

ÉDITORIAL

DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE À LA MÉDECINE PERSONNALISÉE : DEUX GUIDES À INTÉGRER DANS LES SOINS DE SANTÉ

FROM CLINICAL PRACTICE GUIDELINES TO PERSONALIZED MEDICINE : TWO GUIDES TO BE IMPLEMENTED IN HEALTH CARE

SCHEEN AJ (1, 2)

Les recommandations de bonne pratique clinique («guidelines») se fondent essentiellement sur les résultats d'essais cliniques contrôlés réalisés sur des grands groupes de patients. Les résultats sont alors généralement exprimés par des moyennes assorties d'un intervalle de confiance à 95 % (1, 2). Ils peuvent également être regroupés dans des méta-analyses englobant les données de plusieurs essais, ce qui permet d'encore augmenter l'échantillon final (et donc la puissance statistique, reflet du niveau de certitude), avec la présentation d'une synthèse sous forme d'«odds ratio» (rapport des chances ou rapport des cotes») (3). Par contre, la médecine personnalisée propose une approche individualisée fondée sur les caractéristiques génétiques, cliniques, biologiques du patient à traiter, par ailleurs de mieux en mieux caractérisé notamment par des biomarqueurs de plus en plus discriminants (4, 5). On pourrait donc penser que les deux démarches, la médecine recommandée dans les «guidelines», fondée sur les preuves dérivées de cohortes de patients (médecine factuelle), et la médecine personnalisée de plus en plus prônée pour la pratique clinique, ciblant les données spécifiques d'un seul patient, soient quelque peu antinomiques (6, 7). Analysons cette apparente contradiction de façon plus approfondie (Figure 1).

Les essais cliniques contrôlés offrent des avantages, mais présentent également quelques faiblesses, liées notamment au fait qu'ils sont réalisés dans des conditions souvent très éloignées de la vraie vie (2). Ils offrent cependant l'avantage de présenter des niveaux de preuve qui permettent de proposer une gradation des recommandations de bonne pratique clinique (Tableau I) (8, 9). La rédaction de ces dernières repose sur une méthodologie très stricte, comme celle décrite par la Haute Autorité de

Santé (HAS) en France (10), le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) au Royaume-Uni (11) ou encore le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) en Belgique (12).

Il apparaît que la médecine personnalisée, en tout cas qualifiée comme telle, s'intéresse moins à la singularité du cas de chaque patient qu'aux différences entre patients d'une même catégorie, à tout le moins en ce qui concerne le domaine de la recherche s'intéressant aux biomarqueurs (13). À l'échelle de la pratique médicale, le médecin traitant a sans doute une toute autre vision face à son patient (14). Ainsi, la plupart des rapports consacrés à la médecine personnalisée s'accordent au moins sur un point : la médecine personnalisée tient compte des caractéristiques individuelles de chaque patient (5). À la place de soins standardisés relevant d'une médecine à taille unique («one size fits all»), et donc dispensés selon des catégories standard (âge, poids, sévérité de la pathologie, etc.), catégories par ailleurs souvent reprises telles quelles dans les essais cliniques contrôlés en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion retenus (2), il s'agit de proposer des traitements «faits sur mesure» («customised, tailored») (13). Cependant, l'implémentation de la médecine personnalisée dans la pratique clinique reste, à bien des égards, un défi (15).

C'est au praticien qu'il appartient la lourