en comparaison directe et indirecte. Une autre, toujours de 2010, sur le risque de fluorose engendré par le fluor topique chez les jeunes enfants, rassemble des preuves d'études observationnelles et expérimentales. Il y a également une revue de 2011 sur les suppléments fluorés pour prévenir la carie dentaire chez les enfants. Au milieu des années 2000, d'autres revues systématiques sur le fluor ont été publiées dans la bibliothèque Cochrane concernant la prévention des leucomes durant les traitements orthodontiques multi bagues, la prévention des caries par le lait fluoré, le contrôle de la carie dentaire par les dispositifs à relargage lent de fluor, et la comparaison entre scellements de sillons et vernis fluorés dans la prévention de la carie chez l'enfant et l'adolescent.

De plus, il y a de nombreuses revues Cochrane en cours sur le fluor, encore sous forme de protocole ou de thématique. Celle qui devrait faire l'objet de la prochaine publication s'intéresse dans la prévention de la carie chez les enfants aux solutions fluorées appliquées. Sont aussi à venir une revue sur le sel fluoré dans la préven-

tion de la carie et une qui observe uniquement si le fluor à la capacité de traiter ou stopper la carie. Il y a un travail certain en cours étant donné que les séries originelles des revues sur le fluor topique (publiées depuis 2002) subissent une mise à jour (la mise à jour de la revue concernant le vernis fluoré sera la première à être achevée).

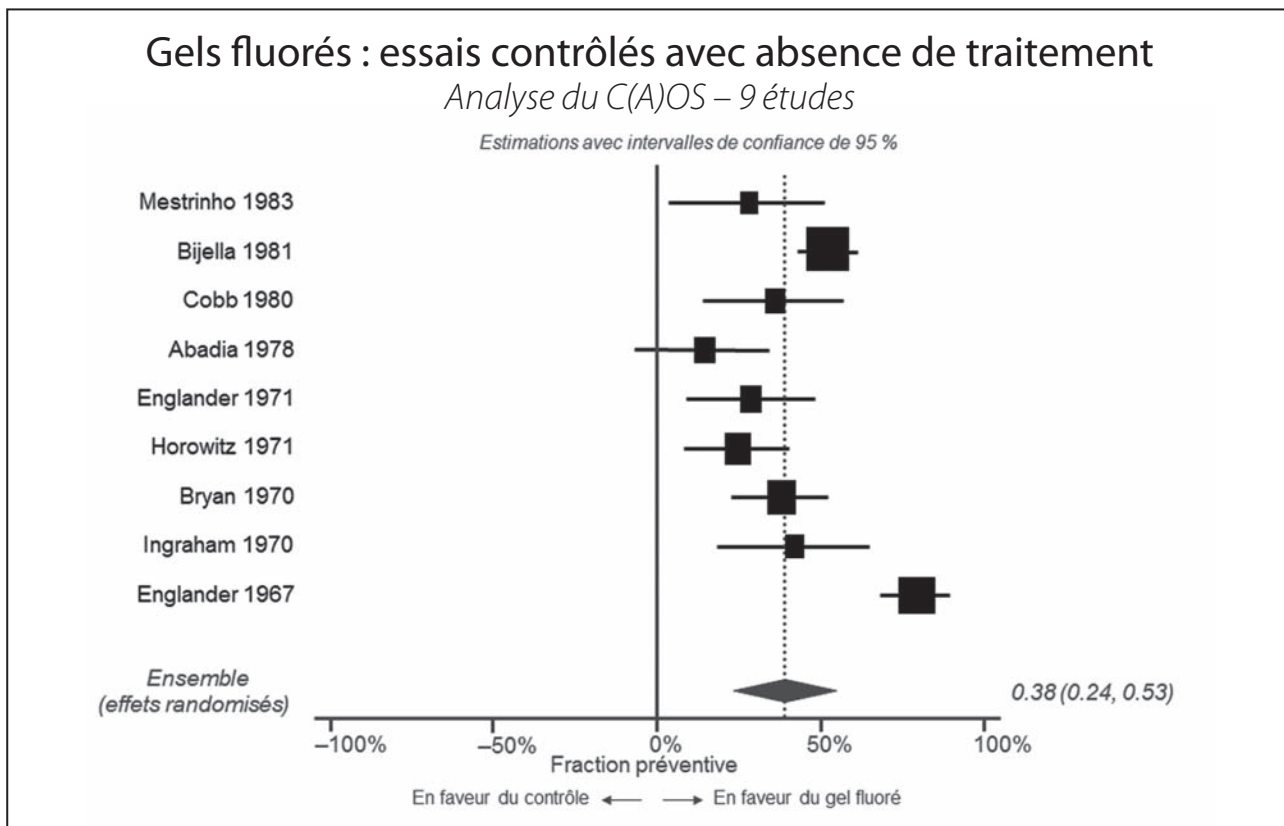
Je vais principalement exposer les revues Cochrane des séries originelles mais évoquerai un peu aussi les nouvelles revues Cochrane publiées plus récemment.

Quand on mesure les effets des produits fluorés topiques sur les caries dans les essais cliniques, le résultat principal concerne l'augmentation de l'atteinte carieuse. Une mesure caractéristique des effets du traitement est l'indice CAOOF. Il existe plusieurs variantes de l'indice carieux (CAOF, CAOD, CO, CS) et, par ailleurs, il existe différents stades de définition de la carie, différents stades de diagnostic, différents moyens diagnostiques de la carie etc...).

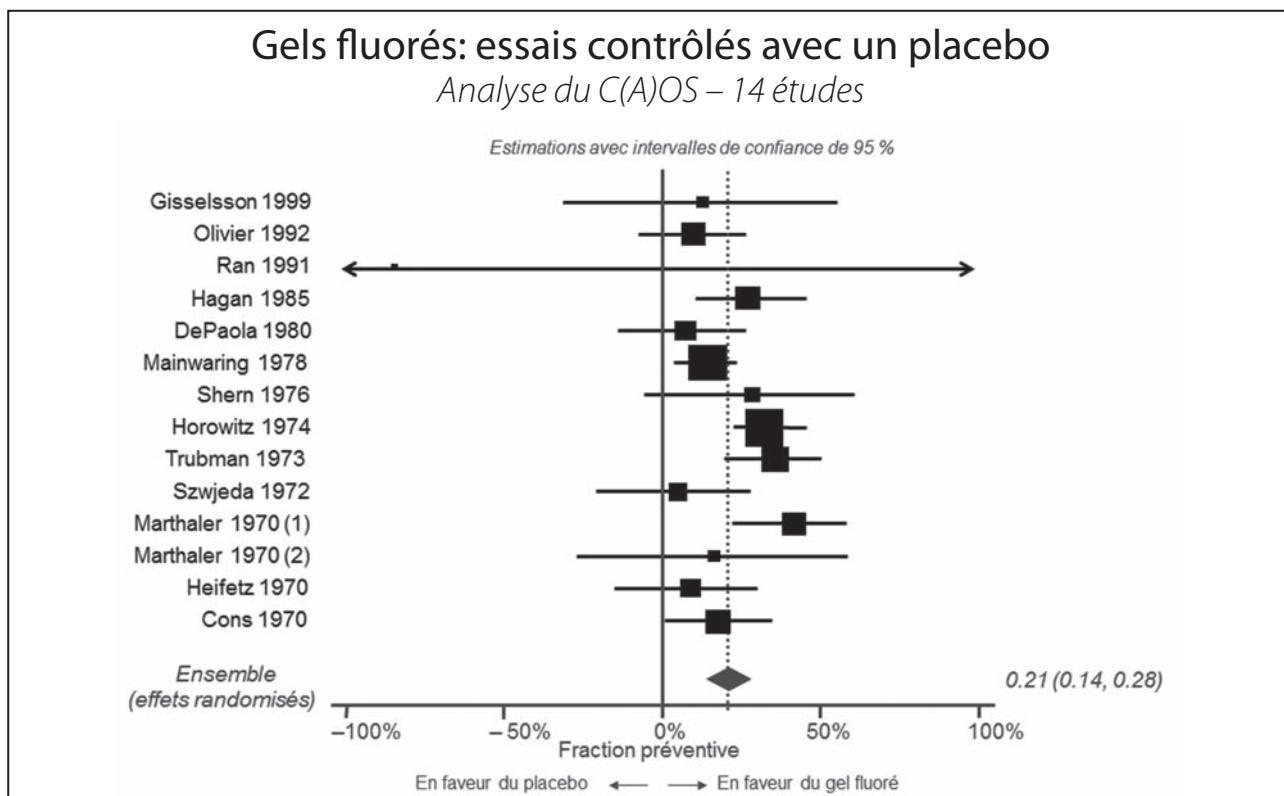
Pour la méta-analyse des essais sur le fluor topique dans les revues Cochrane, nous avons choisi de comparer les augmentations du CAOOF (synthèse de la différence entre les groupes) en utilisant la fraction préventive (FP). Cette dernière est la différence de l'augmentation moyenne du nombre de caries entre le groupe traité et le groupe témoin divisée par l'augmentation moyenne dans le groupe témoin. C'est ainsi traité comme un pourcentage de l'augmentation de l'indice carieux dans le groupe témoin. Nous avons fait ce choix pour plusieurs raisons. Tout d'abord, cela permet de combiner différentes méthodes de mesure de l'augmentation de l'indice carieux. Nous pouvions ainsi compiler, par exemple, le CAOOF avec le COF et le CF etc. (Objectivement, nous avons effectué des méta-analyses de l'augmentation de la carie tant au niveau dent qu'au niveau face). Cela nous a aussi permis d'enquêter de manière probante sur l'hétérogénéité des essais (Nous nous sommes intéressés à la dépendance possible de la réduction des caries à de nombreux facteurs). La fraction préventive (FP) est également simple à interpréter car c'est juste un pourcentage de réduction des caries, une mesure d'efficacité qui nous est très familière dans les essais concernant les interventions préventives des caries.

Les méta-analyses de la revue systématique de la littérature sur le gel fluoré regroupaient des études avec contrôle placebo et des études avec contrôle sans traitement. L'ensemble des résultats a montré, pour les 9 études avec groupe témoin sans traitement, une réduction carieuse estimée à 38% pour le gel fluoré, significativement plus élevée que celle de 21% obtenue pour les 14 études comparant le gel à un placebo (Graphiques 1,2).

Graphique 1



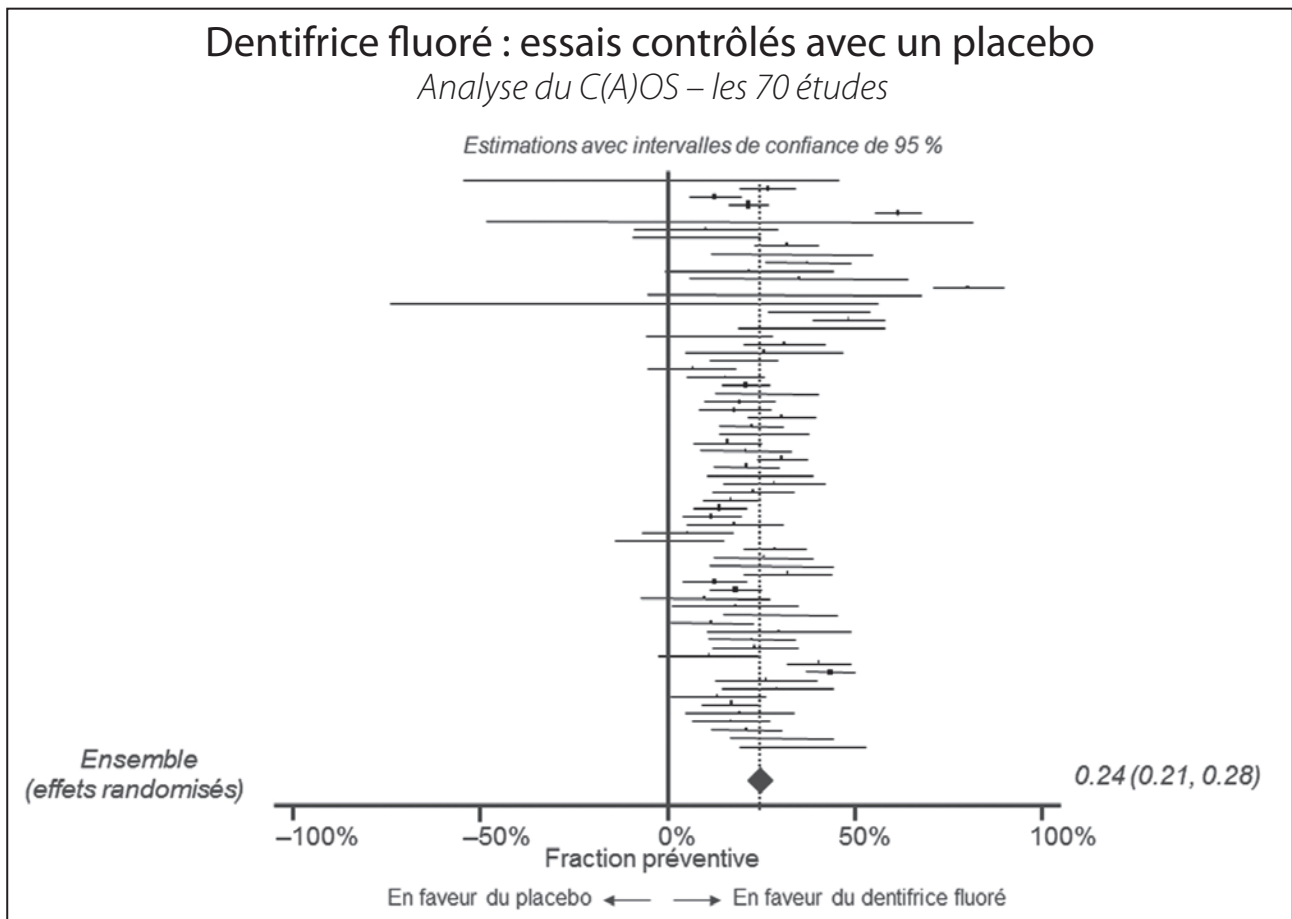
Graphique 2



L'influence du type de contrôle peut probablement être attribuée au fait que les études en double aveugle (utilisation d'un gel placebo) étaient, en général, d'une bien meilleure qualité méthodologique. La conclusion de la revue systématique sur le gel fluoré était la suivante : l'application de gel fluoré, par un professionnel, renouvelée au bout de quelques mois, ou bien en auto application sous supervision, prévient effectivement les caries dentaires sur les dents permanentes. La revue dans son ensemble brasse de l'information concernant 8000 enfants sur 25 essais. Toutefois, un effet du traitement ressort plus clairement (estimation plus précise) dans le sous-ensemble des essais contrôlés avec placebo.

Les méta-analyses de la revue systématique sur le dentifrice fluoré ont intégré 70 études (essais contrôlés avec placebo pour toutes), qui ont impliqué un très grand nombre d'enfants (Graphique 3). Les résultats combinés des 70 essais évaluant l'effet du dentifrice fluoré sur la denture permanente des enfants et adolescents comparativement au dentifrice placebo, montrent une fraction préventive de 24 %, suggérant qu'un brossage régulier avec du dentifrice fluoré est associé en moyenne à cette réduction du CAO de 24 % avec des intervalles de confiance étroits (21-28 %). Nous avons donc des résultats précis en raison de la convergence d'un très grand nombre d'essais.

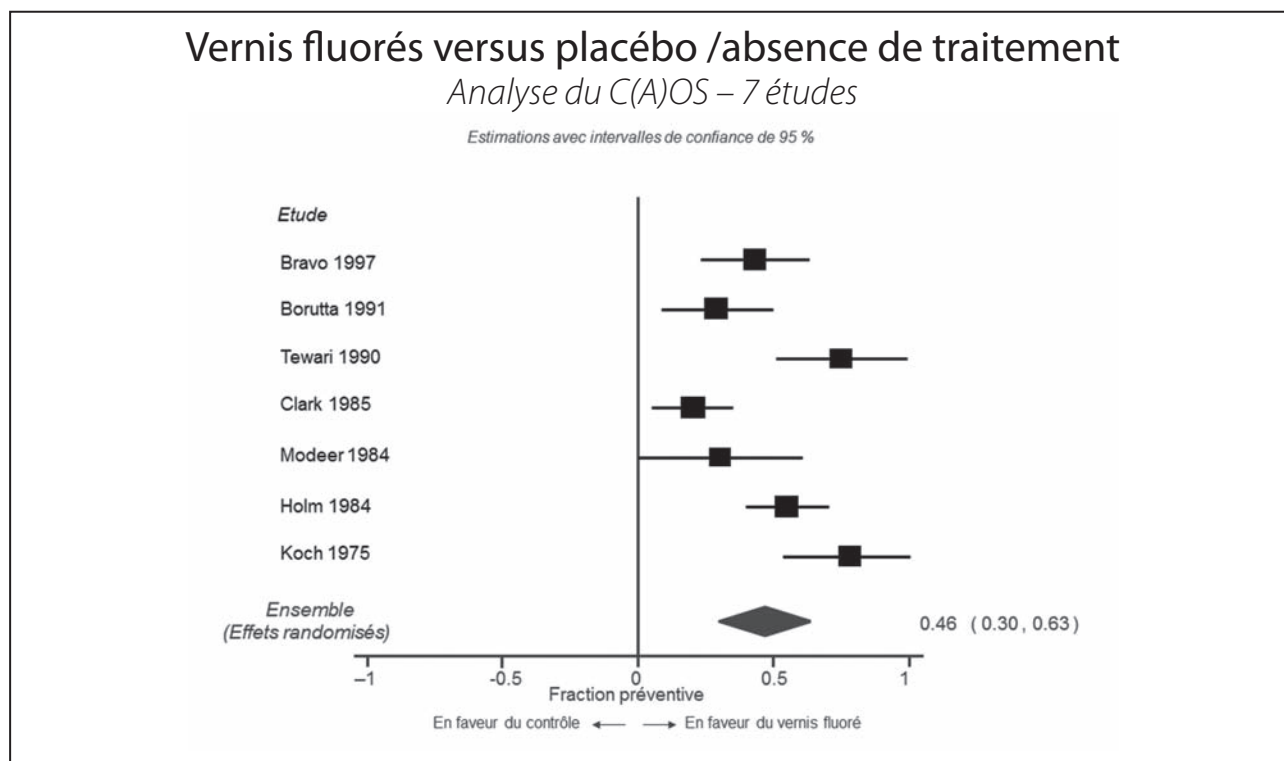
Graphique 3



Pour la revue systématique sur le vernis fluoré la situation était un peu différente. Les résultats émanaient de seulement 7 études, incluant 2700 enfants, évaluant l'effet du vernis fluoré sur la denture permanente des enfants et des adolescents (Graphique 4). Elle incluait à la fois des comparaisons placebo et absence de traitement. Elle a montré une fraction préventive de 46 % suggérant une réduction substantielle de la carie par l'usage de vernis fluorés. Toutefois ceci n'est pas certain et devrait être observé avec précaution car cette compa-

raison est basée sur un bien plus petit nombre d'essais avec une méthodologie de moindre qualité (il s'agissait principalement d'essais contrôle sans traitement, combinés avec les essais placebo). De plus, on notait une hétérogénéité considérable, i.e différences dans les résultats entre les essais. Cette prise de recul nous amena à la conclusion que nous avons peut-être une surestimation de l'effet du traitement par vernis fluoré, ceci en raison de la prépondérance d'essais contrôlés sans traitement de moindre qualité méthodologique.

Graphique 4



Pour l'actualisation en cours de la revue systématique nous avons au moins doublé le nombre d'études, en étudiant l'effet du vernis fluoré pas seulement sur la denture permanente mais aussi sur la denture temporaire; de ce fait des estimations plus précises de l'effet sont attendues.

Le tableau 2 donne les estimations combinées des effets thérapeutiques des divers traitements fluorés de la revue Cochrane avec une analyse transversale des 4 revues individuelles (une revue de synthèse), en s'intéressant seulement aux comparaisons placebo (avec lesquelles les conclusions ont été tirées sur des bases plus claires). Pour les dents permanentes, les fractions préventives moyennes C(A)OF obtenues pour les gels, vernis, bains de bouche, dentifrices fluorés versus placebo étaient de 24 % (IC 95 % : 21 % à 28 %) pour le dentifrice fluoré, 26 % (IC 95 % : 22 % à 29 %) pour les bains de bouche, 21 % (IC 95 % : 14 % à 28 %,) pour les gels et 40 % (IC 95 % : 9 % à 72 %,) pour les vernis fluorés. De fait, pour le vernis fluoré, si l'on s'appuie sur les trois essais contrôlés par placebo, un effet substantiel est encore noté, mais l'intervalle de confiance très large démontre la très grande imprécision du résultat. Dans cette revue synthétique, nous avons essayé de répondre à la question suivante : « Jusqu'à quel point le fluor topique en général, est efficace ? ». Ainsi, lorsque nous avons rassemblé les sous-ensembles des essais contrôlés par placebo des 4

revues systématiques dans une seule méta-analyse, l'effet thérapeutique global pour les 116 essais s'est avéré être le même que celui des essais avec le dentifrice car ils dominent en nombre l'ensemble (24 % allant de 22 à 27 %, ce qui est une estimation précise de l'effet du fluor topique). Donc, pour le fluor topique de manière générale, en moyenne, nous devrions nous attendre à une réduction de la carie de cet ordre de grandeur.

Nous nous sommes également intéressés à la question de variation d'effet du fluor topique en fonction de facteurs multiples tels que niveau initial de caries, exposition environnementale à d'autres produits fluorés, concentration en fluor, etc. Des découvertes intéressantes, permises par des enquêtes précédentes sur les facteurs potentiels pouvant influencer l'efficacité, proviennent de la revue systématique sur le dentifrice fluoré, du fait du grand nombre d'essais inclus dedans. A la question « L'efficacité du dentifrice dépend- elle du niveau initial de carie ? », la méta-analyse par régression a montré une augmentation relative constante de la fraction préventive avec l'augmentation du CAOOF initial des enfants inclus dans les essais (1 % d'augmentation de la fraction préventive par unité d'augmentation du niveau initial de caries ; IC 95 % : 0.1 % à 1.3, p=0.03). Cela indiquait, donc, que plus le niveau initial de caries de la population est élevé plus l'efficacité du dentifrice fluoré augmente.

Tableau 2

Estimations regroupées des effets de traitement

Traitement topique fluoré (tff) versus placebo

| TTF | C(A)OS Fraction préventive | Intervalle de confiance de 95% |
|---------------------|---------------------------------------|---|
| Vernis (3) | 40% | 09–72% |
| Gel (13) | 21% | 14–28% |
| Bain de bouche (30) | 26% | 22–29% |
| Dentifrice (70) | 24% | 21–28% |
| Ensemble (116) | 24% | 22–27% |

Une autre question pertinente était : L'efficacité du dentifrice fluoré dépend-elle d'un contexte d'exposition à la fluoruration de l'eau ? Apparemment pas, d'après les résultats des revues systématiques. L'augmentation du CAOOF dans les 11 études où la fluoruration de l'eau existait se traduisait par une augmentation non-significative de 3 % de la fraction préventive par rapport aux 46 études où il n'y avait pas de fluoruration de l'eau.

Une autre découverte de ces recherches fut la plus grande efficacité du dentifrice fluoré à de hautes concentrations en fluor, avec une augmentation de 8 % de la fraction préventive pour toute augmentation de 1000 ppm de fluor dans la teneur en fluor du dentifrice.

Nous avons aussi vu un effet positif de la supervision du brossage avec une augmentation de 11 % de la fraction préventive lorsque le brossage avec du dentifrice fluoré était effectué sous surveillance.

Il existait aussi des preuves concernant la comparaison directe de l'efficacité entre deux modes d'administration du fluor, pour les différents modes, permettant une réponse quant à leur efficacité relative. Ceci était principalement rapporté dans la sixième revue. Il y avait toutefois relativement peu d'essais pour chaque comparaison et un manque de signification statistique des résultats pour pratiquement toutes les analyses. Les résultats des 9 essais comparant le dentifrice fluoré avec soit le gel soit le bain de bouche étaient cohérents avec une absence de preuve d'une différence d'efficacité importante - la fraction préventive combinée du CAOOF était de 1 % (IC95 % : 13 à 14 %). Ainsi, la principale conclusion était que le

dentifrice fluoré utilisé chaque jour peut protéger contre les caries tout aussi bien que les gels et bains de bouche fluorés. Il n'existait pas de données exploitables dans les essais en ce qui concerne la comparaison entre dentifrice fluoré et vernis fluoré.

Il n'a pas été démontré non plus de différence d'effet par la méta-analyse de réseau (ou méta-analyses par multi-traitement) lorsque cet ensemble de bases de données provenant de la série des revues Cochrane sur le fluor topique a été analysé, de manière plus poussée, utilisant tout à la fois des comparaisons directes et indirectes des essais contrôlés randomisés inclus. Les analyses sont allées au-delà de la méta-régression. Après ajustement des éventuelles différences au niveau des études, aucune preuve évidente en faveur d'une plus grande efficacité d'un mode d'administration de fluor topique par rapport à un autre n'a été apportée (ceci était la conclusion d'une publication plus tardive faite en 2008 dans le *Journal of Clinical Epidemiology*). En fait, c'est ce qu'on aurait dû s'attendre à trouver, que tous les produits fluorés topiques ont un effet similaire, parce qu'après tout ils ont un mécanisme d'action identique au niveau des dents.

En ce qui concerne la preuve d'effets combinés issue de comparaisons directes, l'utilisation d'un produit fluoré topique en complément du dentifrice fluoré amène une augmentation de réduction des caries dentaires comparativement à l'utilisation du seul dentifrice fluoré. Dans la septième revue de la série, nous nous sommes intéres-

sés à ces comparaisons entre dentifrice fluoré associé à un autre produit fluoré topique et dentifrice fluoré utilisé seul. Pour les 9 études apportant des données pour la principale méta-analyse sur l'effet des bains de bouche, gels ou vernis fluorés en association avec le dentifrice fluoré, la fraction préventive globale du CAOOF était de 10 % (IC 95 % : 2 à 17 %; $p=0.01$) en faveur des régimes combinés. Mais, à quel point cette amélioration de l'ordre de 10 % va être considérée comme importante, cela dépend de la prise en compte de différents autres points concernés.

En matière de preuve sur d'autres impacts, nous avons aussi essayé de nous intéresser à l'acceptabilité et à la sécurité. Malheureusement, les revues n'étaient pas en mesure d'apporter une observation sur sûreté/effets indésirables. Il y avait très peu d'études rapportant sur les effets indésirables et aucune sur la fluorose, ce qui était prévisible car la majorité des essais furent conduits sur des enfants à partir de 6 ou 7 ans. Le manque de preuve directe sur la fluorose dans ces essais cliniques plaide en faveur du besoin d'une revue Cochrane, qui fut publiée en 2010, s'intéressant spécifiquement à la relation entre fluor topique et risque de fluorose.

En termes d'acceptabilité d'administration de fluor topique chez les enfants et adolescents, la conclusion fut que les enfants sont plus susceptibles d'utiliser, à long terme, un dentifrice fluoré qu'un bain de bouche ou des applications de gel ou de vernis. Nous avons examiné le niveau de preuve de l'acceptabilité en comparant les taux d'abandon pour les divers modes d'administration de fluor topique. La différence était en faveur du dentifrice fluoré qui présentait le moindre taux, i.e les enfants, dans les essais, étaient plus à même de rester pendant toute l'étude s'ils étaient affectés au groupe « dentifrice fluoré » que si on leur avait administré un autre type de produit fluoré topique. Ceci était une façon indirecte de voir l'acceptabilité bien sûr.

La revue Cochrane 2010 sur les différents dosages en fluor dans les dentifrices apporte la preuve d'une relative efficacité des concentrations les plus courantes. Toutefois, nous manquons d'essais pour certaines concentrations, plus spécialement pour les plus faibles dosages, et la preuve sur l'efficacité en denture temporaire est limitée. La revue a porté sur les comparaisons contrôlées par placebo et les comparaisons directes actives. Pour les 67 comparaisons placebo, les plus basses concentrations, 440, 500, 550 ppm de fluor et en-dessous, n'avaient pas d'effet statistiquement significatif, cependant avec beaucoup d'incertitude car la méta-analyse portait sur seulement 5 comparaisons, et les bénéfices tirés d'une augmentation de la concentration en fluor n'apparaissent qu'à partir de concentrations de 1000 ppm, avec une fraction préventive médiane du C(A)OF de 23 % (IC 95% :

19 à 27 %). Il y avait un effet dose-réponse (augmentation de la fraction préventive globale, en faveur du dosage le plus fort, avec l'augmentation de la différence de concentration) mais ceci était plus marqué pour les concentrations de 1000ppm et plus, et dans les comparaisons actives aussi (18 au total).

La revue Cochrane 2010 sur le fluor topique et le risque de fluorose chez les enfants était différente dans le sens où nous devions prendre en compte tous les niveaux de preuve, au-delà des essais contrôlés randomisés, notamment parce qu'il est rare qu'un effet indésirable soit complètement rapporté ou puisse être affirmé par des essais contrôlés randomisés (ECR) sur l'efficacité. Au final, 25 études furent incluses dans cette revue : 2 ECRs seulement, une étude de cohorte, quelques études cas témoins, et une majorité d'études transversales. La preuve se concentra principalement sur le dentifrice fluoré et les résultats de fluoroses légères, comme prévu. La preuve issue des deux ECRs montra principalement que des dosages plus forts en fluor du dentifrice (>1000 ppm F) étaient associés à un risque accru de fluorose. Il y avait une preuve faible que l'utilisation du dentifrice fluoré chez les enfants de moins de douze mois puisse être associée à une augmentation du risque de fluorose. Il y avait aussi une preuve équivoque d'un risque accru par l'utilisation entre 12 et 24 mois.

Qu'en est-il de l'impact des découvertes des revues Cochrane sur la pratique clinique et sur la politique de santé bucco-dentaires ? Je pense pouvoir dire que les résultats des revues Cochrane sur le fluor ont été assez rapidement pris en compte dans les recommandations fondées des preuves.

Un des exemples flagrants est l'utilisation des preuves issues des revues Cochrane dans les déclarations de politique internationales établies à partir de concertations globales et régionales dans des congrès organisés par l'OMS, l'Association Internationale pour la Recherche dentaire (AIRD) et la Fédération dentaire Internationale (FDI) en 2006 (France et Suisse), 2007 (Chine) et 2011 (Thaïlande).

D'importantes recommandations, s'appuyant sur les revues Cochrane sur le fluor, et plus particulièrement sur les résultats de celle concernant le dentifrice fluoré, ont été développées et une recommandation fondamentale est celle de la Déclaration de Beijing (qui suivit l'appel à agir pour la mise en place de congrès de promotion de la santé bucco-dentaire) : « Promouvoir la santé bucco-dentaire en utilisant le fluor, particulièrement dans le dentifrice, améliorera la qualité de vie et augmentera la chance d'atteindre les objectifs du développement du millénaire issu de l'OMS en réduisant le lourd tribut de la maladie dentaire des populations entières, tout spécialement pour les enfants de milieux défavorisés ».

Ces congrès étudièrent en détail toutes les preuves émanant des revues Cochrane d'où des recommandations variées faites lors de différents congrès. Ceci n'est qu'un simple résumé rapide de la principale recommandation dans la Déclaration de Beijing.

Les revues Cochrane ont été largement utilisées pour la formulation de recommandations fondées sur des preuves nationales et transnationales de bon usage du fluor topique dans la prévention de la carie, telles par exemples :

- Document « Prévention et Gestion des caries dentaires chez les enfants en âge préscolaire » Association Inter collèges de recommandations de bonne pratique d'Ecosse - 2005
- Document « Application professionnelle de fluor topique : les recommandations cliniques fondées sur des preuves ». Association Dentaire Américaine -2007
- « Procurer une meilleure santé bucco-dentaire, une boîte à outil basée sur les preuves » Ministère de la Santé – Angleterre - 2007 et 2009). utilisant aussi d'autres revues systématiques que les Cochrane. Une

mise à jour devrait bientôt paraître.

- Recommandations de bonne pratique sur l'usage du fluor topique chez les enfants et adolescents Service publique dentaire irlandais - 2008
- Recommandations de bonne pratique sur l'usage du fluor chez les enfants Association Pédiatrique Européenne - 2009
- Livre avec les recommandations sur l'usage du fluor Ministère de la Santé du Brésil -2009.

Nous avons parlé de la hiérarchie de la preuve, et l'Association Inter Collèges de recommandations de bonne pratique en Ecosse a constamment utilisé celle-ci pour expliquer le niveau de preuve dans chaque recommandation. La preuve est expliquée et graduée depuis le niveau1++ (preuve émanant d'études systématiques de haut niveau de qualité ou d'essais contrôlés randomisés [ECRs]) jusqu'au niveau 4 (opinion d'expert), et les énoncés correspondant au niveau de recommandation sont présentés sur une échelle allant de A à D, en fonction de la puissance de la preuve sur laquelle se fonde la recommandation(Tableaux 3 et 4).

Tableau 3

| Hiérarchie de la preuve (pour traitement) | |
|--|--|
| <i>Exemple tiré du réseau intercollèges écossais de recommandations (SIGN)</i> | |
| Niveau de preuve | |
| 1++ | Méta-analyses de haute qualité, revues systématiques d'ECRs, ou ECRs avec un très faible risque de biais |
| 1+ | Méta-analyses bien menées, revues systématiques, ou ECR(s) avec un faible risque de biais. |
| 1- | Meta-analyses, revues systématiques, ou ECRs avec un risque élevé de biais. |
| 2++ | Revue systématique de haute qualité de cas-témoin ou de cohorte, ou d'études Etudes de haute qualité de cas-témoin ou de cohorte avec un très faible risque de confusion, de biais ou de hasard et une probabilité élevée que la relation soit causale. |
| 2+ | Etudes bien menées de cas-témoin ou de cohorte avec un faible risque de confusion, de biais ou de hasard et une probabilité modérée que la relation soit causale |
| 2- | Etudes de cas-témoin ou de cohorte avec un risque élevé de confusion, de biais ou de hasard et un risque significatif que la relation ne soit pas causale. |
| 3 | Etudes non-analytiques, i.e. rapports de cas, séries de cas |
| 4 | Avis d'expert |

Tableau 4

| Hiérarchie de la preuve (pour traitement) <i>exemple du SIGN</i> | |
|---|---|
| Grade de recommandation | |
| A | Au moins une méta-analyse, une revue systématique, ou ECR coté 1++, et directement applicable à la population cible; ou Une revue systématique d'ECRS ou un ensemble de preuves consistant principalement d'études cotées 1+, directement applicable à la population cible, et montrant une cohérence d'ensemble des résultats |
| B | Un ensemble de preuves incluant des études cotées 2++ directement applicable à la population cible et montrant une cohérence d'ensemble des résultats ; ou Une preuve extrapolée d'études cotées 1++ ou 1+ |
| C | Un ensemble de preuves incluant des études cotées 2+, directement applicable à la population cible et montrant une cohérence d'ensemble des résultats ; ou Une preuve extrapolée d'études cotées 2++ |
| D | Preuve de niveau 3 ou 4 ; ou Une preuve extrapolée d'études cotées 2+ |

En 2009/2010, un de mes étudiants en Master s'est intéressé à l'utilisation de preuves émanant des revues Cochrane, ou d'autres sources, dans les recommandations nationales et transnationales (Tableau 5). Nous avons regardé les recommandations de bonne pratique les plus récentes (à partir de 2002) et celles précédemment citées avaient été bien évidemment incluses. Nous nous sommes intéressés au nombre total de recommandations par type de produit fluoré topique figurant dans les directives. Nous avons aussi recherché la proportion de revues Cochrane et non Cochrane et d'autres types d'études de preuves influençant ces directives.

Il y avait 70 recommandations au total et le fondement de la plupart de celles-ci dans la plupart des directives était principalement issu des revues Cochrane. Il y avait, bien sûr d'autres types de revues systématiques ou autres types d'études par la preuve. Le Tableau 5 donne le pourcentage de revues systématiques Cochrane appuyant les recommandations de chaque directive. Près de 50 % des directives ont été élaborées à partir de revues Cochrane ou non-Cochrane. En complément, nous avons recherché si des études Cochrane auraient pu être utilisées (et ne l'ont pas été) au cas où elles auraient étayé une recommandation, mais ceci parce que les directives sont récentes, pour toute recommandation pour laquelle existait un niveau de preuve émanant d'une revue Cochrane. Dans le processus d'élaboration des directives, lorsqu'il n'existe pas de preuve émanant de revues systé-

matiques de bonne qualité sur lesquelles s'appuyer pour faire la recommandation, il peut s'avérer nécessaire de faire une revue. En l'occurrence aucune nouvelle revue systématique n'a été menée pour aucune des directives établies. Quelques-unes des recommandations étaient fondées sur des essais randomisés et d'autres, pour lesquelles il n'y avait pas d'autre type de preuve étaient en fait basées sur une opinion d'expert ou des consensus de bonne pratique, ce qui est encore courant malheureusement (dans 28% des cas). Ceci variait en fonction de chaque pays bien sûr. Toutes les recommandations des directives ne peuvent pas être étayées par des revues systématiques Cochrane ou autres. Cependant, nous nous orientons vers une plus grande disponibilité de revues systématiques de la littérature de haut niveau concernant beaucoup d'autres questions pertinentes et nous aurons une proportion bien plus grande de directives basées sur des preuves fortes et fiables issues de revues systématiques. Des synthèses internationales, à jour et fiables, de la preuve disponible peuvent permettre à ceux qui établissent les directives de réduire les coûts associés à leur développement local. Je suppose qu'il est juste de dire qu'une plus grande collaboration internationale pour le maintien et le développement de preuves fondées sur des revues systématiques telles que celles de la bibliothèque Cochrane peut améliorer la bonne utilisation des ressources en général.

Tableau 5

| Résultats de revues Cochrane sur le fluor étayant des guides de recommandations nationaux ou transnationaux, Shaukat S. 2010 | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--|--|--|------------------------------------|-------------------------|
| Pays (Date) | Nombre total de recommandations (n par type de TF) | Revue systématique | | | | Etudes/essais individuels utilisés | Avis de consensus G.P.P |
| | | Revue systématique Cochrane utilisées | Articles de revue non-cochrane utilisées | Revue systématique Cochrane qui auraient pu être utilisées | Nouvelles revues systématiques réalisées | | |
| Europe (2009) | 9 (4 pour DF, 2 BBF, 2 GF & 1 VF) | 3 (33%) | 3 (33%) | 0 | 0 | 3 (33%) | 2 (22%) |
| Angleterre (2007/9) | 17 (9 pour DF, 3 pour BBF & 5 pour VF) | 12 (70%) | 7 (41%) | 0 | 0 | unclear | 0 |
| Irlande (2008) | 27 (10 pour DF, 9 BBF, 3 GF, 3VF & 2 pour VF/GF) | 12 (44%) | 7 (25%) | 0 | 0 | 9 (33%) | 14 (51%) |
| Etats-Unis (2007) | 10 (2 pour VF, 1 GF, 6 pour VF/GF, & 1 pour GF/FF) | 5 (50%) | 5 (50%) | 0 | 0 | 4 (40%) | 0 |
| Ecosse (2005) | 7 (6 pour DF, & 1 pour VF) | 3 (42%) | 4 (57%) | 0 | 0 | 6 (85%) | 2 (28%) |

VF= Vernis fluoré DF= Dentifrice fluoré TF=traitement fluoré BBF= bain de bouche fluoré GF=Gel fluoré

MULTIPLICITÉ DES CRITÈRES DE JUGEMENT RAPPORTÉS DANS LES ESSAIS CONTRÔLÉS RANDOMISÉS ET ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DES CRITÈRES DE JUGEMENT – EXEMPLE DES TRAITEMENTS PULPAIRES SUR DENTS TEMPORAIRES CHEZ L'ENFANT

Violaine SMAIL-FAUGERON

*Doctorante – Laboratoire de Biomatiériaux
U.F.R d'Odontologie - Université Paris-Descartes*



Notre sujet de recherche concerne la problématique de multiplicité des critères de jugement dans le cadre de l'évaluation thérapeutique de traitements pulpaires sur dents temporaires chez l'enfant. L'exemple des traitements pulpaires a été choisi pour illustrer cette problématique méthodologique, car nous avons initié, au sein de notre laboratoire de faculté de chirurgie dentaire, l'actualisation d'une revue Cochrane sur les traitements pulpaires sur dents temporaires chez l'enfant. Cette revue fait partie de la collaboration Cochrane, et plus particulièrement du groupe Cochrane Oral Health.

Nous avons ainsi pu constater deux choses. Tout d'abord, que cette revue concluait sur l'impossibilité de conclure justement. La seconde est représentée par le fait que, lorsque nous nous sommes penchés sur les essais randomisés ayant trait aux traitements pulpaires chez l'enfant, nous avons par ailleurs soulevé plusieurs problèmes méthodologiques. Ainsi, l'efficacité d'un traitement était souvent évaluée selon plusieurs critères de jugement, et les critères rapportés variaient fréquemment d'un essai à l'autre. De plus, l'échec d'un traitement était évalué selon deux dimensions : clinique et radiologique. A titre d'exemple, lors de la réalisation d'une pulpotomie, un abcès pouvait indiquer un échec du traitement sur le plan clinique ; une résorption osseuse à la furcation pouvait indiquer un échec sur le plan radiologique. En outre, les investigateurs définissaient souvent un critère composite pour évaluer l'échec d'un traitement pulpaire, et aucun consensus n'existe à l'heure actuelle sur la définition de ce critère composite. Enfin, plusieurs délais d'évaluation étaient retrouvés concernant le suivi des patients.

Nos objectifs étaient donc les suivants : après avoir collecté et avoir fait une analyse descriptive de tous les critères de jugement rapportés dans les essais randomisés évaluant les traitements pulpaires, nous avons regroupé les critères de jugement jugés similaires. Le second objectif était de faire émerger un ensemble de critères permettant de définir l'échec d'un traitement pulpaire. L'atteinte de ces 2 objectifs permettra de

faciliter le design d'essais futurs ainsi que la synthèse des résultats dans les méta-analyses.

La première étape a consisté à réaliser une revue systématique selon la méthodologie Cochrane. Nous avons sélectionné les essais contrôlés randomisés comparant différents traitements pulpaires entre eux, dans le cadre de la carie profonde atteignant les dents temporaires chez l'enfant. Nous avons interrogé un très grand nombre de bases de données, sans restriction concernant le langage ou la date de publication. La sélection des études ainsi que l'extraction des données ont été réalisées indépendamment par deux dentistes. Nous sommes partis de 1 736 références potentiellement éligibles pour arriver à 47 essais randomisés inclus. Au total, nous avons relevé un nombre élevé d'interventions comparant différents traitements pulpaires entre eux, une intervention combinant un traitement parmi trois et un biomatériau parmi quarante. Les essais retenus ont été publiés entre 1989 et 2012. Nous avons également remarqué que le nombre de patients et de dents par essai était très faible. Nous pouvons donc à juste titre nous poser la question quant au problème de la puissance statistique des essais inclus. Le risque de biais était quant à lui élevé ou incertain dans 98 % des cas.

Nous avons également relevé tous les critères de jugement utilisés dans les essais identifiés et nous avons extrait pour chaque critère la nature du critère et les délais de recueil. Nous avons trouvé un total de 83 critères distincts, tant cliniques que radiologiques. 50 % des essais rapportaient plus d'une dizaine de critères et 85 % des essais rapportaient une définition du critère composite d'un traitement pulpaire. De plus, nous avons observé une discordance importante entre les méthodes et les résultats. Enfin, le critère principal n'était jamais défini.

La deuxième étape a consisté en une méthode de consensus. Pour identifier des critères similaires, nous

avons constitué un groupe d'experts composé de dentistes dont certains sont investigateurs d'essais cliniques. Nous leur avons présenté la liste précise et exhaustive des 83 critères rapportés dans les essais. Puis, ce panel d'experts a regroupé les critères de jugement jugés identiques, c'est-à-dire ayant des libellés différents mais signifiant la même chose. Ensuite, ce panel a regroupé les critères différents mais jugés combinables dans une même méta-analyse. Enfin, un consensus a permis d'obtenir une liste simplifiée de 24 catégories de critères de jugement, tant cliniques que radiologiques. Le nombre de critères par catégorie était très variable. 14 critères n'ont pas été regroupés ; sinon, 50 % des catégories regroupaient plus de 5 critères.

Nous avons ensuite examiné la manière dont ces 24 catégories étaient rapportées dans les essais inclus. Nous avons représenté les résultats sous forme d'une matrice, avec en lignes les catégories et en colonnes les essais. Nous avons ainsi pu constater que 6 catégories étaient fréquemment retrouvées.

La troisième étape a consisté à utiliser la méthode DELPHI dans le but de rechercher un ensemble de critères à privilégier pour définir le critère de jugement composite évaluant l'échec d'un traitement pulpaire. Nous avons pour cela utilisé le site surveymonkey.com. Un questionnaire a été adressé aux 135 auteurs de tous les essais sélectionnés, ainsi qu'aux 75 membres du Collège des enseignants en odontologie pédiatrique. Le processus DELPHI a été réalisé en trois tours, chaque tour durant trois semaines, avec deux relances. Les non-répondeurs ont été invités à participer aux tours suivants, et les résultats du tour précédent ont été présentés au tour suivant. Nos choix méthodologiques ont été motivés par la revue systématique publiée par SIHNA en 2011 (Sinha IP et al. *PLoS Med.* 2011;8(1):e1000393.)

Lors du premier tour, nous avons présenté aux participants la liste des 24 catégories de critères de jugement, et nous leur avons demandé d'évaluer l'importance de chaque critère en utilisant une échelle de Likert à 5 points, allant de « pas important » à « extrêmement important ». Seuls les critères jugés très ou extrêmement importants par au moins 50 % des participants ont été retenus pour le second tour. Ceux-ci étaient au nombre de 15. Les participants ont alors choisi les composantes susceptibles de faire partie du critère composite définissant l'échec d'un traitement pulpaire. Seules les composantes choisies par au moins 50 % des participants ont été retenues pour le troisième tour. 6 ont été retenues. La même question qu'au second tour a alors été posée. Les composantes retenues au final ont été celles choisies par au moins 70 % des participants au troisième tour. Elles étaient au nombre de 5.

Ainsi, l'ensemble des composantes définissant l'échec d'un traitement se composait de 3 critères cliniques et de 2 critères radiologiques. Nous avons par la suite évalué le reporting des composantes dans les essais inclus. Nous avons constaté que les deux composantes radiologiques étaient rapportées dans tous les essais, que deux composantes cliniques étaient rapportées dans tous les essais sauf deux, et qu'une composante clinique était retrouvée dans 75 % des essais.

Lors de ce processus DELPHI, le problème du délai de suivi a également été soulevé. Ainsi, lors du premier tour, nous avons aussi demandé aux participants de choisir la durée de suivi minimale parmi les différentes durées de suivi rapportées dans les essais. La durée de 24 mois a été choisie principalement, suivie par la durée de 12 mois. Puis, au second tour, nous leur avons demandé de déterminer la durée de suivi optimale cette fois. Les délais choisis par au moins 10 % des participants ont été retenus pour le troisième tour. La même question a été posée lors de ce dernier tour afin d'obtenir un consensus. La durée de 24 mois a été choisie à 45 %, suivie de la durée jusqu'à l'exfoliation de la dent temporaire.

En discussion, la grande diversité des critères rapportés dans les essais peut s'expliquer par le fait que l'évaluation du traitement est capturée par deux dimensions : clinique et radiologique. Ceci contribue par là-même à engendrer une multiplicité des critères. De plus, de nombreux critères sont identiques mais libellés différemment ; d'autres sont proches mais conduiraient à évaluer le même effet traitement.

Notre étude présente toutefois des limites. Tout d'abord, nous n'avons inclus que des essais contrôlés randomisés. Or de nombreuses études non-randomisées existent et pourraient rapporter d'autres critères. Au vu du nombre de ceux-ci il serait cependant peu probable de trouver d'autres critères d'efficacité.

La seconde limite est d'avoir utilisé des méthodes de consensus pour regrouper les critères similaires et définir l'ensemble des critères jugés les plus pertinents. Ces méthodes sont, par essence, subjectives. De plus, diverses variantes méthodologiques existent, et aucune règle n'a été de nos jours établie. Cependant, nous avons invité deux groupes indépendants d'experts : les auteurs internationaux et les membres du Collège des enseignants en odontologie pédiatrique, et nous avons trouvé en analysant séparément les résultats des 2 groupes que la sélection des 5 composantes était concordante. Par ailleurs, le pourcentage de répondants était stable tout au long des trois tours du processus DELPHI.

Les résultats de l'étude pourraient avoir des consé-

quences sur le design d'essais futurs. Les investigateurs seront encouragés à définir comme critère de jugement composite l'échec d'un traitement pulpaire à l'aide des 5 critères retenus par notre étude. Dans un second temps, nos résultats peuvent avoir des implications dans la conduite de méta-analyses, en facilitant l'identification et la combinaison des critères similaires.

En conclusion de notre travail, insistons sur le fait que nous avons pu mettre en évidence, sur une thématique spécifique, que la diversité des critères de jugement posait problème non seulement dans la conduite des essais, à savoir que les investigateurs utilisent des critères de jugement parfois au hasard, ou non pertinents, ou encore dans certains cas des critères leur permettant d'obtenir des résultats positifs, mais aussi dans la synthèse des données rendue difficile voire impossible

tant la diversité des critères de jugement est importante. Notre recherche méthodologique a ainsi montré qu'il était possible, dans notre exemple, de se cantonner à 5 critères de jugement pour définir l'échec d'un traitement. Ce travail constitue les prémices de l'élaboration d'ensembles de critères permettant d'évaluer l'échec d'un traitement quel qu'il soit, et il serait sans doute judicieux d'appliquer une méthodologie semblable à d'autres thématiques.

Ajoutons que notre recherche s'inscrit dans la lignée d'un groupe de travail méthodologique existant depuis 2010 : la COMET Initiative., qui s'intéresse au développement d'ensembles standardisés de critères de jugement jugés les plus pertinents pour une thématique donnée. A ce titre, nous avons proposé notre travail à ce groupe, qui l'a depuis accepté.

MÉTHODOLOGIE ET QUALITÉ DU « REPORTING » DES ESSAIS CONTRÔLÉS RANDOMISÉS PUBLIÉS DANS 5 REVUES SPÉCIALISÉES EN ODONTOLOGIE EN 2011

Olivier LE KHAC

*Doctorant – Laboratoire de Biomateriaux
U.F.R d'Odontologie - Université Paris-Descartes*



Notre travail de recherche a porté sur la méthodologie et la qualité du reporting des essais contrôlés randomisés publiés dans cinq revues dentaires en 2011. Par reporting, on entend ici l'effort de rédaction lors d'une publication d'un travail de recherche.

L'essai contrôlé randomisé (ECR) est considéré comme le schéma d'étude ayant le potentiel pour fournir le plus haut niveau de preuve. Ainsi, de plus en plus d'ECR sont réalisés en odontologie. Peu d'études ont cependant évalué la qualité de la méthodologie mise en œuvre. Les travaux précédents en la matière ont, pour la plupart, concerné des spécialités dentaires comme la parodontie, l'orthodontie ou la pédodontie. Aucune étude n'a étudié la qualité des ECR en fonction des principales revues dentaires, ni n'a utilisé le CONSORT modifié pour traitement non-pharmacologique.

Le CONSORT est une grille de recommandations destinée à améliorer la rédaction et la transparence des ECR. Cet outil était destiné initialement aux essais pharmacologiques. Il se présente sous la forme d'une liste d'items à vérifier par l'auteur, l'éditeur ou le lecteur, pour évaluer la qualité de la publication de l'essai. L'objectif est ainsi

d'obtenir un article le plus transparent, le plus complet et le plus objectif possible.

Nous nous sommes attachés à évaluer la qualité du reporting et de la méthodologie des essais publiés dans cinq revues majeures en odontologie aux facteurs d'impact allant de 2,9 à 3,9 (Journal of Clinical Periodontology, Journal of Dental Research, Journal of Endodontics, Caries Research, Dental Materials). Ont été incluses dans le champ de l'étude, des études cliniques randomisées publiées en 2011, comparant traitement versus placebo ou au moins deux thérapeutiques chez l'Homme. La sélection des études a été réalisée de façon manuelle, à partir des titres, des résumés et des textes complets.

67 articles rapportant des ECR ont été recensés (Journal of Clinical Periodontology, 30, Journal of Dental Research, 11, Journal of Endodontics, 16, Caries Research, 6, Dental Materials, 4). L'analyse du reporting a été réalisée à l'aide du CONSORT modifié pour les essais non-pharmacologiques. Il nous paraissait plus adapté d'utiliser cette extension car la recherche dentaire

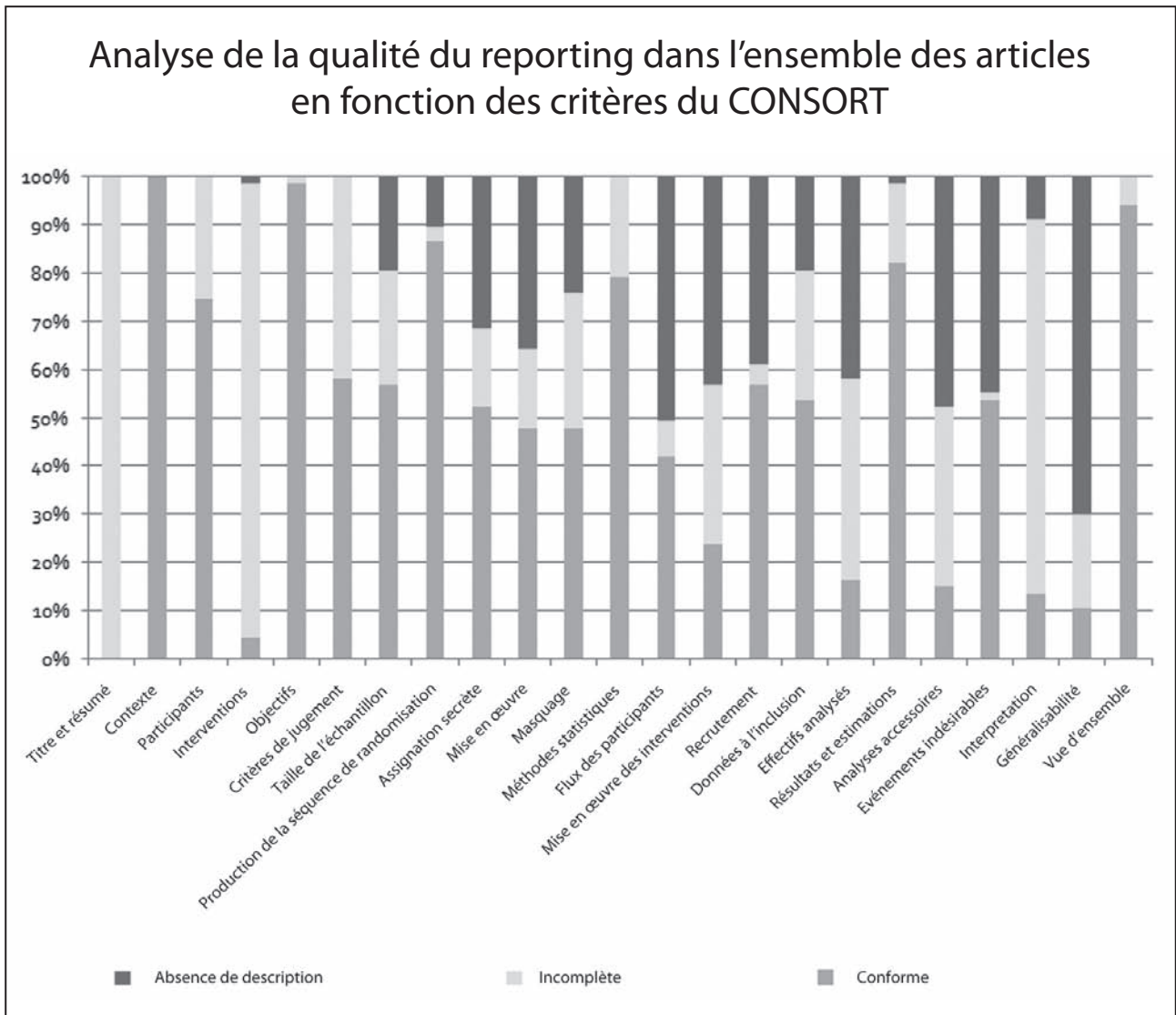
évalue en général des essais non-pharmacologiques (comparaisons de composites, de stratégies thérapeutiques, de traitements implantaires, etc.). L'extension pour les essais non-pharmacologiques reprend des items du CONSORT standard, mais précise certains items tels que le titre, les participants, l'intervention, la taille de l'échantillon, la génération de séquences randomisés, etc.

La checklist du CONSORT modifié comporte 23 items. Chacun a été analysé selon trois critères : pas de description, description inadéquate ou description adéquate. Certains items sont apparus majoritairement décrits de façon adéquate (contexte, participants, vue

d'ensemble,...) ; d'autres sont apparus majoritairement décrits de façon inadéquate (intervention, titre et résumé, interprétation,...). Enfin, certains items sont apparus peu mentionnés (flux des participants, analyses supplémentaires, généralisabilité,...). (Graphique 1)

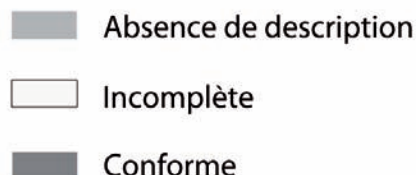
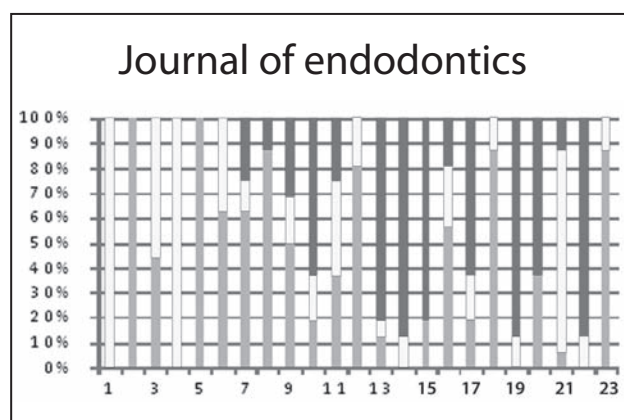
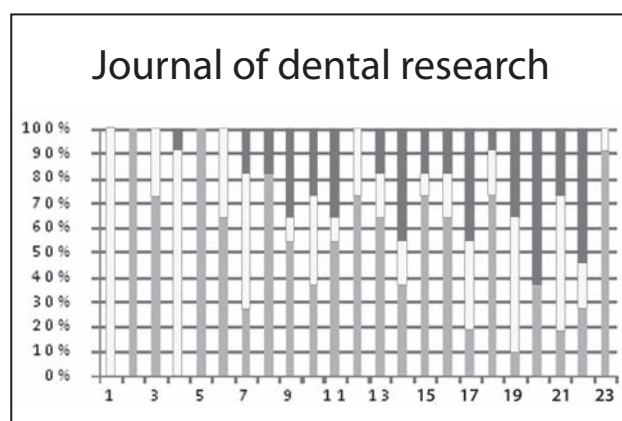
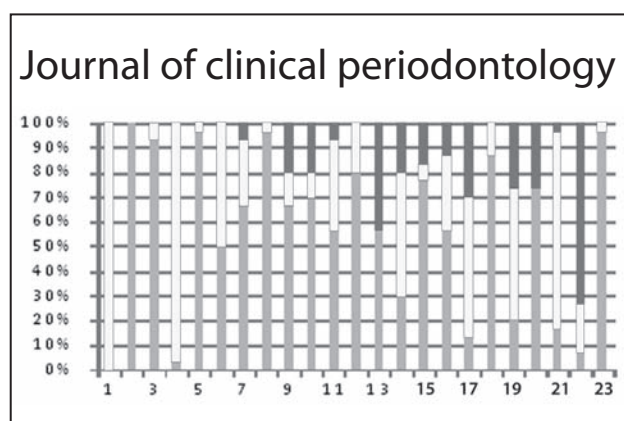
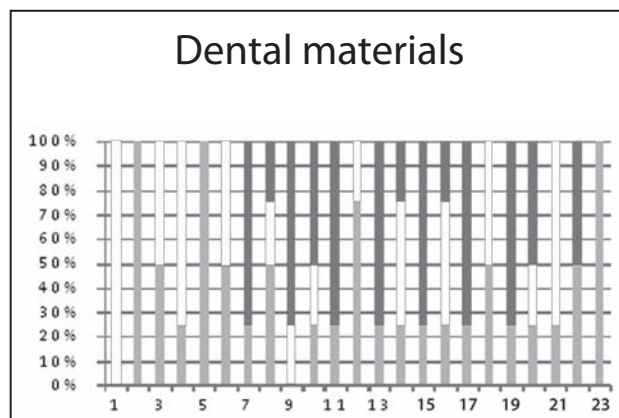
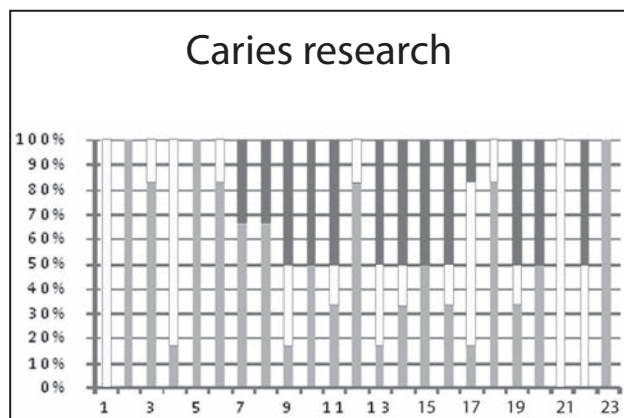
Dans un second temps, nous avons repris le reporting revue par revue. Les résultats sont apparus très variables d'une revue à l'autre, sans qu'une revue apparaisse mieux écrite que les autres (Graphiques 2,3,4,5,6). Le Journal of Clinical Periodontology, au facteur d'impact le plus élevé, a toutefois semblé produire de plus gros efforts en termes de reporting. Pour certaines revues, des efforts à mener ont été identifiés.

Graphique 1



Graphique 2,3,4,5,6

Analyse de la qualité du reporting dans les articles selon les revues en fonction des critères du CONSORT modifié



L'évaluation de la méthodologie a été réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation des risques de biais développée par la collaboration Cochrane. Cette grille intègre des critères tels que : génération de la séquence de randomisation, dissimulation de l'allocation, aveugle du personnel, des participants et de l'évaluateur du critère

de jugement, données incomplètes du critère de jugement, reporting sélectif et autres biais. Pour chaque critère, le risque de biais a été qualifié (faible, incertain ou élevé). Chaque étude a ensuite été évaluée selon le risque de biais (faible, incertain ou élevé).

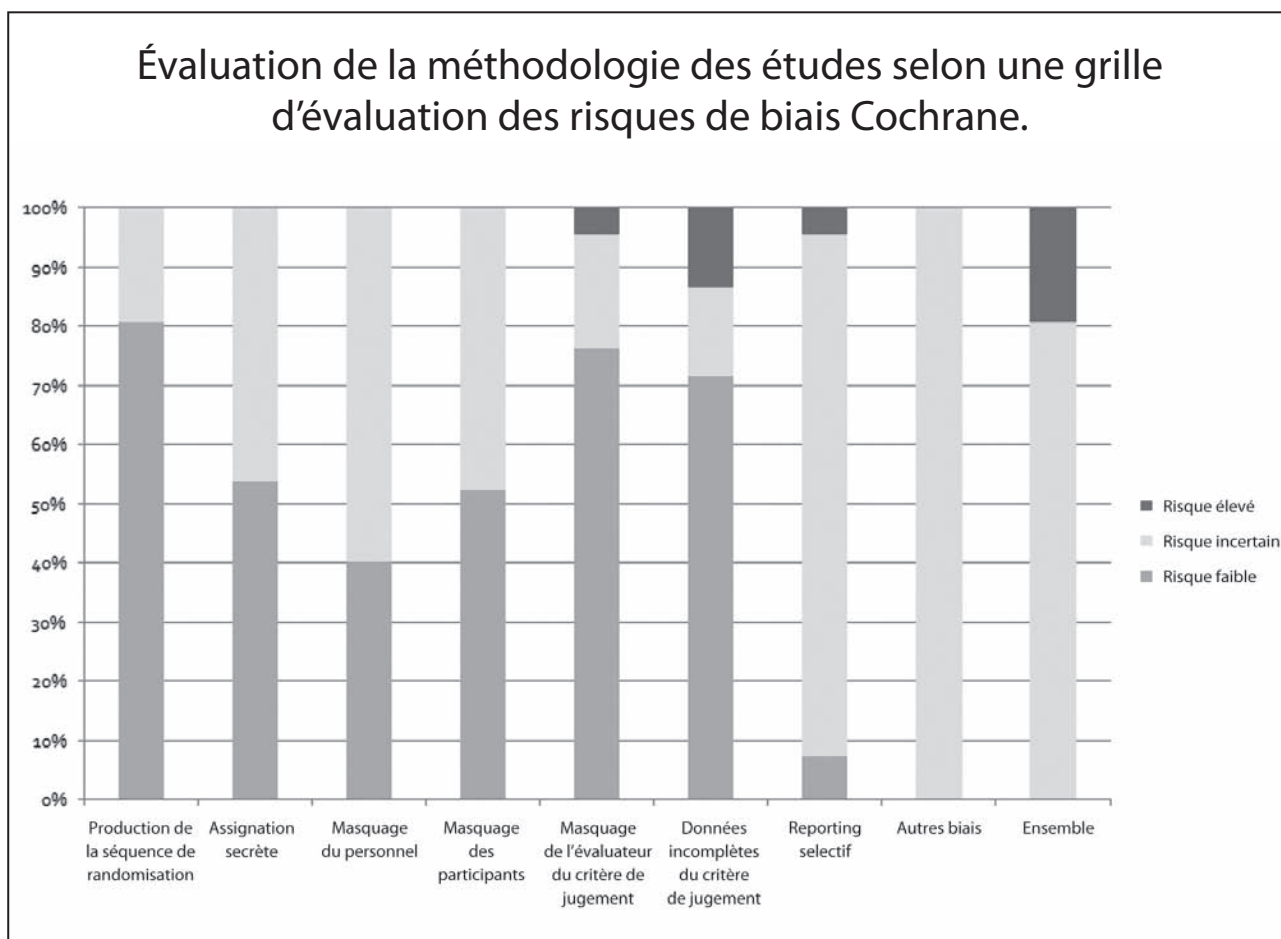
Plusieurs sections ont affiché plus de 50 % de faibles risques (génération de la séquence de randomisation, dissimulation de l'allocation, aveugle des participants, aveugle du critère de jugement et données incomplètes du critère de jugement). Nombre de données incertaines ont été identifiées (aveugle du personnel, reporting sélectif, autres biais). Enfin, 80 % des articles sont apparus avoir un risque de biais certain. (Graphique 7)

Au vu de ces résultats, il conviendrait de faire un effort de rédaction sur un certain nombre d'items. Du reste, ces résultats pourraient être dus au fait que certains journaux s'appuient sur le CONSORT standard et non

sur son extension non-pharmacologique. Quoi qu'il en soit, la méthodologie des essais inclus manque encore de transparence, en lien avec un reporting insuffisant. Certes, notre étude portait sur des ECR de 2011, avec un nombre d'essais différent d'une revue à l'autre. Néanmoins, il s'agissait de cinq revues majeures en odontologie.

Les auteurs en recherche odontologique, voire les éditeurs, devraient suivre de façon plus rigoureuse l'extension du CONSORT, afin d'améliorer la qualité et la transparence des travaux dentaires.

Graphique 7



DÉBAT

Paul TRAMINI

U.F.R d'Odontologie - Université de Montpellier 1

Les lésions carieuses mettant un certain temps à apparaître et à se développer, serait-il opportun de prendre en compte les lésions initiales précoces de l'émail dans les essais cliniques testant l'effet du fluor ? Il s'agirait ainsi d'augmenter la puissance et de réduire la durée des essais.

Valeria MARINHO

Je pense pouvoir répondre à cette question en fonction de ce que nous essayons d'examiner dans d'autres revues Cochrane. Dans les revues Cochrane, les caries étaient diagnostiquées au stade cavitaire mais d'autres à venir comme celle sur le vernis fluoré porteront à la fois sur les caries au stade cavitaire et sur l'effet d'éradication de la carie et d'arrêt de l'évolution carieuse du fluor. Nous avons rassemblé des données à un stade précis de diagnostic et nous avons besoin, ce qui est important, de rassembler des données fiables concernant l'efficacité potentielle du fluor pour freiner l'évolution de la carie voire l'éradiquer.

Stéphanie TUBERT-JEANNIN

Pierre Durieux a souligné dans sa présentation que le système de la revue par les pairs pouvait poser problème. Les stratégies de publication et les modes de fonctionnement des journaux en matière de relecture par les pairs ont-ils été pris en compte dans l'étude, présentée par Olivier Le Khac, sur la qualité du reporting des études cliniques ?

Olivier LE KHAC

Nous n'avons pas constaté de différences particulières dans le fonctionnement des revues. Les conseils donnés aux auteurs n'ont pas semblé différents d'une revue à l'autre. En revanche, les deux journaux n'endossant pas le consort ont obtenu des résultats un peu moins bons.

Michèle MULLER-BOLLA

Dans certaines revues, le consort constitue un passage obligé. Il est ensuite normal que les publications répondent bien aux différents items.

Kenneth EATON

Président de l'Association européenne de Santé publique dentaire

J'ai une question concernant la pondération des résultats en fonction de la taille de l'échantillon. Je me souviens quand nous avons commencé à appliquer la pondération au Kappa, parce qu'alors une simple statistique Kappa était produite mais en fait un plus haut niveau de précision était nécessaire. Si vous avez, disons, sept études qui répondent aux critères pour faire partie de la revue Cochrane, que l'une concerne 2000 sujets et les autres disons 500,150, devrions-nous pondérer afin d'être plus précis ?

Valeria MARINHO

Si je vous ai bien compris, la question est de savoir si l'on devrait prendre en compte la taille de l'échantillon dans l'évaluation de la qualité. En tant que critère de qualité la réponse est négative, car la principale raison d'effectuer une méta-analyse et de synthétiser les résultats des essais en utilisant une méta-analyse est précisément d'augmenter leur puissance. Un essai manquant de puissance pour détecter un effet n'est pas une faille méthodologique en matière de revue systématique du procédé de méta-analyse car nous essayons de surmonter cela. Bien évidemment, nous aimerions disposer d'un essai avec une taille d'échantillon appropriée incluant suffisamment d'enfants pour détecter un effet, s'il existe, mais nous ne devrions pas éliminer un essai pour défaut de puissance. Un essai fait partie d'un continuum dans les revues systématiques ou les procédés de méta-analyse. Quand un nouvel essai est inclus dans une revue existante, cela apporte plus de précision dans l'estimation de l'impact du traitement. Dans le contexte d'une revue systématique, la taille de l'échantillon n'est pas vraiment un souci en soi. Le risque de biais dans d'autres domaines tels que la répartition en aveugle, la séquence de génération en aveugle, etc... nous préoccupe beaucoup plus. En fait, lorsque nous évaluons la qualité méthodologique, particulièrement en ce qui concerne une revue systématique, nous devrions examiner un essai manquant de puissance comme faisant partie du continuum. Du moment que cet essai est qualitativement irréprochable au niveau de sa méthodologie en termes de répartition en aveugle, de génération de séquences, il devrait être pris en compte et inclus dans la revue.

Jean-Louis SIXOU

Je souhaiterais pour ma part revenir sur le hiatus qu'il peut parfois y avoir entre ce que l'on retire des méta-analyses et ce que l'on peut essayer d'appliquer. En 2008, j'ai fait partie du groupe de travail sur les recommandations vis-à-vis des dentifrices fluorés pour les enfants. Il a été démontré qu'un dentifrice à 500 ppm n'était pas suffisamment efficace. Il a également été démontré qu'il valait mieux faire deux brossages par jour plutôt qu'un. Il a donc été envisagé de recommander, pour tous, un brossage à 1 000 ppm le matin et le soir, même pour le plus jeune enfant. Du point de vue de la sécurité, ceci s'est toutefois avéré trop important, surtout pour les très jeunes enfants. Pour permettre deux applications par jour, il a donc été nécessaire de redescendre à 500 ppm – dosage dont l'efficacité n'est pas totalement démontrée. Les recommandations européennes font quant à elles référence à un « petit pois ». Or un petit pois anglais n'est pas identique à un petit pois français.

Valeria MARINHO

Nous avons à présent certaines preuves. Nous avons, bien sûr, examiné l'efficacité en termes de concentration et de fréquence d'utilisation dans les revues régionales. Nous ne disposons pas, toutefois, de suffisamment de données, même dans la plus récente des revues, pour examiner la question de la quantité, ce que nous souhaiterions pouvoir faire. Ce type de décision ne peut pas, de ce fait, être pris en fonction d'une preuve claire établie par une revue systématique mais plutôt réfléchi en termes de comment trouver le juste milieu.

L'effet dose existe. De plus basses concentrations en fluor dans le dentifrice n'ont pas un effet significatif, mais elles ont un effet. La plupart des recommandations concernant la quantité de fluor à utiliser en termes de rapport entre le bénéfique et le risque de fluorose étaient en fait basées sur des éléments de bonne pratique, pas sur une preuve tangible réelle qu'idéalement les revues systématiques nous auraient fournies.

Les revues concernant le dentifrice fluoré ont étudié les différentes concentrations. Nous disposons d'une étude sur le fluor topique et d'une autre sur le risque de fluorose mais les deux thématiques devraient en fait être examinées ensemble. Il existe une publication dans le Journal Dental Research qui inclut une revue systématique du risque de fluorose avec l'usage de produits fluorés topiques et une revue systématique étudiant les différentes concentrations en fluor. Nous insistons sur le fait que nous devrions examiner les deux afin de développer des recommandations plus appropriées sur le sujet.

ENJEUX SOCIAUX ET JURIDIQUES DES RBP

LES BONNES PRATIQUES EN SANTÉ : COMMENT RÉDUIRE LE MALENTENDU ENTRE EXPERTS ET PROFANES ?



Jean-Yves TREPOS

Professeur de Sociologie – Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales – U.F.R Sciences Humaines et Arts – Université de Lorraine à Metz

Je commencerai par apporter un éclairage sur le titre de mon intervention. Les bonnes pratiques en santé concerneront les chirurgiens-dentistes mais également les médecins généralistes

car j'ai été amené, en 2003, à réaliser une étude pour l'ANAES sur l'attitude des médecins généralistes vis-à-vis des recommandations. La notion de malentendu sera également au cœur de mon intervention, non pas au sens d'un manque de compréhension entre les parties prenantes mais dans celui de l'existence de principes largement divergents qui commandent l'action des uns et des autres et qui ne sont pas explicités comme tels. La distinction entre experts et profanes, quant à elle, n'est pas véritablement satisfaisante. Faute de mieux, nous verrons qu'une série d'expertises de différents niveaux de technicité peut être déclinée dans le domaine abordé lors de cette journée.

Quel que soit le sens donné au mot rationalisation, on peut considérer que les recommandations de bonne pratique et les pratiques sanitaires fondées sur des preuves sont deux éléments d'une entreprise de rationalisation des actes de soin. Un meilleur rapport entre les moyens investis et les résultats attendus est ainsi recherché, de même qu'un meilleur contrôle financier (Rolland, 2011). Comme cela a déjà été évoqué, l'enjeu est également d'éviter un certain nombre d'actes purement intuitifs. A mes yeux, le terme « rationalisation » n'est toutefois ni positif ni négatif. Il s'agit d'un terme purement descriptif.

Le problème vient du fait que, en particulier dans le domaine dentaire, cette pratique s'installe tardivement.

Elle est implémentée avec un esprit industriel d'homogénéisation des pratiques, que nous qualifierons de moderne, dans un monde ayant beaucoup évolué, très marqué par la promotion de l'individualisme, de l'autonomie (de Singly, 2005) et de l'ajustement aux singularités (Karpik, 2007). Une grande partie des malentendus entre experts et praticiens, entre praticiens et patients, voire entre patients (sur les forums notamment) tient à ce décalage entre la logique moderne (XXème siècle) qui préside à la construction des recommandations et la logique post-moderne (XXIème siècle) privilégiée par ailleurs. Ces malentendus engendrent des difficultés à deux niveaux. Au niveau microsociologique – c'est-à-dire au sein des cabinets et des espaces publics de soin – les malentendus entraînent des difficultés de propagation des recommandations, en lien avec des effets de saturation, de prise de distance, voire de méfiance de la part des praticiens, ainsi qu'avec des effets liés à la négociation qui s'instaure généralement entre praticiens et patients. Au niveau macrosociologique, les principes gouvernant les choix de recommandations sont en cause, avec des suspicions concernant les contrôles et des conflits de rationalités (Trépos, Laure, 2008 et 2010).

Afin de prendre la mesure de ces phénomènes, je proposerai un focus sur trois pratiques ou situations observables : la prescription d'antibiotiques par les chirurgiens-dentistes en France, le point de vue des médecins de sécurité sociale en Belgique (pour analyser comment se comportent des acteurs plutôt favorables à l'entreprise de rationalisation lorsqu'ils ont à la mettre en œuvre) et les conceptions de la santé publique défendues par les chirurgiens-dentistes en France.

En ce qui concerne la prescription d'antibiotiques en France, une étude (CNAMTS-DSM, 2005) a montré que près d'un tiers des prescriptions n'était pas justifié

au regard des recommandations de l'AFSSAPS (2001, actualisées en 2011) quels que soient les sujets concernés et la visée de la prescription (en curatif comme en prophylaxie)¹. Une attitude consisterait à s'inquiéter de ce constat ; une autre attitude serait de trouver ce constat rassurant. La problématique est celle du verre à moitié vide ou à moitié plein.

En Belgique (Heselmans et al., 2009), on observe que les médecins de l'Assurance Maladie appréhendent de manière globalement positive les recommandations et la médecine fondée sur des preuves. Il n'existe toutefois pas de lien entre le fait d'avoir une meilleure connaissance des recommandations et de la médecine fondée sur des preuves et le fait d'avoir conscience de leur importance. Par ailleurs, nombre de praticiens continuent de glaner leurs informations à l'aveuglette. L'accès à une information de haute qualité demeure faible. Lorsqu'ils désignent des barrières, les praticiens pointent : les savoirs nécessaires à la mise en œuvre des recommandations, le manque de temps, les limites dues à des facteurs sociaux et juridiques, ainsi que les difficultés d'application des recommandations. Interrogés sur le sens des recommandations, 42,8 % des praticiens estiment qu'elles répondent à des enjeux financiers.

En France, une étude de l'Assurance Maladie (Rigal, Micheau, 2007), a montré que les chirurgiens-dentistes défendaient davantage une conception de la santé publique à l'intérieur de leur cabinet qu'à l'extérieur, avec un nombre limité de phénomènes observables.

Des difficultés de diffusion

Au niveau microsociologique, les obstacles à la diffusion des recommandations de bonne pratique par les omnipraticiens de santé (médecins et dentistes) apparaissent liés à différents effets observables.

Le premier d'entre eux se trouve être la saturation. Dans notre étude de 2003, nous remarquons que la plupart des praticiens interrogés était découragée devant l'ampleur de la tâche que constituait pour eux la lecture des recommandations – la saturation entraînant alors un risque de classement vertical, c'est-à-dire un risque d'empilement des recommandations ne pouvant être lues faute de temps. L'appréhension des recommandations comme ciblées sur des pathologies particulières posait par ailleurs le problème de la coïncidence d'un certain nombre d'autres pathologies. Une confusion entre les recommandations apparaissait également s'installer au bout d'un certain temps – la pratique conduisant le praticien à ne plus avoir le temps de réviser les recommandations. La question de la lisibilité des recommandations était par ailleurs posée. Certaines recommandations

étaient jugées trop longues, trop détaillées et rédigées dans un style discutable. En 2003, la légitimité inégale des prescripteurs de recommandations était également pointée.

Un autre effet observable chez les praticiens se trouve être la relativisation. Ceci pose la question de la formation continue des médecins. Ceci pose aussi la question du statut qu'ils accordent à leur formation initiale. Notre étude de 2003 a démontré que certains praticiens relativisaient l'importance des recommandations, considérant que leur stock initial de connaissances était suffisant et que la pratique et l'expérience étaient mieux à même de le compléter. Beaucoup de praticiens questionnaient par ailleurs les variations apportées aux recommandations par les différents prescripteurs, y percevant une remise en cause du dogme de la science. Une évaluation de l'appréhension des recommandations par les dentistes aux Pays-Bas (Van den Sanden, 2003) a mis en évidence que seuls 50 % des dentistes soutenaient le développement et l'accroissement des recommandations cliniques, en manifestant une crainte vis-à-vis de la réduction de leur autonomie professionnelle. Sous l'effet des recommandations, certains craignaient de ne plus pouvoir exercer librement, sur la base du bon sens médical. Dans le cas de la fameuse troisième molaire asymptomatique, ayant fait l'objet d'une évolution des recommandations, on observe toujours une distinction entre la connaissance et la pratique. Dans le cas des PSA, les praticiens peuvent être troublés par le fait que plusieurs types d'organismes ou de prescripteurs défendent des points de vue différents – la distinction entre les praticiens épidémiologistes et les autres constituant une des clés de l'interprétation des recommandations (Trépos, Laure, 2003).

Un autre effet lié aux praticiens se trouve être l'exercice de la négociation avec le patient. Une étude réalisée en 2007 (Rigal, Micheau, 2007) a montré que les médecins testaient et échelonnaient dans le temps des stratégies de mise en œuvre des recommandations. La négociation avec le patient induit par ailleurs une catégorisation implicite ou parfois explicite, destinée à permettre au médecin d'ajuster ses pratiques en fonction des catégories de patients (patients poly-médicamentés, patients à pathologie aiguë, patients à pathologie chronique, etc.). Certains médecins considèrent que les patients seront plus ou moins réceptifs, selon qu'ils sont atteints de pathologies aiguës ou chroniques. Dans le cas des pathologies aiguës, par exemple, la mise en œuvre d'une recommandation dans le temps à l'issue de la disparition du symptôme peut paraître incertaine – la disparition du symptôme étant généralement le premier objectif. Un rapport a permis d'établir une autre catégorisation sommaire entre les patients consultant dans un objectif de

¹ En curatif, trois pathologies (abcès parodontal, granulome ou kyste radiculaire, nécrose pulpaire) étaient à elles seules inductrices de plus de 88 % des prescriptions non justifiées (respectivement 47,9 %, 22,0 %, et 18,4 %). En préventif, les gestes opératoires les plus fréquemment à l'origine de prescriptions injustifiées étaient l'avulsion d'une dent par alvéolectomie (24,1 %), l'avulsion d'une dent saine (15,2 %) ou l'avulsion d'une dent avec séparation de racine (12,6 %).

prévention ou dans un objectif de soin et les patients ne consultant pas – les personnes absentes des cabinets médicaux demeurant au cœur des préoccupations préventives.

La négociation entre le praticien et le patient est également influencée par des effets liés au patient. On observe ainsi un « effet public ». L'heuristique fait que chacun conserve sa manière de s'orienter dans sa vie pratique, en appliquant des recommandations entendues ou tirées d'expériences vécues. Le choc entre la construction rigoureuse contrôlée d'une recommandation et l'heuristique des patients est parfois difficile. Certains patients confrontés à de nouvelles recommandations ont tendance à replier celles-ci sur leurs heuristiques de vie personnelles, c'est-à-dire à appliquer une nouvelle recommandation dans le cadre de ce qu'ils faisaient avant. Les praticiens savent qu'il est encore plus difficile de négocier avec une autre catégorie de patients, les consommateurs de soins dits « im-patients », mettant souvent en doute la parole du praticien (même si elle repose sur des recommandations) à partir d'informations glanées (sur internet notamment). Il y aurait deux logiques, une de consommateur étroit que l'on pourrait appeler « consumiste », l'autre de consommateur sélectif que l'on pourrait qualifier de consumériste. La question des moyens à mobiliser pour atteindre les non-patients se pose par ailleurs, ici encore, avec acuité.

Des difficultés de définition de l'intérêt public

Au niveau macrosociologique, la définition de l'intérêt public rencontre également des difficultés. On observe un effet de suspicion, qui peine à être dissipé même lorsque le mode de fabrication des recommandations est connu. Des doutes subsistent chez les praticiens concernant le rôle des différents acteurs de l'élaboration des recommandations. Ceci rejoint le phénomène plus généralement observé dans notre société de la critique de l'expertise (Trépos, 1996). L'expertise n'a pas bonne presse aujourd'hui. Il arrive même que les experts soient condamnés, comme tel a été le cas en Italie dernièrement.

Les recommandations sont mises en œuvre par le biais d'un processus descendant, avec une construction en abymes. Les experts d'une spécialité placent les praticiens en position de profanes, en traduisant la littérature scientifique dans des recommandations. Les praticiens, à leur tour, deviennent les experts chargés de traduire les recommandations dans un langage susceptible d'être entendu par les patients. Les patients traduisent enfin les paroles des praticiens dans leur propre langage. Ce processus en cascade génère des pertes d'informations et des problématiques de mise en œuvre.

On observe également des conflits de rationalités. Tandanciellement, les médecins développent deux rationalités différentes, rarement explicitées comme telles. L'une se trouve être la rationalité épidémiologique et de santé publique (Berlivet, 2002). Cette rationalité a pour conséquence de limiter les actes en les catégorisant, avec un risque « moderniste » de toute puissance des experts et de prédominance du savoir. L'autre rationalité antagoniste se trouve être la rationalité pragmatique et individualiste. La volonté est alors de considérer la personne comme un tout, en lui proposant un accompagnement polymorphe, dans une logique de soin (cure), d'accompagnement (care) et de reconnaissance de son existence en tant que patient (cura) (Trépos, 2012). Le risque « post-moderniste » est alors celui de protéger des niches sociologiques. La prise en charge holistique des patients nécessite que les patients s'y reconnaissent et que l'on puisse les atteindre, ce qui pose le problème de l'accès différentiel des individus aux soins. Cependant ces deux logiques, qui entraînent un rapport différent aux recommandations, sont le plus souvent hybrides mais entrent néanmoins en conflit.

Deux questions fondamentales peuvent être posées à ce stade. La première est celle de la confiance. En quoi peut-on avoir confiance dans une société moderne ? Doit-on avoir confiance en des personnes ou en des dispositifs ? En pratique, les recommandations sont des dispositifs. La seconde question fondamentale est celle de la qualité.

Comment réduire le malentendu ?

En conclusion, je formulerai quelques propositions pour tenter de réduire les malentendus entre experts et profanes. Une piste pourrait être de diversifier la participation des praticiens. L'enjeu serait de ne pas considérer comme suffisant le fait que des praticiens de la base participent à l'élaboration des recommandations, afin de rompre avec un schéma de diffusion descendant. Il s'agirait également de questionner l'équation entre la médecine fondée sur des preuves et les recommandations. Sans retour de la part des praticiens, ce dispositif pose problème. Il serait donc logique de compléter l'élaboration descendante des recommandations par une remontée d'expériences de terrain, non pas en nommant des praticiens du terrain dans les commissions (ce qui ne serait pas suffisant) mais en assurant une remontée de l'information par des voies différentes. Ceci permettrait également de rompre avec une médecine obsédée par l'opposabilité (Searle, 2001).

Une autre piste serait de travailler l'accès des patients aux algorithmes des recommandations, qui sinon finissent par créer de nombreuses zones « grises ». Je m'appuie-

rai sur deux exemples. Vis-à-vis des usagers de drogues injectables, pourquoi ce qui a fonctionné en matière de lutte contre le SIDA n'a-t-il pas fonctionné en matière de lutte contre l'hépatite C ? En pratique, les usagers de drogues injectables ont tenté d'appliquer à la prévention de l'hépatite C les recommandations relatives à la prévention du SIDA. Les patients bricolent ainsi des représentations, à partir des représentations précédentes. Les accros aux jeux vidéo multi-joueurs, quant à eux, ne prennent pas au sérieux les recommandations qui leur sont faites en matière de santé : ils disent appliquer, au sein des univers virtuels, les valeurs de performance et d'individualisme véhiculées par la société et les médias. Il nous faut entendre ces messages. Les individus doivent pouvoir entrer dans les recommandations pour que celles-ci soient efficaces. L'enjeu serait de pouvoir favoriser un usage faible des dispositifs forts que constituent les recommandations (Trépos, 2003). L'hypothèse est aujourd'hui que les recommandations fondées sur des preuves doivent être appliquées intégralement et strictement. Un usage faible des recommandations, permettant de laisser une place aux individus (praticiens et patients) dans leur mise en œuvre, pourrait fonctionner aussi bien.

Références

Berlivet L. (2002), « Déchiffrer la maladie. Epidémiologie et cultures de santé publique ». In : J.P. Dozon, D. Fassin (dir.), *Les cultures de la santé publique*, Paris, Balland, 2002, pp. 75-102.

CNAMTS-DSM (2005), *Evaluation de la prescription d'antibiotiques des chirurgiens-dentistes omnipraticiens (étude réalisée en mai 2003)*

de Singly F. (2005), *L'individualisme est un humanisme*, Paris, L'aube.

Heselmans A., Donceel P., Aertgeerts B., Van de Velde S., Ramaekers D. (2009), «The attitude of Belgian social insurance physicians towards evidence-based practice and clinical practice guidelines », *BMC Family Practice*, 10 : 64 ; <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/10/64>

Karpik L. (2007), *L'économie des singularités*, Paris, Gallimard.

Rigal E., Micheau J. (2007), *Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, p. 81-82)

Rolland Ch. (2011), *Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique. Application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle*, Thèse de sociologie, Uté. Toulouse2.

Searle J. (2001) « Evidence-based obstetrics in Australia : can we put away the wooden spoon ? », *The Medical Journal of Australia*, Jun 4, 174(11), pp. 588-89.

Trépos J.-Y. (1996), *La sociologie de l'expertise*, Paris, PUF (QSJ?), 1996

Trépos J.-Y., (2003) « La force des dispositifs faibles », *Cahiers Internationaux de Sociologie*, vol. CXIV, 1^{er} semestre 2003.

Trépos J.-Y., Laure P. (2008), « Médecins généralistes et recommandations médicales : une approche sociologique », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, n° spécial H.A.S., vol. 58.

Trépos J.-Y., Laure P. (2010), « Le travail de réception des normes professionnelles : le cas des recommandations médicales ». In : Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer (ss la dir. de), *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Rennes, Presses de l'ENSP.

Trépos, J.-Y. (2012), « Les équipements du souci dans un Etat social délégitimé ». In : Trépos, J.-Y. (dir.), *Les dispositifs modestes du souci*. Nancy, P.U.N. - Editions Universitaires de Lorraine.

van der Sanden WJM (2003), *Clinical Practice Guidelines in Dental Care. Studies on development and use*, Thesis, Katholieke Universiteit Nijmegen.

DES RECOMMANDATIONS À LA PRATIQUE : PEUT-IL Y AVOIR UNE OPPOSABILITÉ JURIDIQUE ?

Olivier SMALLWOOD

*Avocat associé, Docteur en Droit – Cabinet Pagès, Smallwood et associés ;
Enseignant - Centre Européen d'Etude et de Recherche Droit et Santé
- Université de Montpellier*



Des recommandations à la pratique, peut-il y avoir une opposabilité juridique ? Il s'agit d'une vaste question ... qui appelle inéluctablement une « vaste » réponse.

Pour commencer, nous pourrions affirmer que, par principe, les recommandations ne sont pas opposables. Par définition, il ne s'agit en effet que de simples recommandations et non de véritables obligations. De plus, les recommandations ne sont pas opposables car elles sont élaborées par des sociétés savantes et non pas par le législateur ou le pouvoir réglementaire. Enfin, les recommandations ne sont pas opposables car il en existe une multiplicité de méthodologies d'élaboration, diverses et variées, et de degrés de force probante tout aussi divers et variés.

Pourtant, les recommandations existent bel et bien dans la sphère juridique, voire normative. Tout d'abord, la juridiction administrative accepte de les appréhender. De surcroît, par le prisme particulier des données acquises de la science et des connaissances médicales avérées, les recommandations pourraient être opposables dans certaines circonstances. Elles peuvent même, en cas de non-respect, être source de responsabilité.

Trois éléments permettent de considérer qu'a priori, les recommandations ne sont pas opposables. Par « opposables », on entend ici « dotées d'une force obligatoire, d'une force contraignante ».

En premier lieu, les recommandations ne sont élaborées ni par le législateur, ni par le pouvoir réglementaire. Or, en droit français, une norme obligatoire est nécessairement émise par le législateur ou le pouvoir réglementaire. Les recommandations sont issues de sociétés savantes. Outre la HAS, une multitude de sociétés savantes, aux statuts juridiques différents, élaborent des recommandations. La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique. L'AFSSAPS, devenue l'ANSM, est un établissement public. Les statuts juridiques différents confèrent des prérogatives différentes et des pouvoirs différents dans l'élaboration des recommandations. Il n'y a donc pas une homogénéité suffisante des instances

émettrices des recommandations pour considérer que celles-ci puissent être opposables.

En second lieu, les méthodes d'élaboration sont également distinctes d'une recommandation à l'autre. Il n'existe donc pas d'homogénéité dans l'élaboration des recommandations. Diverses méthodes d'élaboration sont utilisées : conférence de consensus, recommandation pour la pratique clinique, consensus formalisé, etc. Les recommandations affichent également des degrés différents de force probante. Compte tenu de cette hétérogénéité, il n'est pas possible d'affirmer, par principe, que toutes les recommandations sont opposables.

En troisième et dernier lieu, la notion même de recommandation suscite le débat. Etymologiquement, le terme recommandation, du latin *recomandatio*, signifie inviter à agir dans un sens déterminé. Il s'agit d'un conseil ou d'une proposition et non d'une obligation ou d'une prescription. D'un point de vue notionnel, une distinction s'établit entre ce qui doit être (la règle) et ce qui pourrait ou devrait être (la recommandation).

Ces trois éléments permettent, a priori, d'affirmer que les recommandations de bonne pratique ne sont pas opposables.

Pourtant, ces recommandations, au fil des années et des jurisprudences (rendues principalement par les juridictions administratives) ont peu à peu gagné la sphère juridique.

Dans un arrêt du 26 septembre 2005, le Conseil d'Etat a considéré que, par principe, les recommandations de bonne pratique – en l'occurrence une recommandation élaborée par la HAS relative à l'information médicale – n'étaient pas des actes faisant grief. Le Conseil d'Etat a malgré tout considéré que les recommandations pouvaient faire grief dès lors qu'elles étaient rédigées de manière impérative. Certains ont commencé à questionner la notion d'impérativité. Comment une recommandation, qui n'est qu'une proposition, pourrait-elle

être impérative ? Une distinction nécessite alors d'être opérée entre le contenant (la recommandation en tant que telle qui, par principe, ne saurait être opposable) et le contenu (les prescriptions portées par la recommandation, susceptibles, elles, de faire grief). Dans le cas de la recommandation élaborée par la HAS relative à l'information médicale, un point particulier relatif à l'accès des ayant-droit d'un patient décédé aux informations de santé le concernant a fait débat. La loi précise que les ayant-droit d'un patient décédé peuvent accéder à trois types de données : les données qui permettent d'identifier les causes de la mort, les données qui permettent de défendre les intérêts des ayant-droit et les données qui permettent de défendre la mémoire du défunt. Or la recommandation, dans sa formulation initiale, précisait que les ayant-droit devaient avoir accès à l'ensemble des informations de santé conservées par l'établissement de santé ou le praticien concernant le patient décédé. Il y avait donc une contradiction entre la règle, obligatoire, et la recommandation. Le Conseil national de l'ordre des médecins a déféré cette recommandation au juge administratif, en soulignant qu'elle était contraire à la loi. Le juge administratif, ne pouvant se pencher que sur des documents juridiques et non sur des documents scientifiques, a été amené, dans un premier temps, à décider d'accepter ou non d'appréhender la recommandation, la condition d'acceptation étant que ce soit un acte administratif faisant grief. Celui-ci ayant accepté de s'en saisir a consacré l'existence de la recommandation sur le terrain du droit. Dans un deuxième temps il a pu se prononcer sur la légalité. La recommandation étant contraire à la loi, il a donc décidé de l'annuler. Plus précisément, le juge administratif a fait injonction à la HAS de modifier les dispositions de la recommandation contraires à la loi. La recommandation modifiée, disponible sur le site de la HAS, porte aujourd'hui mention de cette décision.

La situation a encore évolué avec la jurisprudence FORMINDEP du 27 avril 2011. Une action a été entreprise par l'association de patients FORMINDEP auprès de la HAS pour lui demander d'abroger une recommandation relative au traitement du diabète de type 2. Après le refus de la HAS, l'association a saisi le juge administratif. Dans un contexte d'actualité très particulier relatif à la question des conflits d'intérêts, l'association a demandé au juge administratif d'annuler la recommandation, en faisant valoir un vice de forme lié à l'absence de déclarations d'intérêts vis-à-vis des laboratoires commercialisant des médicaments pour le diabète par les experts ayant participé à l'élaboration de la recommandation. Le juge administratif, une fois encore, a considéré que la recommandation pouvait être appréhendée en tant que document juridique. Une décision d'annulation pour vice de forme a ensuite été rendue. Par rapport à celle de

2005, la décision de 2011 ne fait plus référence au critère d'impérativité. Certains en ont tiré comme conséquence que le juge avait considéré que toute recommandation était un acte administratif faisant grief, pouvant faire l'objet d'une annulation par la juridiction administrative.

Ce premier élément de réflexion nous conduit à considérer que les recommandations de bonne pratique existent sur le terrain du droit et sont désormais intégrées à la sphère juridique. Ceci ne signifie pas pour autant qu'elles soient opposables au sens strict du terme. La notion d'opposabilité tire la notion de responsabilité. Doit-on obligatoirement suivre une recommandation dès lors qu'elle est émise ? La jurisprudence tend à souligner que les recommandations ne sont pas que des documents scientifiques et doivent, à ce titre, respecter les dispositions réglementaires. Sur le terrain de la responsabilité, les recommandations doivent être mises en relation avec les notions de données acquises de la science, de règles de l'art et de connaissances médicales avérées.

Il n'est pas aisé de définir la notion de données acquises de la science. Cette notion apparaît pour la première fois dans la jurisprudence Mercier du 20 mai 1936. Cet arrêt fondamental pour la responsabilité médicale fixe le principe d'une obligation de moyens et non de résultat pour les praticiens. Un médecin est ainsi tenu de donner à ses patients des soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science. En 1923, la Cour d'appel de Rouen avait fait référence aux données actuelles de la science. Les notions de données actuelles et de données acquises de la science ont cohabité durant plusieurs décennies. Les données actuelles ont finalement été considérées comme des données non-encore acquises, c'est-à-dire n'ayant pas subi avec succès l'épreuve du temps.

Le 6 juin 2000, la Cour de cassation a tranché la question, en considérant que les données actuelles ne devaient plus faire référence, au profit des données acquises de la science.

La loi du 4 mars 2002 a cependant opéré un revirement en introduisant la notion de connaissances médicales avérées dans l'article L1110-5 du Code de la santé publique. A ce jour, la distinction entre les données acquises de la science et les connaissances médicales avérées demeure difficile à établir. Pour ma part, je pense que les périmètres visés par ces notions sont sensiblement identiques.

Au-delà du débat notionnel, le contenu des données acquises de la science pose question, si tant est que celles-ci soient formalisables ou normalisables. Là

encore, la jurisprudence nous éclaire. Dans un arrêt du 12 janvier 2005, le Conseil d'Etat a considéré que les données acquises de la science résultaient notamment des recommandations de bonne pratique élaborées successivement par l'ANDEM, l'ANAES et la HAS. Ont pareillement été considérés comme constitutifs des données acquises de la science : des traités médicaux, des articles d'éminents spécialistes, des livres classiques, etc. Les contours des données acquises de la science ont ainsi été dressés.

En définitive, la loi impose le respect des connaissances médicales avérées et le code de déontologie applicable aux praticiens imposent le respect des données acquises de la science. Le juge administratif indique, quant à lui, que les recommandations de bonne pratique sont constitutives des données acquises de la science. Par un raccourci rapide, il est alors possible d'affirmer que les recommandations de bonne pratique sont obligatoires car elles participent du respect, encadré par des textes, des connaissances médicales avérées ou des données acquises de la science. Ceci est à la fois vrai et faux. Cette hypothèse est vraie sur le principe. Effectivement, dès lors qu'une recommandation de bonne pratique reflète les données acquises de la science, on peut considérer qu'elle est opposable en tant que telle. Cela n'est toutefois pas systématique. Le raisonnement repose sur une présomption. Le professionnel de santé appliquant une recommandation de bonne pratique est présumé avoir respecté les données acquises de la science, et donc ne pas avoir commis de faute. A l'inverse, le professionnel de santé n'appliquant pas une recommandation est présumé avoir commis une faute.

Ce raisonnement ne peut toutefois être mis en œuvre de manière générale et systématique. Ce raisonnement ne

tient pas compte du risque d'obsolescence des recommandations, de la possibilité que certaines recommandations ne soient plus appliquées car trop contestées par une partie significative de la communauté scientifique, ou de la possibilité qu'une recommandation puisse ne pas être applicable à la situation déterminée d'un patient. Nous sommes donc uniquement sur un régime de présomption. De la même manière que l'on peut considérer qu'un professionnel n'ayant pas suivi une recommandation est susceptible d'avoir commis une faute, on doit affirmer qu'un professionnel n'ayant pas suivi une recommandation peut être en capacité de démontrer qu'il n'a pas commis de faute, car dans le non-respect de la recommandation il demeurerait en conformité avec les règles de l'art. Notre société tend à créer un écran technique entre le patient et son médecin, en standardisant un certain nombre de comportements. Pour autant, le praticien conserve sa liberté d'exercice et de prescription.

A la question concernant l'opposabilité des recommandations de bonne pratique, la réponse est donc à la fois positive et négative. Les recommandations de bonne pratique peuvent être opposables à travers le prisme particulier des règles de l'art et des données acquises de la science. Il appartient alors à l'expert désigné par le juge d'apprécier la conformité des pratiques du praticien avec la ou les recommandations. Cependant, le praticien conserve la capacité de démontrer que, dans le cas particulier ayant fait l'objet d'un contentieux en responsabilité, la ou les recommandations ne devaient pas être suivies, soit parce qu'elles n'étaient plus applicables car de nouvelles données étaient apparues, soit parce que la situation spécifique du patient ne correspondait pas à leur périmètre.

DÉBAT

De la salle

Un praticien ayant suivi exactement les recommandations de bonne pratique, sans que celles-ci correspondent, dans le cas précis, aux données acquises de la science, serait-il inattaquable ?

Olivier SMALLWOOD

Le praticien qui voit sa responsabilité recherchée dans le cadre d'une procédure judiciaire va avoir affaire à un expert désigné par le magistrat. Il s'agira pour l'expert d'appréhender

le comportement du praticien, au regard des éléments dont il dispose, c'est-à-dire au regard des recommandations de bonne pratique. Le praticien va s'employer à démontrer qu'il n'a pas commis de faute, ayant respecté les recommandations de bonne pratique. L'avocat du patient aura alors en charge de démontrer que les recommandations de bonne pratique n'étaient pas constitutives des données acquises de la science au jour où l'acte a été réalisé. Si cela parvient à être établi, la responsabilité du professionnel de santé ayant suivi les recommandations peut être engagée.

Les recommandations de bonne pratique recouvrent aujourd'hui une multitude de documents. Les recommandations de la HAS sont appréhendées par le juge administratif. Il n'existe cependant pas de jurisprudence statuant sur des recommandations élaborées par des sociétés savantes de forme associative fédérative ou de fondation.

J'intervenais récemment sur ce thème auprès d'oncologues. L'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS) élabore des recommandations de bonne pratique. L'une d'entre elles souligne que l'exercice du yoga a directement un impact sur le risque de rechute. Ceci n'implique toutefois pas qu'un oncologue ne prescrivant pas de séances de yoga à ses patients pourrait voir sa responsabilité systématiquement mise en cause. La recommandation en question n'est pas encore suffisamment appliquée par la communauté des professionnels de santé. Elle pourrait être également contestable sur le principe. Il faut donc garder en tête que la notion de recommandation de bonne pratique doit être appréhendée au cas par cas, en fonction du contexte. La qualité de la recommandation doit être prise en compte (instance élaboratrice, méthodologie, force probante). Il s'agit ensuite de vérifier que la recommandation est constitutive des données acquises de la science pour rechercher une éventuelle responsabilité.

Pierre DURIEUX

Pourrait-on imaginer qu'un médecin attaque la HAS après avoir suivi une recommandation dont l'actualité serait contestable ?

Olivier SMALLWOOD

La démarche serait périlleuse. Je serai toutefois volontiers l'avocat de cette personne. La HAS a aussi une responsabilité dans l'élaboration des recommandations. Ne pourrait-on pas envisager une responsabilité de la HAS pour défaut d'actualisation d'une recommandation ; D'avoir laissé publique une recommandation, éventuellement prise en considération par des professionnels de santé, alors qu'il est su qu'elle est obsolète.

De la salle

C'est la raison pour laquelle le site de la HAS intègre un système de feux tricolores, que tout un chacun est capable de comprendre, précisant le statut des recommandations.

Olivier SMALLWOOD

Pas de responsabilité de la HAS dans ce cas !

De la salle

Dans le cadre d'un litige, où chacun est amené à discuter de la valeur des recommandations, qui est compétent pour juger la valeur des recommandations ? Une recommandation peut être critiquée au regard de la société qui l'a élaborée. Qui va cependant juger de sa valeur intrinsèque ?

Olivier SMALLWOOD

Il appartient au magistrat de trancher la question, en tant qu'homme de droit. N'ayant pas de compétences techniques, le magistrat s'entoure d'experts.

De la salle

Les experts sont souvent ceux qui ont rédigé la recommandation.

Olivier SMALLWOOD

Les experts sont inscrits sur les listes des juridictions et effectivement nous avons souvent les mêmes. Cependant, les médecins disposent généralement d'une assurance RCP. En cas de contentieux, l'assurance diligente un médecin-conseil. Un débat intervient ensuite entre les experts. L'avocat quant à lui, se contente de contester la recommandation du point de vue de sa méthodologie, de sa force probante ou de l'autorité émettrice. Techniquement, il ne peut pas aller au-delà. Il peut néanmoins se rapprocher de l'expert de la compagnie d'assurance. Il appartient ensuite au magistrat de trancher.

De la salle

Le magistrat ne peut-il nommer que des experts de la liste de sa juridiction ?

Olivier SMALLWOOD

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter. En défendant un praticien, je peux moi-même faire appel à un expert. Ses conclusions auront toutefois peut-être moins de force que celles d'un expert, peut-être plus objectif, désigné par le magistrat dans le cadre d'un référé d'expertise.

De la salle

Des recommandations d'origine étrangère peuvent-elles influencer un débat juridique français ?

Olivier SMALLWOOD

Je n'y vois pas d'obstacle. La logique des recommandations

est celle de l'evidence-based medicine. A défaut de publications scientifiques françaises sur une question et dans l'hypothèse où l'on pourrait être amené à démontrer qu'en pratique les professionnels appliquent une publication internationale, celle-ci pourrait tout à fait être considérée comme constitutive des données acquises de la science française.

De la salle

D'un point de vue sociologique, le problème serait lié à l'élaboration des recommandations selon une méthodologie descendante. Une construction ascendante pourrait quant à elle être plus efficace.

Jean-Yves TREPOS

Un effort a été fait jusqu'à présent pour diversifier les participants à l'élaboration des recommandations, en termes de professions, de spécialités et de situations dans le dispositif de soins. Ceci n'est pas remis en cause. L'enjeu serait de faire en sorte que l'expérience acquise sur le terrain soit davantage capitalisée. Aujourd'hui, cette expérience ne peut remonter que par l'intermédiaire d'un éventuel représentant. On confond ainsi science et démocratie.

De la salle

Avant validation d'une recommandation, il faudrait donc une expérimentation ?

Jean-Yves TREPOS

Je ne saurais répondre à cette question. Le système a le mérite d'exister. Il conviendrait davantage d'y introduire une souplesse.

Pierre DURIEUX

Les médecins disent recevoir un grand nombre de recommandations sans avoir nécessairement le temps de les lire. Ils se plaignent également de leur manque de lisibilité. Une personne a travaillé, au sein de la HAS, sur la linguistique des recommandations. Cette personne a demandé à des praticiens d'identifier, au sein d'un texte de recommandation, ce qui constituait pour eux une recommandation. Les praticiens interrogés n'ont pas fourni les mêmes réponses. Certains textes sont tellement alambiqués qu'il est difficile de savoir ce qui y est recommandé. Un travail nécessiterait d'être mené sur la lisibilité et la rédaction des recommandations. En pratique, dès lors qu'une recommandation dépasse cinq mots, il a été démontré que sa mise en œuvre

pouvait être difficile. Les comportements peuvent être modifiés sur la base de quelques mots seulement.

De la salle

Les ambitions des recommandations seraient donc trop élevées ?

Jean-Yves TREPOS

On peut difficilement séparer la question des recommandations de celle de la formation continue des médecins. La formation continue n'est pas nécessairement l'accumulation de toujours plus de savoirs. Ce n'est pas ce que nous avons fait pour le SIDA et cela a fonctionné.

De la salle

Formation continue du professionnel de santé ou moyens mis à sa disposition, par l'Assurance Maladie par exemple, pour la prise en charge de l'acte en question ? Quelle pourrait être la valeur d'une recommandation qui prône des techniques incompatibles avec les moyens techniques d'un cabinet, liés à la faible prise en charge de l'acte par l'Assurance Maladie ?

Jean-Yves TREPOS

Vous posez le problème de façon intéressante et polémique. Je ne suis cependant pas compétent pour vous répondre. Olivier Smallwood a rappelé l'historique de l'obligation de moyens en France. Ce qui est en cause est précisément le rapport entre l'obligation de moyens et l'obligation de résultats.

De la salle

Pour qu'une faute du praticien soit constituée, il faut qu'il y ait déjà un préjudice et que le patient porte plainte. A partir de ce moment, le respect des recommandations peut être examiné. Il n'est cependant pas possible de reprocher à un praticien de ne pas avoir respecté les recommandations si aucune plainte n'est déposée par le patient. Dès lors qu'une plainte est déposée, il convient de prouver la relation de cause à effet entre le non-respect de la recommandation et le préjudice.

Olivier SMALLWOOD

Absolument. Le dépôt de plainte entraîne l'engagement d'une procédure pénale. Le professionnel peut alors être sanctionné par la société. Ces procédures demeurent toutefois marginales dans le domaine de la santé. La recherche

d'une indemnisation peut, quant à elle, être portée devant un juge civil ou administratif, selon que le professionnel exerce dans le secteur privé ou dans le secteur public. Trois éléments doivent alors être réunis pour engager la responsabilité du professionnel : la faute (dans laquelle peut intervenir l'appréhension de recommandations de bonne pratique), le préjudice (physique, moral ou entraînant une perte de chances) et le lien de causalité entre la faute et le préjudice. Le défaut dans le comportement adopté doit être directement générateur du préjudice.

LES RBP DANS LA FORMATION ET L'ÉVALUATION

ASSURER UNE RÉGULATION CIBLÉE ET APPROPRIÉE DE L'ÉQUIPE DENTAIRE EN VUE D'AMÉLIORER LA PROTECTION DE LA POPULATION.

Evlynne GILVARRY

Directrice générale – General Dental Council – Royaume-Uni



Mon propos portera sur le système de régulation des chirurgiens-dentistes et des professionnels des soins dentaires au Royaume-Uni. Il sera centré, plus particulièrement, sur quelques nouvelles approches dans le mode

de régulation. Mais, en premier lieu, je ferai un tour d'horizon des bases de notre système de régulation.

Le «Conseil général dentaire» (General Dental Council) est le régulateur des chirurgiens-dentistes et professionnels dentaires de tout le Royaume-Uni. De par la loi, tous les chirurgiens-dentistes, assistantes dentaires, prothésistes dentaires, prothésistes dentaires cliniciens, hygiénistes dentaires, thérapeutes dentaires et orthodontiques doivent être enregistrés auprès du Conseil général dentaire pour pouvoir exercer au Royaume-Uni. Cet organisme fait beaucoup de choses mais n'a qu'un seul but, celui de protéger le public en contrôlant l'équipe de soins dentaires.

Il le fait de différentes manières. Tout d'abord, en enregistrant les professionnels dentaires qualifiés. Il tient à jour le registre officiel qui en dénombre actuellement un peu plus de 100.000. Il établit des standards de conduite et pratique dentaire. Il délivre l'accréditation en matière de formation des professionnels des soins dentaires, ce que nous appelons assurer la qualité de l'enseignement dentaire. Il s'assure que les professionnels gardent leurs connaissances à jour au travers d'un programme de développement professionnel continu obligatoire. Quand les choses tournent mal, il enquête sur les plaintes contre les chirurgiens-dentistes et professionnels dentaires et sanctionne ceux pour lesquels il y a faute prouvée.

Pendant toute la période où ils figurent sur le registre, les chirurgiens-dentistes et professionnels dentaires doivent respecter les standards édictés par le Conseil général dentaire et satisfaire à la formation professionnelle continue obligatoire. La désinscription du registre est soit volontaire, en fin de carrière ou en cours de carrière lorsque le professionnel quitte la profession, soit imposée par le Conseil général dentaire lorsque le professionnel a fait quelque chose qui le marque comme inapte à exercer. Ceci n'arrive que très très rarement mais il est important d'avoir la possibilité de radier les professionnels dans le but de protéger la population.

Le tableau 1 nous donne l'état actuel du registre. Il comprend environ 40000 chirurgiens-dentistes, le reste étant composé des différents professionnels dentaires dont une majorité d'assistantes dentaires.

Le Conseil général dentaire supervise les professionnels, les individus, mais les pratiques et les lieux d'exercice sont régulés par une autre entité relativement nouvelle au Royaume-Uni, la Commission Qualité Soins, qui opère des contrôles réguliers des cabinets dentaires. Le Conseil général dentaire coopère étroitement avec cette Commission en partageant des informations sur les constatations, particulièrement lorsqu'un problème se pose.

En ce qui concerne la garantie de la qualité de la formation, le Conseil général dentaire évalue les nouveaux cours et les nouvelles attributions de diplômes et procède à des inspections, tous les cinq ans, ou plus souvent s'il entend parler d'un souci dans l'une de ces écoles, des universités dentaires et organismes de formation sur les cours qu'ils délivrent déjà. Il arrive qu'occasionnellement des étudiants ou des professeurs tirent la sonnette d'alarme pour attirer son attention sur des problèmes dans leur école et il y répond en mettant en place une inspection. Il effectue également une surveillance au

Tableau 1

| Tableau d'enregistrement | |
|--------------------------------|--------|
| CATÉGORIE D'INSCRIPTION | NOMBRE |
| Chirurgien-dentiste | 39,764 |
| Prothésiste dentaire clinicien | 229 |
| Hygiéniste dentaire | 6170 |
| Assistante dentaire | 47,217 |
| Prothésiste dentaire | 6513 |
| Thérapeute dentaire | 2009 |
| Thérapeute orthodontique | 273 |

travers des rapports d'activité, que les écoles et lieux de formation sont tenus de lui adresser, pour lesquels il spécifie ce qui doit figurer.

Récemment une nouvelle série de normes a été fixée, concernant la formation, que les écoles et instituts de formation se doivent de respecter. La notion d'objectifs d'apprentissage a également été introduite. Une des plus grosses avancées en matière de formation dentaire au Royaume-Uni ces cinq dernières années est d'avoir focalisé sur ce que les étudiants savent en fin d'études et comment on peut le démontrer plutôt que sur la durée ou le contenu de la formation. Bien sûr, le Conseil général dentaire émet des recommandations par rapport au contenu, mais, dans le passé, on avait tendance à survaloriser le contenu au détriment d'un simple test permettant de savoir si les étudiants avaient, en bout de cursus, les connaissances et compétences requises. Lors d'une inspection, les établissements sont évalués selon les standards de formation qu'ils doivent appliquer. Toute l'idée sur laquelle repose l'assurance qualité de la formation c'est de fournir ce que nous appelons un « débutant » sans danger pour autrui. On doit s'assurer de la sécurité des pratiques des jeunes diplômés des écoles et institutions de formation dentaire, techniciens, thérapeutes, hygiénistes... Ces derniers doivent nous prouver qu'ils ont acquis les objectifs d'apprentissage que nous avons fixés, ils doivent être compétents dans ce que nous appelons leur champ d'activité. Chaque professionnel

dentaire a un champ spécifique d'exercice et il doit rester dans ce champ.

Les normes actuelles concernant la conduite, la performance et les critères éthiques dans la pratique sont en cours de révision et nous sommes en pleine concertation avec la population et la profession. La façon dont ces normes sont révisées révèle, au Royaume-Uni, une approche différente en matière d'élaboration de référentiels.

En abordant la révision des normes, nous étions très préoccupés de rassembler les tendances en matière de pratique car nous les considérons comme un régulateur quand les choses vont mal. Nous avons examiné les cas, les plaintes nous arrivant, et nous nous sommes dits « Quelles sont les orientations prises dans ces cas ? Comment devrions-nous modifier les normes appliquées aux praticiens pour être sûrs que les chirurgiens-dentistes et professionnels du soin dentaire soient plus conscients des erreurs courantes, les choses qui font « tiquer » les gens ? »

Les normes en cours de révision ont pour but d'être plus claires en terme de responsabilité incombant aux chirurgiens-dentistes et aux professionnels dentaires, plus claires sur ce que nous recherchons et aussi concentrées sur certains domaines précis. Elles sont divisées en neuf principes. Nous avons évolué, il y a quelques années,

de règles très normatives à un ensemble de principes pouvant être un peu ouverts en termes d'interprétation clinique. Cela semble avoir bien fonctionné.

Le dernier ensemble de normes, actuellement utilisé, est fortement ancré sur des principes, laissant une certaine marge d'interprétation aux professionnels sur le terrain. Lorsque nous les avons révisées, tout comme nous sommes en train de les réviser actuellement, les praticiens nous firent remonter leur souhait d'un peu plus de clarté ; Ils ne voulaient pas faire marche arrière sur une approche normative, mais ils souhaitaient un peu plus de spécificité et de clarté sur les principes. Nous avons essayé de faire cela tout en retenant le concept d'un ensemble de normes basées sur des principes.

Chaque principe est, ce qui est important, divisé en souhaits du patient, normes et conseils. Comment connaissait-on les attentes des patients ? Nous sommes allés à leur rencontre et leur avons demandé dans un corpus de recherche très significatif ce qu'ils attendaient des dentistes. Ils étaient très communicatifs sur leurs attentes.

En nous basant sur toute une recherche que nous avons effectuée en relation avec une revue critique nous avons ainsi incorporé des éléments clés dans les principes de conduite. Il y a un principe qui se détache, celui de la communication ; lorsqu'il y a plainte contre un chirurgien-dentiste ou un professionnel dentaire c'est bien souvent à cause d'une communication rompue ou inexistante. Je suis certaine que ceux qui exercent et ceux qui sont impliqués dans une quelconque forme de régulation le reconnaîtront. Il est extrêmement difficile de communiquer aussi clairement et précisément que voulu pour éviter toute forme de malentendu. Il y a un principe basé sur l'attitude personnelle ; les patients ont été très clairs avec nous sur ce qu'ils attendaient comme attitude personnelle de la part des chirurgiens-dentistes et professionnels dentaires. Nous avons donc en conséquence ressenti le besoin d'être précis dans les règles établies afin que les praticiens sachent ce qui était attendu de leur part.

Il y a aussi une nouvelle demande pour signaler les condamnations pénales ou mises en garde. Il faut souligner qu'il est assez rare que des chirurgiens-dentistes ou professionnels dentaires soient condamnés au pénal, mais cela arrive. Dans ce cas il est très important que le Conseil général dentaire en soit informé afin de prendre les mesures appropriées.

Il y a eu également un grand débat ces derniers temps sur l'importance pour le public de disposer d'une information claire sur les coûts des traitements dentaires et,

en conséquence, une certaine critique de la profession dentaire qui n'est pas suffisamment transparente sur l'élaboration des coûts et la façon de facturer, et plus précisément sur la distinction entre les traitements pris en charge par le service basé sur des fonds publics et ceux qui nécessitent un financement privé. Ainsi, lorsque les nouvelles règles seront publiées, elles seront bien plus détaillées sur la nécessité pour les chirurgiens-dentistes d'être clairs sur leur tarification.

La formation continue professionnelle, à ma connaissance, est très inégale en Europe. Peu de pays au sein de l'Union Européenne ont une formation continue professionnelle obligatoire. Nous sommes une exception. Nous avons un schéma d'obligation mais dans bien des pays de l'Union Européenne, les schémas de formation continue professionnelle reposent sur la base du volontariat.

Notre schéma de formation continue obligatoire, qui a été déployé depuis 10 ans maintenant, est en cours de révision. Nous voulons à nouveau le mettre à jour pour ne pas simplement parler en nombres d'heures de formation continue pour les chirurgiens-dentistes et professionnels dentaires mais aussi mettre l'accent sur la façon dont les professionnels vont mettre en œuvre leur savoir, les résultats de cette formation continue, comment ils vont utiliser ce qu'ils ont appris au service de l'amélioration de la façon de soigner les patients.

Dans les prochaines années, le régulateur qu'est le Conseil général dentaire devra introduire un schéma de revalidation pour les praticiens, chirurgiens-dentistes en première instance et probablement les autres professionnels en temps utile. Cela signifie que, périodiquement, probablement tous les 5 ans, les chirurgiens-dentistes devront nous montrer de nouveau qu'ils sont capables d'exercer en nous produisant toute une gamme de preuves. Le schéma n'a pas été présenté. En fait, nous sommes en train de l'élaborer. Mais une chose sûre est que nous sommes déterminés à ce que le plan de formation continue constitue la majeure partie de la revalidation si bien que, lorsque celle-ci sera mise en place, les professionnels seront déjà coutumiers du fait de justifier annuellement de leur apprentissage en disposant d'un corpus de preuves et les contrôles additionnels nécessaires à la revalidation ne seront ainsi pas trop coûteux ni laborieux à déployer.

Le cycle actuel de formation est de cinq ans. En d'autres termes, on demande aux praticiens de faire x formations additionnelles sur les cinq années. Ceci perdurera. Toutefois, au lieu d'attendre la fin d'un cycle quinquennal pour faire leur déclaration de formation, les praticiens auront l'obligation de la produire annuellement.

Chaque praticien devra présenter un plan de formation personnel. Tout réside ici dans le fait que ce seront les chirurgiens-dentistes et professionnels dentaires qui, sur la base de leur propre plan de formation, vont réfléchir sur ce dont ils ont besoin en termes d'apprentissage, choisir leur formation continue en conséquence et l'utiliser pour améliorer leur pratique. Comme pour l'enseignement initial, l'accent ne sera pas mis sur ce qu'ils ont fait mais sur qu'ils ont appris, les résultats de l'apprentissage. Ceux-ci seront reliés à des standards de conduite, de performance et d'éthique.

Tout ceci peut être fait en ligne sur notre portail internet, que nos inscrits au registre utilisent de plus en plus car ils le trouvent plus accessible et plus pratique comme moyen de soumettre leur apprentissage dans le cadre du développement professionnel continu(DPC). Jusqu'à présent, les chirurgiens-dentistes sont tenus de faire 100 heures de DPC, les thérapeutes et hygiénistes dentaires 75 heures, les infirmières et techniciens dentaires 50 heures, sur cinq ans. Ce sera aussi le cas dans le nouveau schéma.

Il y a un débat nouveau et intéressant au Royaume-Uni sur la question de savoir qui, des professionnels inscrits sur notre registre, devrait recevoir en accès direct les patients et le public. Aujourd'hui ce sont uniquement les chirurgiens-dentistes. Si l'on veut obtenir un traitement communément dispensé par un hygiéniste ou un thérapeute, on doit tout d'abord passer par un chirurgien-dentiste qui prescrira ledit traitement. La question posée est : Est-ce une façon appropriée d'aborder les choses et est-ce une restriction d'accès aux bons services lesquels peuvent être très bien fournis directement au public par des hygiénistes, des thérapeutes et des techniciens ? Il y a beaucoup d'arguments pour ou contre.

En tant que régulateur, notre seule préoccupation est de s'assurer que si les restrictions d'accès sont levées, cela n'affectera pas la protection du patient. Nous ne sommes qu'au début d'un tel débat qui va perdurer encore quelques mois. L'évolution du débat sera accessible en ligne sur notre site et son issue sera rendue publique.

A ma connaissance, dans au moins un pays d'Europe (le Danemark en l'occurrence), le public a un accès direct aux hygiénistes mais ce n'est pas très habituel dans l'Union Européenne. Beaucoup d'hygiénistes, thérapeutes et techniciens voudraient pouvoir disposer de cet accès direct. Si, au final, c'est autorisé, ce sera optionnel.

Toute la question du libre accès des patients pose en fait le problème de protection du public et du patient et donc, comme pour toutes nos consultations, nous

ne sollicitons pas seulement les professionnels mais étendons très largement le champ d'investigation en incluant la population.

En conclusion le Conseil général dentaire a pour unique raison de protéger la population et de garantir une confiance dans la profession dentaire au Royaume-Uni, confiance sous-tendue par une bonne régulation. Nous souhaitons y arriver par un consensus, en étant transparents et en rendant des comptes à la profession et à la population. Tout ce que nous faisons est consultable. Nous sommes cohérents. Nous appliquons nos règles de manière équitable, ciblée, en essayant de ne pas imposer un moule unique à tout le monde.

Nous sommes également réceptifs au changement. Au Royaume-Uni la dentisterie est en train de changer ; pas tous les jours mais les changements sont assez significatifs sur des périodes de cinq ans. C'est du devoir du régulateur de répondre à ce changement, et c'est ce que nous faisons au travers de toutes les études actuellement en cours.

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC), PERSPECTIVES ET ENJEUX



Bruno BALLY

*Adjoint au Chef de Service
Service Evaluation et Amélioration des Pratiques – Haute Autorité de Santé*

Le développement professionnel continu (DPC) est le fruit d'une longue histoire, qui a débuté avec les obligations de formation continue en 1996. En 2004, est apparue l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles pour les médecins. En 2009, la loi HPST définit la notion de DPC, dont les décrets d'application ont été publiés en fin d'année 2011¹. Enfin, un décret de mai 2012² a remplacé, au sein du Code de déontologie des médecins, les termes de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles par le développement professionnel continu.

A l'époque, l'évaluation des pratiques professionnelles recouvrait, dans le décret de 2005, l'analyse des pratiques professionnelles, en référence à des recommandations, pour mettre en œuvre des actions d'amélioration des pratiques. Il s'agissait donc clairement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. La HAS a ainsi porté une démarche de type formative, avalisée par le rapport de l'IGAS publié en 2008. L'évaluation des pratiques professionnelles a été présentée, dès l'origine, comme une démarche destinée à améliorer l'apprentissage expérientiel. La démarche constituait une obligation uniquement pour les médecins.

En ce qui concerne maintenant le DPC, la loi HPST en a défini les objectifs. Par rapport à l'évaluation des pratiques professionnelles, le périmètre de la démarche a été augmenté. Ont ainsi été associés à l'évaluation des pratiques professionnelles : le perfectionnement des connaissances, anciennement formation continue, dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en charge des priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le DPC constitue par ailleurs une obligation pour tous les professionnels de santé listés dans le Code de la santé publique, et non plus les seuls médecins. Près de 1,7 million de professionnels de santé doivent donc aujourd'hui s'engager dans le DPC.

Les décrets DPC de 2011 ont défini le contenu de l'obligation, en y incluant : l'analyse par tous les professionnels de santé de leurs pratiques, ainsi que l'acquisition et l'approfondissement de leurs connaissances ou compétences. Par ailleurs, cette obligation individuelle, s'inscrit dans une démarche permanente. Le DPC associe ainsi dorénavant un temps cognitif, un temps d'analyse ou d'évaluation des pratiques, ainsi qu'un suivi des actions d'amélioration (cf. schéma 1).

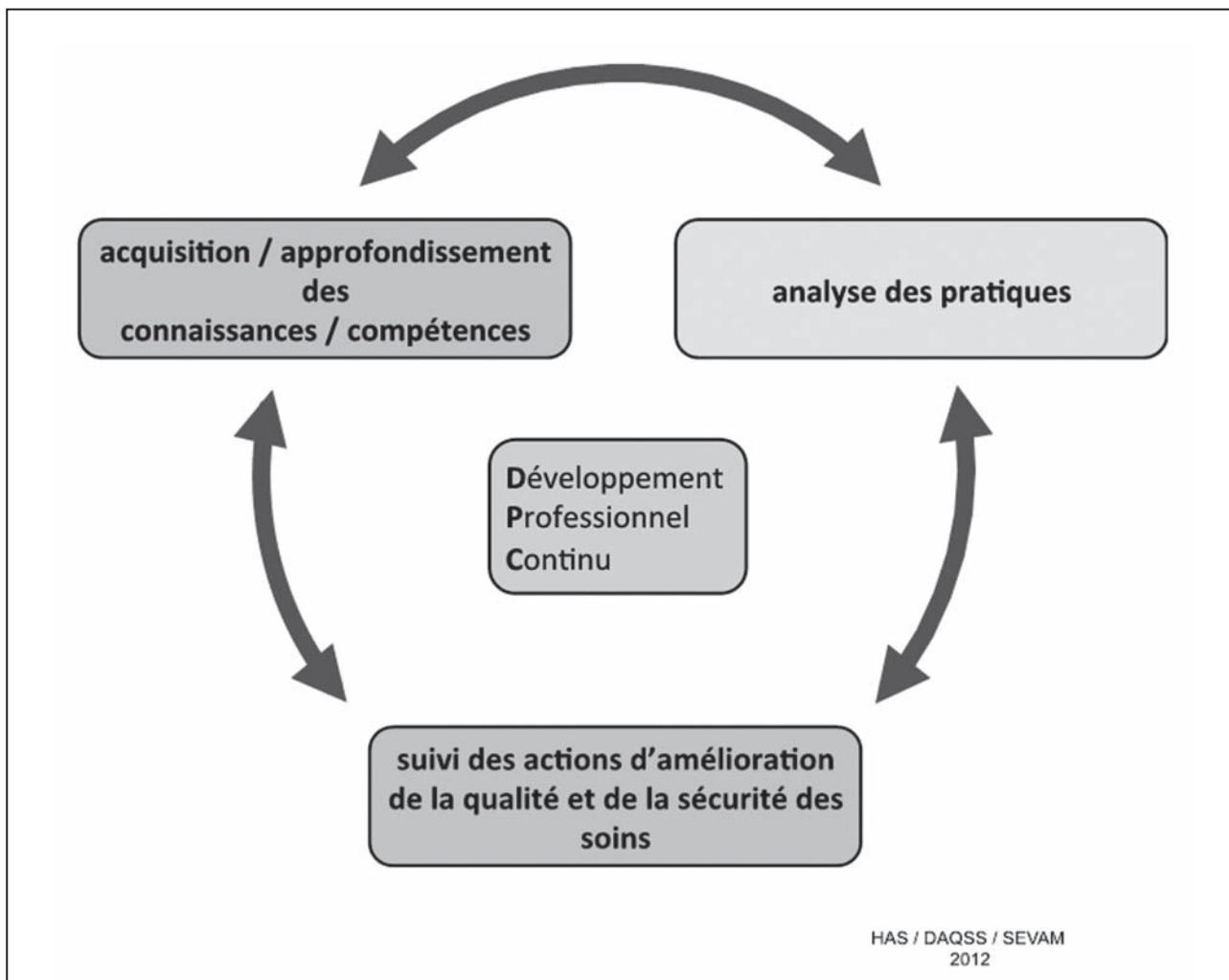
Pour satisfaire son obligation de DPC, un professionnel de santé doit participer, chaque année civile, à un programme de DPC collectif annuel ou pluriannuel proposé par un organisme de DPC. Ces programmes de DPC doivent réunir trois conditions :

- 1) être en conformité avec une orientation nationale (fixée par le ministère, après avis des commissions scientifiques professionnelles) ou régionale (fixée par l'ARS, après avis des commissions scientifiques professionnelles),
- 2) comporter une des méthodes et des modalités validées par la HAS,
- 3) être mis en œuvre par un organisme professionnel de DPC (O-DPC), enregistré auprès de l'organisme national de gestion du DPC et évalué favorablement par les commissions scientifiques compétentes.

La HAS intervient dans le dispositif uniquement pour établir et valider la liste des méthodes et des modalités de DPC. Des programmes de DPC sont donc proposés aux praticiens par les O-DPC. Les médecins choisissent leur programme, s'inscrivent et y participent. Les organismes de DPC délivrent ensuite une attestation annuelle aux médecins qui participent à leurs programmes, et en adressent une copie au Conseil de l'Ordre des Médecins. Le Conseil de l'Ordre est chargé de s'assurer du respect de l'obligation de DPC par les médecins, au moins une fois tous les cinq ans.

En faisant abstraction du dispositif réglementaire mis en place, le sens de la démarche pour les professionnels de santé peut être questionné. De toute évidence, il s'agit effectivement d'une démarche professionnelle. Il est en

Schéma 1 :



effet proposé aux professionnels, dans le cadre du DPC, de s'approprier les savoirs, les recommandations de bonne pratique et les données acquises de la science, mais aussi de les confronter à leurs propres pratiques pour en envisager l'amélioration. La démarche est ainsi au cœur du métier de soignant, avec pour but de faire au mieux dans sa pratique, au regard des recommandations et de l'état actuel de la science, et dans l'intérêt du patient. Cela a pour but de favoriser la mise en œuvre des recommandations.

Cela étant, la mise en œuvre du DPC à travers les recommandations n'est pas si simple. La littérature sur le sujet (et notamment la revue de littérature réalisée sur le sujet par l'ANAES) montre que la diffusion simple des recommandations n'a pas, à elle seule, d'impact très important sur les pratiques cliniques, quelles que soient les disciplines et les spécialités concernées. Selon les études, environ 40 % des pratiques réalisées ne sont pas

conformes aux recommandations édictées par les sociétés savantes ou les institutions. Une étude publiée en 2003 dans le *New England Journal of Medicine*³ avait provoqué un certain émoi aux USA en révélant qu'un américain sur deux n'était pas soigné en fonction des recommandations édictées par les sociétés savantes. La même étude réalisée quelques années plus tard en pédiatrie a produit des résultats du même ordre de grandeur. Certes, les professionnels doivent bénéficier d'un espace de liberté pour adapter leurs pratiques à l'état du patient. Néanmoins, les résultats des soins traduisent un certain nombre de problématiques. L'étude de 1999⁴, réalisée par l'institut de médecine aux Etats-Unis, a mis en évidence que les erreurs (c'est-à-dire les pratiques ne correspondant pas à une prise en charge idéale ou recommandée) constituaient la huitième cause de décès aux Etats-Unis, devant les accidents de la voie publique et la mortalité pour cancer du sein. En France, les enquêtes ENEIS sur les événements indésirables liés

aux soins, réalisées en 2005 et 2009, ont mis en évidence qu'environ un évènement indésirable grave (décès, complications graves, séquelles, etc.) se produisait tous les cinq jours pour une unité de trente lits. La sécurité et la qualité des soins constituent ainsi des enjeux majeurs, au moins aussi importants que les nouveaux développements technologiques. En 2011, une enquête publiée par l'IRDES a estimé le coût des évènements indésirables graves liés aux soins à 700 millions d'euros pour la seule année 2007.

Ce constat nous conduit à interroger le décalage entre les pratiques recommandées et les pratiques réalisées. La littérature montre que de multiples facteurs sont à prendre en considération : les déficits d'attention (liés à la multiplicité des informations reçues), les déficits d'adhésion (liés aux consensus relatifs autour des recommandations, notamment lorsqu'elles sont trop ambiguës, trop rigides ou trop contraignantes), les déficits de visibilité (vis-à-vis des résultats des recommandations), les déficits d'appropriation, les déficits d'implication, les déficits de motivation, les résistances extérieures (liées aux patients, à l'environnement, aux contraintes associées aux recommandations, etc.), etc. Dans les faits, il n'est pas si évident de faire en sorte que des recommandations écrites soient transposées rapidement dans les pratiques. Cela met en évidence également que les conditions d'exercice, l'organisation des soins, sont aussi des éléments explicatifs importants.

Aucune méthode magique n'existe pour traiter cette problématique, mais deux éléments indissociables sont indispensables à la transposition des recommandations dans les pratiques. D'une part, il faut établir des recommandations qui utilisent des données objectives, précises, claires et consensuelles, avec un fort niveau de preuve. D'autre part, les acteurs (organisations professionnelles, HAS, sociétés savantes, etc.) doivent également se préoccuper de la mise en œuvre (appelée aussi implémentation) des recommandations édictées. Un certain nombre de facteurs contribuent à améliorer cette implémentation. On sait que le fait de faire participer activement les professionnels – au travers d'ateliers, de débats, de constructions d'indicateurs, etc. – facilite leur appréhension des recommandations. La multiplication des méthodes utilisées pour mettre en œuvre les recommandations (à travers, par exemple, de programmes « multifacettes ») constitue également un élément important. La prise en compte des problèmes cliniques quotidiens des professionnels, l'évaluation de la faisabilité et de l'acceptabilité de la mise en œuvre des recommandations, est tout aussi importante. Les modes d'organisation professionnelle doivent également être examinés et discutés, pour envisager leur amélioration. Dans le cadre de la prise en charge de patients, il est

nécessaire que les praticiens communiquent entre eux, en particulier autour des dossiers difficiles. Tout ce qui favorise le travail en équipe facilite également l'appropriation des recommandations et la qualité et la sécurité des soins⁵.

L'équipe de Graham⁶ a participé à la conceptualisation de l'articulation entre l'élaboration et la mise en œuvre des recommandations et à l'élaboration de la notion de knowledge translation, qui vise le transfert des connaissances vers la pratique. La structuration du savoir s'inscrivant ainsi dans une démarche d'amélioration de la qualité.

On sait depuis longtemps que, pour améliorer la qualité en santé, il faut se préoccuper, au-delà des connaissances et des savoirs, de leur mise en œuvre. Auparavant, le dispositif reposait sur la formation continue (les connaissances, les savoirs, l'acquisition de nouvelles compétences) et l'évaluation des pratiques professionnelles (démarche d'amélioration de la qualité). La loi HPST donne une cohérence : en effet le DPC réunit au sein d'un même système ces deux dimensions nécessaires à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité en santé. La formation est ainsi associée à une démarche d'évaluation des pratiques, en cohérence avec ce que l'on retrouve dans la littérature.

Un des enjeux du DPC est bien entendu de réutiliser les moyens existants mis en œuvre précédemment (dans le cadre de l'EPP et de la FMC). L'existant pourrait ainsi permettre d'engager le DPC rapidement dès l'année 2013. En effet, le DPC pourrait être mis en œuvre simplement en combinant des activités relevant de la formation et de l'évaluation des pratiques, (en articulant par exemple un congrès avec un audit et un suivi des actions). Idéalement les actions nécessiteraient également de prendre en compte les modes d'exercice et de favoriser le travail en équipe.

Du reste, pour un certain nombre d'activités, la limite entre formation et évaluation des pratiques demeure relativement floue et montre leur intrication. Par exemple : des réunions de professionnels qui permettent notamment des échanges autour d'évènements indésirables ou de dossiers difficiles participent des deux logiques. Ces réunions reposent à la fois sur un temps d'analyse des pratiques, mais aussi sur une recherche et appropriation des recommandations et des savoirs correspondants. La HAS travaille aujourd'hui, avec des groupes de travail multi-professionnel et multidisciplinaire, au développement de méthodes ou d'activités s'inscrivant dans la logique du DPC, c'est-à-dire intégrant à la fois les dimensions liées à la formation et à l'évaluation des pratiques professionnelles, et répondant aux

besoins et aux conditions d'exercice des professionnels, ainsi qu'aux situations cliniques spécifiques, favorisant le travail en équipe, etc. Plusieurs pistes sont explorées : accréditation des spécialités à risque, gestion des risques en équipe, simulation en santé, etc. L'ambition serait de faire en sorte que les organisations professionnelles se saisissent de ces méthodes/outils, afin de proposer des programmes de DPC qui aient du sens pour les professionnels (car portés par des pairs), faisables au quotidien et efficaces pour améliorer les pratiques.

Les principales préoccupations de la HAS sont aujourd'hui de s'appuyer au maximum sur ce qui fonctionne déjà, de ne pas complexifier outre mesure le dispositif ou les méthodes et de prendre en compte les façons de travailler des professionnels pour qu'elles correspondent au dispositif du DPC. Trois axes sont privilégiés : la gestion des risques (c'est-à-dire la diminution des événements indésirables et la promotion de la sécurité des soins), des programmes intégrés aux pratiques (pour éviter de générer un surcroît de travail pour les praticiens) et la promotion des programmes faisant intervenir des équipes pluridisciplinaires (afin de favoriser les échanges et d'améliorer les interfaces entre la ville et l'hôpital, entre les professionnels de disciplines différentes, etc.).

Pour la HAS, le DPC est d'abord une démarche professionnelle, portée par les professionnels eux-mêmes. En

effet les professionnels de terrain sont les mieux à même d'améliorer leurs pratiques. La démarche doit donc être menée avec eux.

Pour en savoir plus :

- le site de la HAS : www.has-sante.fr
- le site de l'OGDPC : <https://www.ogdpc.fr/>

Références :

- 1 Décret 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux, Décret 2011-2115 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des chirurgiens-dentistes, Décret 2011-2116 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des médecins, Décret 2011-2117 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des sages-femmes, Décret 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des pharmaciens.
- 2 Décret 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du code de déontologie médicale.
- 3 Mc Glynn E. et coll. (RAND Institute). *NEJM* 2003, 348 : 2635-45
- 4 IOM : *To err is human*, 1999, consensus report : <http://www.iom.edu/>
- 5 Neily J. et coll. *JAMA* 2010, 304 : 1693-1700.
- 6 Graham, I. D. et coll. (Canadian Institute of Health Research, Ottawa) *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 2006, 26 : 13-24.

LA PLACE DE L'ENSEIGNEMENT FONDÉ SUR DES PREUVES À L'UNIVERSITÉ : ENQUÊTE AUPRÈS DES DOYENS SUR LA LECTURE CRITIQUE D'ARTICLE

Jean-Louis SIXOU

*Professeur d'Odontologie pédiatrique
UFR d'Odontologie - Université de Rennes 1*



Introduction

Je vais présenter les résultats d'une étude que le Professeur Richard Oliver (de l'Université de Cardiff) et moi-même avons menée sur la place de l'enseignement fondé sur des preuves dans nos systèmes éducatifs respectifs, au Royaume-Uni et en France. Nous nous sommes intéressés uniquement à l'enseignement proposé aux étudiants en formation initiale (undergraduate).

L'enseignement destiné à former nos étudiants doit être, lui aussi, fondé sur des preuves. Notre étude a ciblé l'ana-

lyse critique d'articles, ainsi que la synthèse d'articles scientifiques. Je ne reviendrai toutefois que sur les résultats ayant trait à l'analyse critique d'articles.

Contexte au Royaume-Uni et en France

Au Royaume-Uni, la formation dure cinq ans, excepté dans trois facultés où elle dure quatre ans (car bénéficiant à des étudiants déjà titulaires d'une licence ou d'un master). En France, la formation dure six ans, avec

une première année dédiée au passage d'un concours. Depuis 2010 une réforme a été mise en place, qui ne touche pour l'instant que les trois premières années de formation. En 2011, une réforme de l'internat a également été mise en place.

En France, un concours commun à toutes les disciplines de santé est organisé au bout de la première année. Une formation commune intervient ensuite entre la deuxième et la cinquième année. Le choix est ensuite donné aux étudiants entre une sixième année et un concours permettant de réaliser un internat en trois ans (conduisant à des spécialités). La rédaction d'une thèse (de bibliographie dans la plupart des cas) est finalement requise. En parallèle, les étudiants ont la possibilité de réaliser des masters de science ou de science médicale. C'est souvent durant les masters ou durant la préparation de thèse que l'enseignement fondé sur des preuves intervient.

En France, le cursus est défini par décret. Le même programme est donc enseigné dans les 16 UFR, ce qui est peu compréhensible pour la plupart des autres pays dans le monde. Le nouveau cursus, instauré depuis 2010, intègre des cours sur la méthodologie universitaire, l'analyse de données et les biostatistiques en années 2 ou 3. Dans deux ans (année universitaire 2014-2015), la réforme de la cinquième année devrait y introduire 20 heures d'enseignement consacrés à la recherche clinique et à l'analyse critique d'articles scientifiques. Depuis 2011, le concours d'entrée en internat inclut une épreuve d'analyse critique d'articles scientifiques. Compte tenu des doutes concernant le niveau en anglais des étudiants, les articles du concours demeurent toutefois, pour l'instant, traduits en français.

Au Royaume-Uni, on dénombre également 16 facultés. Ce qui a facilité la comparaison des résultats.

Matériels et Méthodes

Un questionnaire a été adressé par courrier électronique aux doyens des facultés de France et du Royaume-Uni. Les différences entre les deux systèmes ont été prises en compte.

Quatre questions appelant des réponses libres ont tout d'abord été adressées à chacun des doyens :

- Utilisez-vous l'enseignement fondé sur des preuves ?
- Comment l'utilisez-vous ?
- Pourquoi cet enseignement est-il, à vos yeux, important ou utile ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?

Un tableau était ensuite à compléter avec notamment les informations suivantes :

- En quelle année l'enseignement fondé sur des preuves est-il introduit ?
- Est-il poursuivi les années suivantes ?
- Est-il obligatoire ou optionnel ?
- Quelles sont les disciplines qui l'utilisent ou l'enseignent ?
- L'enseignement est-il dispensé sous forme de cours magistraux ou de travaux dirigés ?
- Combien d'heures y sont consacrées ?
- Une évaluation est-elle menée ?
- L'est-elle par contrôle continu, par un examen terminal et/ou par d'autres biais ?

Résultats

Le même taux de réponse a été obtenu en France et au Royaume-Uni. Trois doyens de chaque pays n'ont pas répondu.

Tous les répondants ont déclaré utiliser l'enseignement fondé sur des preuves, mais de façons différentes.

En France, l'enseignement fondé sur des preuves était intéressant à utiliser, car il : permet une pratique fondée sur des preuves ; permet une homogénéité entre la pratique et l'enseignement ; ouvre l'esprit des étudiants à l'analyse critique ; aide les étudiants à préparer leur thèse ; aide les futurs praticiens à s'engager dans une démarche de formation continue ; prépare aussi les futurs enseignants.

Parmi les difficultés rencontrées, ont été cités : l'absence d'articles de qualité suffisante dans certaines disciplines, l'inadaptation vis-à-vis du système social français ne serait-ce qu'au niveau des remboursements (dans le cas du MTA pour les pulpotomies sur dents temporaires en odontologie pédiatrique par exemple, qui est le meilleur matériau, le coût du produit correspond au remboursement et donc en l'utilisant on travaille à perte), le manque d'enseignants, le manque de temps (y compris avec un nombre d'enseignants suffisant), le manque de motivation des étudiants et enseignants et le niveau en anglais parfois faible des étudiants. Certains doyens ont également eu le courage de reconnaître que leurs enseignants ne disposaient pas des connaissances requises pour proposer ce type d'enseignement. Moi-même, il a fallu que j'aie effectué un Phd au Canada pour bénéficier d'une formation à l'analyse critique d'articles. Je n'avais pas reçu cet enseignement au cours de ma formation.

En ce qui concerne le mode d'enseignement, les travaux dirigés sont apparus être utilisés par toutes les facultés. Deux-tiers des facultés ont indiqué y associer des cours magistraux.

En France, aucune place n'est laissée à l'analyse critique d'articles durant la première année – celle-ci ayant pour finalité le passage du concours, avec pour conséquence de réduire de deux-tiers le nombre des étudiants. En deuxième et troisième année, neuf facultés débute un enseignement fondé sur des preuves ; une seule faculté propose cet enseignement à la fois en deuxième et en troisième année. L'enseignement n'est obligatoire qu'une fois sur trois en troisième année. Peu de facultés proposent cet enseignement en quatrième année. En cinquième et sixième année, l'enseignement fondé sur les preuves devient plus fréquent, avec neuf facultés le mettant en œuvre en cinquième année dont quatre avec un caractère obligatoire, 7 en sixième année avec un caractère obligatoire dans un seul cas – Ceci en vue notamment de préparer les étudiants au concours d'internat ou à la rédaction de leur thèse.

Si l'on ne tient pas compte de la première année en France en considérant que les études d'odontologie commencent en deuxième année et que l'on apparie la deuxième année en France avec la première année au Royaume-Uni, la répartition des formations s'est avérée relativement comparable en France et au Royaume-Uni. Au Royaume-Uni, l'enseignement demeure toutefois essentiellement concentré en début de cursus. Il n'est pas poursuivi en fin d'études contrairement à ce qui se passe en France. Le caractère optionnel est aussi fréquemment retenu en France qu'au Royaume-Uni.

En France, l'analyse critique d'articles est apparue être enseignée davantage en santé publique et en biologie. Une seule faculté est apparue impliquer toutes les disciplines dans l'enseignement. Au Royaume-Uni, de manière relativement étonnante, l'enseignement est apparu être plus largement dispensé en biologie qu'en santé publique. Sept facultés sont apparues impliquer toutes les disciplines dans l'enseignement.

En France, l'évaluation est apparue passer par tous les moyens possibles : contrôle continu, examen final, concours d'internat (en tant que validation de l'enseignement optionnel), passage de thèse (en tant que résultat de l'enseignement). Au Royaume-Uni, l'évaluation est apparue passer par le contrôle continu et l'examen final.

Questionnés sur l'adhésion et la capacité des étudiants et des enseignants, les doyens français et britanniques ont exprimé des points de vue différents. Les doyens

français ont fait état d'une bonne adhésion des étudiants mais d'une faible motivation des enseignants. Les doyens britanniques ont fait état d'une forte motivation des enseignants et d'une adhésion relative des étudiants. Six doyens français sur treize ont estimé que leurs enseignants n'avaient pas la capacité de mener à bien cet enseignement de manière satisfaisante. Dix doyens britanniques sur treize ont estimé que leurs enseignants avaient de bonnes ou très bonnes capacités pour cela.

En France, la plupart des doyens ont estimé qu'une importance insuffisante était accordée à l'enseignement par des preuves. Au Royaume-Uni, l'inverse a été constaté.

Au Royaume-Uni, les doyens étaient interrogés sur la capacité globale des étudiants. En France, la question portait sur la capacité des étudiants français à lire des articles en anglais – les meilleurs articles scientifiques étant rédigés en anglais. Une forte hétérogénéité entre les étudiants français a été rapportée. Certains sont totalement incapables de comprendre le sens d'un texte rédigé en anglais ; d'autres sont tout à fait capables de le faire.

De manière générale, certaines réponses au questionnaire n'étaient pas nécessairement très claires. Côté français, certaines réponses pouvaient s'appliquer à l'internat ou à la thèse. L'importance réelle du nouveau cursus et l'influence réelle du nouvel internat n'étaient pas non plus connues. Quoi qu'il en soit, toutes les facultés sont apparues inclure l'enseignement fondé sur des preuves à un moment ou à un autre. Les capacités et l'adhésion sont apparues relativement hétérogènes.

Côté britannique, il a été fait mention d'une preuve souvent faible pour la dentisterie de routine. Son application a parfois été présentée comme un défi. Les trois facultés dont le cursus n'est qu'en quatre ans, du fait de l'intégration d'étudiants déjà formés à des études scientifiques, ont semblé avoir plus de facilités à mettre en œuvre l'enseignement fondé sur des preuves.

Conclusion

L'enseignement fondé sur des preuves est apparu être présent dans toutes les facultés, en France comme au Royaume-Uni, avec des utilisations variables. Des manques ont été exprimés en termes de preuves, d'enseignants, de motivation et de capacités. Les principales différences entre la France et le Royaume-Uni sont apparues liées au cursus et à la sélection des étudiants, au moment de l'introduction de l'enseignement, ainsi qu'aux méthodes et moyens d'évaluation.

LE RESPECT DES BONNES PRATIQUES EST-IL SUFFISANT POUR GARANTIR LA QUALITÉ DES TRAITEMENTS ENDODONTIQUES ?



Pierre-Yves COUSSON

*Assistant hospitalo-universitaire – Laboratoire CROC (EA4847)
U.F.R d'Odontologie – Université d'Auvergne*

En 2008, la HAS a publié des recommandations concernant les procédures caractérisant le déroulement d'un traitement endodontique. Ces procédures rassemblaient: la réalisation d'une radio pré-opératoire, la pose du champ

opératoire, la détermination radiologique des longueurs de travail, l'irrigation et la mise en forme canalaire ayant pour but de désinfecter les canaux, la réalisation de l'obturation et la réalisation d'une radio post-opératoire pour valider la qualité technique du résultat.

La radiologie post-opératoire permet d'évaluer la qualité technique immédiate du traitement. Si aucune recommandation ferme n'a été édictée concernant cette qualité, on retrouve dans la littérature un certain nombre de constantes. Les études montrent qu'une obturation canalaire, pour être jugée correcte, doit se terminer dans les deux millimètres apicaux, être dense et avoir permis d'obturer tout le réseau canalaire.

Le développement professionnel continu et l'évaluation des pratiques professionnelles ont été introduits par la loi HPST en 2009. En 2011, le décret d'application de la loi pour les chirurgiens-dentistes a été publié. Son premier article est relatif à la nécessité pour les chirurgiens-dentistes d'évaluer leurs pratiques. L'évaluation des pratiques est d'autant plus intéressante qu'au sein des services hospitaliers, la majorité des actes sont réalisés par des étudiants en formation, sous la supervision d'enseignants. De plus, au regard de la littérature, on constate que la qualité technique des traitements endodontiques réalisés par les étudiants est relativement faible, puisqu'elle varie de 13 à 33 % par dent.

Dans les faits, les pratiques professionnelles sont respectées. La qualité des traitements pose néanmoins question, avec en point de mire un autre questionnaire sur les axes d'amélioration. C'est dans ce contexte qu'une étude a été engagée pour évaluer la proportion de traitements endodontiques répondant aux critères radiologiques de qualité lorsqu'ils étaient réalisés par des étudiants. L'idée était également de s'interroger sur les facteurs explicatifs des éventuels écarts avec

les attentes, ainsi que sur les pistes envisageables pour réduire ces mêmes écarts.

Une étude a été menée durant l'année 2010-2011 dans le service d'Odontologie de Clermont-Ferrand avec recueil systématique des radiographies post-opératoires de tous les traitements endodontiques ayant été réalisés par les étudiants. L'évaluation de la qualité radiologique du traitement a été effectuée par un évaluateur calibré. Le traitement endodontique pour être jugé satisfaisant devait répondre aux critères suivants : Longueur de l'obturation se terminant dans les deux derniers millimètres apicaux, ensemble du Système canalaire traité, densité de l'obturation. Un critère qualitatif LSD a ainsi été constitué, caractérisant le pourcentage de traitements endodontiques satisfaisant simultanément les trois critères. D'autre part, le déroulement clinique a été décrit pour chaque traitement en utilisant une fiche remplie en post-opératoire par l'étudiant et son encadrant. Le mode de détermination des longueurs de travail, la quantité d'irrigation utilisée, la technique d'obturation utilisée, le nombre de séances nécessaires à la réalisation du traitement ont été recueillis. L'évaluation de la difficulté a été appréciée en utilisant une grille établie par l'American Association of Endodontics (AAE). Trois domaines sont évalués : les informations liées au patient, les informations purement dentaires et les considérations additionnelles. Cette fiche permet de définir un niveau de difficulté pour chaque dent.

Ainsi 822 traitements ont pu être évalués sur les 963 réalisés durant l'année 2010-2011. Le nombre d'incisives et canines traitées était de 236, pour 296 prémolaires et 312 molaires – cette distribution n'étant pas fonction de l'année d'étude. L'obturation se terminait dans les deux derniers millimètres apicaux pour 64,7 % des traitements, 26 % des traitements sont apparus trop courts et 9 % trop longs. 94 % étaient denses et 95 % présentaient l'ensemble du système canalaire obturé. 61,4 % des traitements répondaient aux critères de qualité et ne dépendaient pas de l'expérience de l'étudiant. Pour identifier les facteurs pouvant influencer sur la qualité du traitement, une régression logistique a été réalisée en prenant comme facteur indépendant les items

de la grille de difficulté. Le premier facteur identifié a été l'aspect radiologique du canal. Lorsqu'à la lecture de la radio préopératoire, le canal était radiologiquement visible, statistiquement les traitements étaient de meilleure qualité qu'en présence d'un canal calcifié ($p < 0,001$). Le même constat a été fait pour la morphologie canalinaire ($p < 0,001$). En présence d'un canal courbe, la qualité du traitement était relativement moins bonne qu'en présence d'un canal rectiligne. Le type de dent influait statistiquement sur la qualité du traitement, les molaires ayant présenté les plus mauvaises statistiques ($p < 0,01$). Enfin, le nombre de séance est apparu avoir un impact. Au-delà de deux séances, les traitements étaient de moins bonne qualité ($p < 0,05$).

Cette étude a permis de mettre en évidence que d'autres facteurs que le respect des procédures influençaient le résultat des traitements. Des facteurs propres à la dent ont notamment été identifiés. L'étude se poursuit aujourd'hui. Il serait intéressant de réaliser des études multicentriques dans d'autres universités, voire dans

des cabinets libéraux. L'enjeu serait de déterminer dans quelle mesure les recommandations de bonne pratique nécessiteraient de tenir compte des difficultés identifiées. La qualité du traitement n'étant pas nécessairement prédictive du succès à long terme d'un traitement endodontique, il conviendrait par ailleurs de mettre en place un suivi systématique des traitements après un an.

Au sein du service d'Odontologie de Clermont-Ferrand, certaines modifications vont être prises comme l'évaluation préopératoire de la difficulté des traitements, la mise en place d'une instrumentation mécanisée des traitements dès la quatrième année et un suivi systématique des traitements.

L'étude a également permis d'inscrire les étudiants dans une démarche d'évaluation, dès la quatrième année. Elle devrait leur permettre une réflexion sur leur pratique de soins et de mieux apprécier les situations au cas par cas, en fonction de la difficulté des dents.

DÉBAT

De la salle

Vous avez parlé de modes de recrutement différents des étudiants en odontologie en France et au Royaume-Uni. Comment cela se passe-t-il au Royaume-Uni ? Y a-t-il un concours ?

Jean-Louis SIXOU

Je ne suis pas nécessairement le mieux placé pour parler du mode de sélection au Royaume-Uni des étudiants en odontologie. Il convient cependant de noter que le concours français est un cas quasi-unique.

Kenneth EATON

Président de l'association européenne de santé publique dentaire

Le système de concours français n'est pas unique en réalité. D'autres pays européens ont un système similaire d'examen discriminant. Il s'agit d'un de mes domaines de recherche depuis des années. Au Royaume-Uni, la sélection dépend des résultats à l'équivalent britannique du baccalauréat que nous appelons l'advanced level general certificate of education. Les postulants ont ensuite à passer un entretien. Dans certaines facultés, des tests ayant trait à la capacité à communiquer sont également requis.

Environ un postulant sur douze est aujourd'hui accepté en dentisterie au Royaume-Uni. Le ratio est le même pour l'entrée en médecine. La sélection est donc très rigoureuse, sans qu'un examen spécifique soit requis.

Durant les six dernières années, nous avons également créé trois nouvelles écoles dentaires. L'accès à celles-ci est uniquement ouvert à des étudiants déjà diplômés. Certains des étudiants admis sont titulaires d'un master ; d'autres sont titulaires d'un Phd. Ils sont généralement diplômés dans des disciplines biomédicales telles que la biochimie, les soins infirmiers ou la physiothérapie.

Jean-Louis SIXOU

Pour information la première école dentaire privée française devrait ouvrir ses portes très prochainement à Toulon, sous l'égide de la faculté portugaise de Porto. Le coût de l'inscription serait de 9 500 euros par an.

Stéphanie TUBERT-JEANNIN

Dans la présentation d'Evlynn Gilvarry, il était précisé que le General Dental Council avait la possibilité d'exercer une sorte de contrôle sur la formation des chirurgiens-dentistes dans les facultés dentaires.

Kenneth EATON

Le General Dental Council ne supervise pas la formation des étudiants en dentisterie au niveau individuel. Tous les cinq ans, des visites de plusieurs jours sont néanmoins organisées dans les écoles dentaires. Si le General Dental Council considère qu'un des aspects de la formation n'est pas conforme aux standards, il peut adresser une recommandation au doyen, l'invitant à respecter les standards dans un délai d'un ou deux ans. Les standards doivent ainsi être atteints lors de l'inspection suivante. Cet exercice est public et tous les rapports en sont publiés sur le site du GDC. La démarche est donc extrêmement transparente.

De la salle

La mise en place du DPC auprès des praticiens libéraux correspondra-t-elle à un temps médical valorisé ? Comment cette démarche sera-t-elle prise en compte dans la rémunération des praticiens libéraux ?

Bruno BALLY

Les compétences de la HAS ont été réduites à la fourniture d'outils pour développer les programmes de DPC. Je n'ai donc pas de réponse à cette question. Il conviendrait de solliciter les organisations professionnelles ou le ministère.

Au sein de la HAS, les méthodes que nous cherchons à développer ont vocation à être, le plus possible, intégrables à la pratique des professionnels. L'enjeu serait de généraliser une démarche signe-diagnostic-traitement-évaluation. La HAS a ainsi la volonté forte de ne pas créer de dispositifs supplémentaires. Il appartiendra aux organisations professionnelles de se saisir des outils qui leur seront proposés, pour définir un cadre de formation et de prise en charge.

Nos collègues anglais ont fait référence à un nombre d'heures de formation. Nous ne nous inscrivons pas dans cette logique. L'objectif serait d'intégrer un temps de formation et d'analyse des pratiques. Nous nous garderons cependant de le quantifier. Tel n'est pas le rôle de la HAS.

Paul BATCHELOR

Faculté de l'Omni-pratique dentaire - Londres

Quelles données pourraient être utilisées pour identifier les domaines dans lesquels un dentiste est insuffisamment performant ? Dans quelle mesure la formation pourrait-elle être orientée vers ces domaines, en opposition avec une approche plus générale ?

Bruno BALLY

La démarche portée depuis l'origine à travers l'évaluation des pratiques et maintenant le DPC n'est pas une démarche de revalidation ou de recertification des professionnels. Il ne s'agit pas d'un examen auxquels sont soumis les praticiens. L'objectif est de développer un apprentissage par la pratique, notamment à travers la communication entre les praticiens. Il ne s'agit pas d'une démarche normative ou sommative mais d'une démarche formative.

A l'avenir, peut-être qu'une logique de recertification sera privilégiée. Pour l'heure, ce n'est pas le cas. L'objectif ne saurait donc être d'identifier des professionnels sous-performants.

Des indicateurs de suivi des pratiques sont par ailleurs développés par les sociétés savantes et le ministère. Le site platine du ministère propose ainsi des indicateurs de qualité des soins, demandés aux établissements de santé. Il s'agit toutefois d'une démarche distincte de celle du DPC. A l'inverse du CPD au Royaume-Uni, le DPC ne s'inscrit pas dans une logique de recertification.

Stéphanie TUBERT-JEANNIN

J'ai été frappée par les chiffres de la littérature concernant le taux de réussite des traitements endodontiques.

Pierre-Yves COUSSON

Ces chiffres sont issus d'études pour la plupart rétrospectives. Quelques années en arrière, les procédures n'étaient pas tout à fait les mêmes. Par ailleurs, ces chiffres concernent principalement des interventions manuelles et non mécanisées. La prise en compte de la mécanisation augmenterait certainement la qualité des traitements. Ces études évoquent également comme facteurs explicatifs le manque d'entraînement préclinique des étudiants et le nombre insuffisant d'interventions réalisées en clinique. Une des pistes proposée serait donc d'augmenter le volume horaire préclinique. Une autre piste serait de faire en sorte qu'en clinique, les étudiants ne soient encadrés, pour les traitements endodontiques, que par des endodontistes.

Stéphanie TUBERT-JEANNIN

Dispose-t-on de chiffres concernant les résultats des traitements pratiqués par des praticiens diplômés ?

Pierre-Yves COUSSON

Pour les spécialistes, le taux de réussite des traitements excède 90 %. Pour les traitements au quotidien, peu d'informations sont disponibles. Une étude rétrospective a été réalisée à Paris par Yves Boucher, sur une population de patients se présentant aux urgences. L'objet de l'étude était d'évaluer la qualité des traitements et l'état de santé péri-apical des patients. Ce n'était donc pas la même démarche

De la salle

Dans les recommandations pour les traitements endodontiques, plusieurs critères sont retenus. Il n'est cependant pas fait mention de la technique d'alésage en elle-même (rotation continue ou manuelle).

Pierre-Yves COUSSON

Le rapport de 2008 de la HAS évoque la technique d'alésage, sans trancher la question. Le rapport souligne qu'une instrumentation NiTi peut être plus souple et permettre de mieux négocier les courbures. Un certain nombre d'articles sont cités. Mais ce sont entre autres des études in vitro.

De la salle

On ne peut toutefois prendre cela pour argent comptant.

Pierre-Yves COUSSON

Non. Ceci constitue juste une piste.

De la salle

Quand serait-il le plus judicieux d'initier les étudiants à la lecture critique d'articles ? Une différence claire dans ce domaine a été démontrée entre la France et le Royaume-Uni.

Jean-Louis SIXOU

Tout dépend des objectifs poursuivis. Si l'objectif est d'ouvrir l'esprit des étudiants, il est certain qu'il vaut mieux débiter l'enseignement le plus tôt possible, tant que les étudiants sont encore ouverts à l'enseignement théorique. A partir du moment où les étudiants entrent en clinique, ils ont tendance à ne plus se souvenir que de ce qu'ils ont appris en travaux pratiques et des quelques cours s'y rapportant. Les étudiants cherchent alors des recettes et non plus une réflexion. C'est donc en amont que les étudiants peuvent apprendre une méthode. En cinquième ou sixième années, dans le cadre de la préparation d'un internat ou d'une

thèse, l'enseignement peut ensuite constituer un rappel. Un rappel étant toujours plus efficace qu'une première introduction, une bonne approche pourrait être de procéder en deux temps.

Dominique BRACHET

CNSD

Je souhaiterais revenir sur le sujet de la mise en œuvre des recommandations. Une recommandation, lorsqu'elle est publiée, contient un certain nombre d'items à mettre en œuvre. On peut alors s'interroger sur la capacité des praticiens à mettre en œuvre tous les items d'un seul coup. Ne faudrait-il pas imaginer des niveaux d'accès au contenu des recommandations, de façon à ce que chaque praticien puisse progresser en partant du niveau auquel il se situe ? L'objectif serait ainsi de faire progresser tous les praticiens, sans nécessairement viser le plus haut niveau pour tous (correspondant aux techniques et aux matériels les plus élaborés). L'évaluation des pratiques professionnelles serait intéressante à ce niveau, pour faire progresser tous les praticiens à partir de leur niveau actuel, c'est-à-dire à partir de leur niveau au moment de l'engagement du DPC.

Jean-Louis SIXOU

C'est déjà fait. L'AFSSAPS, par exemple, propose une version résumée de ses recommandations. Les dernières recommandations en matière d'antibiothérapie se composent ainsi d'une version résumée et d'une version détaillée. Sur le fluor, une version résumée a également été proposée pour accompagner la version détaillée – cette dernière précisant jusqu'au mode d'action du fluor. Le résultat était, me semble-t-il, assez lisible.

Il est cependant difficile d'adapter ce principe à certains types de recommandations. Dans certains domaines, il est parfois plus difficile de proposer une première approche en une page.

Dominique BRACHET

Dans le domaine de l'endodontie, par exemple, une première recommandation pourrait porter sur la pose de la digue. Une seconde recommandation pourrait ensuite porter sur l'ouverture des chambres. Une troisième recommandation pourrait porter sur le mécanisé, et ainsi de suite. Le risque serait que le professionnel découvrant une recommandation lui faisant craindre un écart trop difficile à combler par rapport à sa pratique quotidienne soit

découragé. Le Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire se donne pour objectif de faire en sorte que ses recommandations validées par la HAS soient accessibles à tous les professionnels et soient susceptibles d'être réellement mises en œuvre.

Jean-Louis SIXOU

Je comprends qu'il puisse y avoir une progression dans sa pratique. Cependant les universités fournissent un enseignement qui ne devrait pas être perdu par les praticiens, notamment pour ce qui est de la pose de la digue. On ressent un affranchissement des critères académiques au moment où le praticien sort de l'Université. Effectivement l'utilisation du microscope est peu enseignée en France et a un coût, mais quelle pourrait être la justification de certains praticiens pour ne pas utiliser la digue ? La formation continue permet ensuite de progresser, vers les techniques les plus élaborées notamment.

Dominique BRACHET

Dans le cadre de la formation continue, davantage de travaux pratiques sur la mise en place de la digue nécessiteraient peut-être d'être organisés. L'offre de formation est aujourd'hui très élitiste et ne revient peut-être pas suffisamment sur les fondamentaux, au niveau à partir duquel les professionnels ont besoin de progresser.

Michèle MULLER-BOLLA

Il me semble que l'on s'éloigne du sujet des recommandations. Les recommandations de bonne pratique ont pour objet de donner des conseils par rapport à des niveaux de preuve. Si vous commencez à dire la première année on fait la pose de la digue, la deuxième année l'instrumentation mécanisée vous introduisez une hiérarchisation à l'intérieur de la recommandation et vous sortez complètement de la définition des recommandations de bonne pratique. Vous mélangez formation continue et recommandations de bonne pratique. La prise en charge particulière dans le cadre de la formation continue relève davantage de la responsabilité des organisations professionnelles.

Dominique BRACHET

Le DPC est cependant fondé sur l'évaluation des pratiques professionnelles, qui elle-même repose sur les recommandations de bonne pratique. Le problème est là.

Stéphanie TUBERT-JEANNIN

En l'absence de contraintes formelles, l'enjeu serait d'accompagner la démarche individuelle des praticiens.

Jean-Louis SIXOU

Le nombre de séminaires consacrés à l'implantologie pose la question de la structuration des offres de formation par rapport au marché. Une journée sur le handicap risque de ne pas rencontrer un franc succès. Une journée sur l'implantologie est plus susceptible de mobiliser un grand nombre de participants. Une journée sur la pose de la digue ne serait peut-être pas susceptible d'être reconduite plusieurs fois. Le problème est ici que le marché pour la pose de la digue est malheureusement faible. Ce problème est en partie lié aux praticiens, ce qui pose la question de notre capacité à les motiver. Est-ce par le biais des recommandations que nous y parviendrons ? Je ne saurais répondre à cette question.

PRIX FRANÇOISE ROTH



Frédéric COURSON

En tant que président de l'ASPBD je vais remettre à un jeune chercheur de l'Université de Toulouse le prix Françoise ROTH, prix étudiant de santé publique dentaire, pour l'année 2012.

Ce prix, sponsorisé par la Société Henry Schein France, représentée aujourd'hui par Mr Jean-Charles TOMEIO, récompense une étude ou une action de santé publique réalisée dans le cadre de la formation initiale ayant fait l'objet d'un mémoire de stage, un mémoire de master ou une thèse d'exercice. Cette année, un jury scientifique, composé d'Universitaires de Santé publique, sous la présidence des deux présidents scientifiques de la journée, a été chargé d'évaluer les mémoires et d'attribuer le prix. Le travail récompensé, à la quasi-unanimité, réalisé par Paul MONSARRAT pour sa thèse d'exercice, porte sur la relation entre parodontite et polyarthrite rhumatoïde.

Paul MONSARRAT

Je remercie le jury de m'avoir fait l'honneur de m'attribuer le Prix. Je voudrais également remercier le Dr Jean-Noël VERGNES qui a codirigé cette thèse.

Ce travail est un travail d'équipe du laboratoire dirigé par le Professeur Michel SIXOU à la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse qui effectue des recherches sur les relations entre parodontite et maladies générales. La littérature scientifique met en avant une association dans le cas du Diabète, des maladies cardio-vasculaires, des bronchopneumopathies chroniques obstructives. Plus récemment une association avec la polyarthrite rhumatoïde a été mise en évidence.

Nous nous sommes intéressés à la question pour des arguments épidémiologiques et biologiques. Les personnes atteintes de polyarthrite rhumatoïde ont plus de risques de présenter une parodontite que les personnes non-atteintes. D'un point de vue biologique *Porphyromonas gingivalis*, bactérie parodontopathogène, est la seule bactérie possédant une enzyme spécifique capable de modifier in situ dans le corps humain les protéines de l'hôte et contribuer au pool d'anticorps responsable de la polyarthrite rhumatoïde. Celle-ci est une maladie auto-immune à composante inflammatoire et sa physiopathologie ressemble à celle de la parodontite.

En premier lieu nous avons étudié la prévalence de la parodontite chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde reçus au CHU de Toulouse. Nous avons trouvé que 96% à 100% des patients présentaient une parodontite selon la définition retenue. Il existait un grand besoin de soins bucco-dentaires, entre autres de soins prothétiques.

Nous avons voulu aller, alors, plus loin dans la démarche. S'il avait déjà été montré une association significative entre parodontite et polyarthrite rhumatoïde, il n'avait pas été démontré une relation causale. Nous avons mis en place un essai clinique randomisé pour évaluer l'effet du traitement parodontal sur les manifestations cliniques de la polyarthrite rhumatoïde. Nous avons obtenu un financement pour un projet hospitalier de recherche clinique interrégional d'étude bi centrique, Toulouse/Bordeaux, sur 40 patients. Nous sommes en cours de recrutement.

Nous avons également entrepris une revue de littérature systématique Cochrane sur le sujet. Le protocole a été publié en septembre.

POSTERS

ACTION NABUCCOD DE PRÉVENTION DE LA DÉNUTRITION DANS 135 EHPAD EN AQUITAINE : VOLET « SENSIBILISATION DES PERSONNELS À LA PRÉVENTION BUCCODENTAIRE »

P POISSON, P BARBERGER-GATEAU, A TULON, S CAMPOS, F GEORGES, F MAGNES, N MAUBOURGUET, V DUPUIS, I BOURDEL-MARCHASSON

Mutualité Sociale Agricole de la Dordogne - Université Bordeaux Segalen - C.H.U de Bordeaux

Contexte

En 2005, près de 20 % des personnes âgées résidant dans un établissement aquitain présentaient un état de dénutrition, et près de 40% étaient identifiées à risque de malnutrition. Un des facteurs de risque de dénutrition est l'altération de l'état bucco-dentaire et près de 90 % des personnes âgées en court séjour avaient des besoins en soins bucco-dentaires. Des carences dans l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires ont aussi été mises en évidence pour les résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Objectifs

Evaluer l'impact d'une formation réalisée auprès des professionnels des EHPAD afin d'améliorer la prise en charge bucco-dentaire des résidents et prévenir la dénutrition.

Matériels et méthodes

Une formation (2 sessions par département) a été organisée incluant des notions concernant le dépistage, la prise en charge de la dénutrition, les procédures d'hygiène bucco-dentaire et les signes d'alerte.

La population visée incluait des directeurs d'EHPAD, des médecins coordonnateurs, des IDE coordonnateurs, des aides-soignants et des diététiciens.

L'impact de la formation a été apprécié en évaluant avant et après la formation, l'activité des professionnels.

Les données ont été saisies sur un site Internet (CREDIM) par le personnel des EHPAD et traitées avec le logiciel SAS.

Résultats du volet buccodentaire

Sur les 135 EHPAD participant en Aquitaine, 84 (62,2 %) ont répondu au questionnaire avant formation et 42 (31,1 %) aux deux questionnaires.

Le pourcentage de dossiers de résidents mentionnant la réalisation d'un examen bucco-dentaire a significativement augmenté passant de 38,5 % (124/322 dossiers) avant formation à 48,5 % (157/324 dossiers) après formation ($p=0,011$). Les principaux examinateurs retrouvés sont les infirmiers, les aides-soignants et les médecins coordonnateurs. Les renseignements inscrits dans les dossiers sont significativement plus nombreux après formation excepté pour le port de prothèse mobile qui était déjà très bien mentionné au départ. La présence de dents manquantes au maxillaire et à la mandibule est beaucoup plus fréquemment mentionnée après la formation ($p\leq 0,001$). La présence d'une hyposialie inscrite dans seulement 48 % des dossiers avant formation, l'est ensuite dans 79 % des cas. De même, le nombre de dossiers spécifiant la présence d'une candidose buccale ($p=0,008$) ou le niveau d'hygiène bucco-dentaire ($p=0,012$) a fortement augmenté après la formation.

Conclusion

La formation a permis une meilleure identification par les professionnels des EHPAD des facteurs bucco-dentaires de dénutrition.

COMPARAISON DES CAPACITÉS DISCRIMINANTES DE L'OHIP-14 ET DU GOHAI POUR MESURER LA SANTÉ ORALE DES PERSONNES ÂGÉES AU LIBAN

N EL OSTA, S TUBERT-JEANNIN, M HENNEQUIN, N BOU ABBOD NAAMAN, L EL OSTA, N GEAHCHAN

Université Saint-Joseph, Liban - Université d'Auvergne

Contexte

La nutrition et la santé générale des personnes âgées peuvent être fortement influencées par la santé bucco-dentaire et ce notamment dans les pays ne disposant pas d'un système public de couverture sociale. Il convient donc de valider des indicateurs susceptibles de mesurer la santé bucco-dentaire en lien avec les capacités nutritionnelles.

Objectifs

Le but de cette étude était donc de comparer les capacités discriminantes de l'OHIP-14 et du GOHAI chez les personnes âgées au Liban afin d'identifier les personnes présentant une fonction masticatoire altérée.

Matériels et méthodes

Un échantillon de convenance de personnes, âgées de 65 ans et plus et non institutionnalisées, a été sélectionné dans un dispensaire et un cabinet médical de Beyrouth. Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un entretien personnel et d'un examen clinique. Les versions Arabes de l'OHIP-14 et du GOHAI ont été utilisées après une adaptation culturelle pour une utilisation au Liban. La cohérence interne, la reproductibilité et la validité concurrente ont été vérifiées. Afin de tester les capacités discriminantes, les scores de l'OHIP-14 et du GOHAI ont été dichotomisés en utilisant le quartile. Des régressions logistiques ont été effectuées par la suite en prenant comme variables explicatives les paramètres sociodémographiques, cliniques et de perception de la santé orale.

Résultats

Deux cent six participants ont été inclus dans l'étude ; l'âge moyen était de 72 ans (± 6.35) avec 60 % de femmes. Les propriétés psychométriques des deux questionnaires ont été évaluées indiquant une cohérence interne (Cronbach's alpha $> 0,88$), une reproductibilité (ICC $> 0,86$) et une validité concurrente satisfaisantes. De fortes corrélations ont été observées entre les scores du GOHAI et de l'OHIP-14 même si un nombre plus élevé de sujets présentait un score nul en utilisant l'OHIP-14.

Chacun des deux questionnaires a été capable de discriminer les participants selon l'âge, la perception de douleur au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire ou selon le nombre d'unités fonctionnelles dentaires (UF). Toutefois, le GOHAI présentait une meilleure capacité discriminante, du fait de son aptitude à identifier les participants présentant d'importants besoins en soins dentaires : $CD > 7$, nombre de dents naturelles < 21 , situation sociale défavorable.

Conclusion

Ces résultats peuvent nous orienter dans le choix des indicateurs de santé orale à utiliser lors d'études épidémiologiques nationales. Cette enquête libanaise montre que les personnes âgées ayant d'importants besoins en soins dentaires ont été identifiées plus facilement par le GOHAI. Le nombre d'UF s'est aussi avéré être un bon indicateur de la fonction orale.

ELABORATION D'UN PROTOCOLE D'ENTRETIEN DES UNITS ET FAUTEUILS DENTAIRES (ADEC® ET PLANMECA®) POUR UNE PRATIQUE PLUS SÉCURISÉE

D OFFNER, L BIGEARD, A BERTRAND, A-M MUSSET

Université de Strasbourg

Contexte

L'eau est un adjuvant nécessaire à l'activité médico-chirurgicale bucco-dentaire. Elle est devenue indispensable, eu égard à ses nombreux avantages, mais présente aussi un risque infectieux.

Matériels et méthodes

L'ouverture du nouveau Centre de Soins Dentaires des

Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) a constitué le cadre idéal, après mise en évidence par prélèvements d'un problème lié à des micro-organismes présents dans l'eau circulant dans les unités, de la mise en place d'une politique de prévention du risque infectieux qui y est lié, et ce par l'élaboration d'un protocole d'entretien des unités et des fauteuils dentaires efficace, rigoureux et détaillé, et de son

évaluation permise à la fois par la feuille de traçabilité qui l'accompagne et par de nouveaux prélèvements réguliers. Ce protocole s'organise en plusieurs étapes qu'il convient de suivre scrupuleusement selon le détail de chacune, qui sont : les purges des robinets de box et du réservoir d'eau indépendant le cas échéant, la désinfection des aspirations et la purge des seringues air/eau ainsi que des tubulures correspondant à l'insertion des instruments, la désinfection des embouts d'aspiration et des filtres le soir, et le nettoyage des surfaces.

Résultats

La communication présentée aura pour objectif de décrire ce protocole et de le partager, ainsi que de montrer les résultats de son évaluation qui permettent de le qualifier d'efficace, et ce pour une pratique toujours plus sécurisée, autant pour le patient que pour le praticien. En effet, partant de prélèvements qui montraient des résultats non

conformes (flore aérobie revivifiable à 37°C > 200 UFC/mL au niveau des fouets), à plus de 50 % en septembre 2011, on arrive les mois d'après, grâce à la mise en place du protocole, à des prélèvements réguliers montrant des résultats conformes avec de très rares incidents ponctuels, c'est-à-dire moins de 1 prélèvement par mois qui apparaît non-conforme, et ce jusqu'à fin janvier 2012, incidents qui sont résolus par un retour du respect rigoureux du protocole d'entretien des unités.

INDICATEURS DE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE EN AFRIQUE : APPLICATION AUPRÈS DES PATIENTS FRÉQUENTANT LES STRUCTURES DENTAIRES PUBLIQUES DU SÉNÉGAL

D FAYE, A KANOUTE, A B TALL, J P MANDIONE, CM LO
Ministère de la Santé du Sénégal

Contexte

La surveillance des maladies bucco-dentaires est nécessaire pour l'élaboration des politiques nationales de santé. Chez l'adulte, il est souvent difficile d'obtenir un échantillon représentatif au niveau national. Une alternative consiste à réaliser ces études auprès des usagers des services de santé.

Objectifs

L'objectif de l'étude était d'évaluer les indicateurs de santé bucco-dentaire auprès de patients fréquentant les structures de soins dentaires du Sénégal. Il s'agissait notamment d'évaluer la connaissance et l'attitude des patients vis-à-vis de la santé bucco-dentaire.

Méthodologie

L'ensemble des composantes socio-professionnelles dentaires du pays a participé à l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs spécifiques. Un questionnaire évaluant les connaissances et les attitudes des patients par rapport à la santé bucco-dentaire a ainsi été mis en place lors des consultations habituelles des chirurgiens-dentistes. Le tiers des structures dentaires publiques du Sénégal qui sont au nombre de 250 a servi de cadre d'étude.

Résultats

Au total, des données ont été recueillies pour 1650 patients ; 64 % âgés de 18 à 36 ans et 59 % de sexe féminin. Plus de

la moitié (55,6 %) habitait les petites et moyennes villes, 36 % étaient sans emplois, 28,9 % exerçaient une activité de paysan. La majorité des patients (64,6 %) avait totalisé au moins 15 années d'études depuis la naissance. Dans les 12 derniers mois 68,6 % avaient souffert de douleur dentaire intense. Les structures de soins dentaires étaient distantes en moyenne de 4 kilomètres des lieux d'habitation. L'urgence constituait donc le motif de consultation pour 65,8% des patients. Le 1er recours de la population en cas de douleur dentaire était le cabinet dentaire (55,5 %) mais l'automédication (21 %) et l'usage de tradipraticiens (12,3 %) étaient aussi utilisés. Plus de la moitié des patients (57,6 %) ignorait les signes de début des maladies bucco-dentaires. La majorité des patients (79 %) connaissait l'importance de la prévention ; 58,3 % considéraient le brossage journalier comme une bonne stratégie de prévention mais 62,6 % trouvaient que le dentifrice fluoré était inaccessible.

Conclusion

La douleur constitue le motif principal de consultation au cabinet dentaire. Même si les patients connaissent l'importance de la prévention, ils ignorent les signes de début des maladies bucco-dentaires. Ainsi la sensibilisation de la population aux signes d'apparition des maladies bucco-dentaires et l'amélioration de la disponibilité de la pâte dentifrice fluorée paraissent nécessaires pour promouvoir la santé orale au Sénégal.

LE BÂTONNET FROTTE-DENT : UNE ALTERNATIVE POUR LA PRÉVENTION DES MALADIES BUCCO-DENTAIRES EN AFRIQUE

D FAYE, A KANOUTE, A B TALL, J P MANDIONE, CM LO

Université Cheikh Anta Diop – Dakar

Contexte

Le bâtonnet frotte-dent est une baguette végétale utilisée en Afrique pour nettoyer les dents.

Objectifs

L'étude avait pour objectif d'évaluer l'utilisation du bâtonnet frotte-dent en zone rurale.

Il s'agissait notamment d'évaluer la relation existant entre l'utilisation du bâtonnet frotte-dent et la prévalence des maladies bucco-dentaires.

Méthodologie

Une étude épidémiologique descriptive transversale a été conduite en 2011 auprès d'un échantillon de personnes vivant en milieu rural dans toutes les régions du Sénégal. L'échantillon a été obtenu en réalisant un sondage en grappes à 2 degrés avec tirage de 50 communautés rurales et de 45 personnes par communauté soit un échantillon total de 2250 adultes âgés de 18 ans au moins. Le recueil des données bucco-dentaires a été réalisé à partir d'un examen clinique réalisé par 5 équipes composées de 2 chirurgiens-dentistes et d'un étudiant. L'examen clinique a consisté en la détection des lésions carieuses (CAOD) et de la maladie parodontale (CPITN). Un questionnaire a permis de relever la proportion de personnes utilisant le bâtonnet frotte-dent ainsi que sa fréquence d'utilisation.

Résultats

La population était constituée de 65 % de femmes et 35 % d'hommes, la tranche d'âge la plus fréquente était constituée par les 18 à 35 ans : 51,2 %, et les 36 à 65 ans : 39,2 %.

La majorité de la population était constituée de paysans : 66,4 %. La majorité des personnes (92%) utilisait le bâtonnet frotte-dent au moins une fois par jour. De même, la quasi-totalité (96 %) présentait au moins une dent cariée ou un problème parodontal allant du saignement gingival à la poche parodontale profonde. Le nombre moyen de dents cariées était égal à 2 (1,4). Un lien significatif a été observé entre la fréquence d'utilisation du bâtonnet frotte-dent et la gravité des maladies parodontales et carieuses ($p < 0,05$). Il existe une corrélation entre l'utilisation du bâtonnet frotte-dent et la survenue des maladies parodontales (OR = 3,083) : L'état parodontal est plus souvent dégradé en l'absence d'usage du bâtonnet.

Conclusion

La prévalence des maladies bucco-dentaires est très élevée en zone rurale. Vu l'impact positif du bâtonnet frotte-dent, ce moyen d'hygiène constitue une alternative au brossage du fait de sa disponibilité et de son accessibilité. Son usage devrait être intégré dans les indicateurs nationaux de santé bucco-dentaire.

« LA MALLE AUX DENTS » : UN OUTIL D'ÉDUCATION À LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE ADAPTÉ AUX JEUNES ENFANTS

A DOHEN, C CATTEAU, A DEVILLERS

Université Lille 2

Contexte

Les enfants d'âge préscolaire sont à un âge clé pour adopter des comportements favorables à leur santé, et l'école maternelle apparaît en France comme le lieu privilégié pour promouvoir la santé bucco-dentaire. Les outils pédagogiques disponibles en matière d'éducation à la santé orale

sont malheureusement peu adaptés aux jeunes enfants. L'objectif de ce travail était, après avoir évalué la demande des enseignants d'école maternelle, de créer en partenariat avec ceux-ci un outil d'éducation à la santé orale adapté aux jeunes enfants.

Méthodologie

La demande des enseignants a été évaluée en réalisant une enquête téléphonique auprès d'un échantillon de directeurs d'écoles maternelles (n=26). Puis quatre ouvrages de littérature jeunesse abordant la santé bucco-dentaire ont été évalués par 4 enseignants d'une école maternelle partenaire en utilisant une grille de lecture. En collaboration avec ces derniers, une réflexion a ensuite été engagée pour établir un cahier des charges permettant la construction d'un outil pédagogique adapté aux jeunes enfants. L'outil pédagogique a ensuite été créé, puis évalué par deux enseignantes d'une école maternelle « test ».

Résultats

L'enquête téléphonique a rapporté que 62% des directeurs interrogés (n=26) ne possédaient pas de matériel d'éducation à la santé orale pour leur école, et que 88% d'entre eux étaient intéressés par l'acquisition d'un outil d'éducation adapté aux jeunes enfants. Parmi les 4 ouvrages proposés aux enseignants de l'école partenaire, un a été jugé intéressant du point de vue de son message éducatif. L'outil

pédagogique créé – « La malle aux dents » - se présente sous la forme d'une mallette regroupant des supports pédagogiques variés et ludiques (livre, affiches, fiches pédagogiques et d'activités, fascicule parents, puzzles, marionnettes, maxi-mâchoire et brosse, dent géante) pouvant être utilisés facilement par les enseignants. Cet outil a été jugé satisfaisant par les deux enseignantes de l'école « test » après son utilisation en classe.

Conclusion

Cet outil a pour atout principal d'avoir été conçu en partenariat avec des enseignants d'écoles maternelles. L'éducation à la santé orale du jeune enfant nécessite une étroite collaboration avec les professionnels de la petite enfance. Après quelques adaptations et une évaluation plus poussée, cet outil pourrait être diffusé auprès des acteurs de santé et d'éducation de la petite enfance.

BILAN DE SIX ANS DE DÉPISTAGE ET D'ÉDUCATION BUCCO-DENTAIRE DANS LES CLASSES DE MOYENNE SECTION DE MATERNELLE SUR CINQ ARRONDISSEMENTS DU NORD-EST PARISIEN

K YASUKAWA, C SAINTIER, T BODIN

C.P.A.M de Paris

Le Département de Prévention dentaire de l'Assurance Maladie de Paris mène des campagnes de dépistage, d'éducation bucco-dentaire et d'incitation aux soins en association avec l'Académie de Paris et le Département de Paris chez les enfants de Moyenne Section de Maternelle (4 ans) du nord-est parisien.

Objectifs

Notre objectif est de sensibiliser les enfants aux bonnes habitudes d'hygiène bucco-dentaire et d'identifier les pathologies, anomalies ou troubles fonctionnels bucco-dentaires de l'enfant. Il nous permet d'obtenir des données sur l'état de santé buccale des enfants âgés de 4 ans et leur éventuel besoin en soins.

Matériels et Méthodes

L'éducation bucco-dentaire consiste à sensibiliser les enfants sur l'hygiène buccale à l'aide d'outils pédagogiques et d'un discours adaptés. Tous les enfants présents le jour de l'intervention bénéficient d'un examen de dépistage, après autorisation parentale. Lors de cet examen, le chirurgien-dentiste de prévention évalue la qualité du brossage, les atteintes carieuses, les besoins en soins et la nécessité d'une consultation en orthodontie.

Résultats

Tous les parents sont informés par écrit du résultat du dépistage de leur enfant ainsi que l'équipe médicale de l'établissement visité. Entre 2006 et 2012, parmi les 33 464 élèves dépistés, on recense 81,2 % d'enfants totalement indemnes, 83,2 % sans carie active le jour de l'examen, 12,6 % présentant 1 à 3 caries et 4,2 % avec plus de 4 caries.

Conclusion

Ces résultats issus des campagnes menées de 2006 à 2012 mettent en évidence que 16,8 % des enfants dépistés présentaient au moins une carie. Ces données ne font que confirmer la nécessité de continuer cette campagne d'éducation et de prévention auprès des jeunes parisiens et notamment pour ceux en situation de précarité.

**Le Conseil général du Val-de-Marne
et la Société française des Acteurs de la Santé publique bucco-dentaire**
remercient vivement tous les intervenants qui ont permis la réussite de cette manifestation.

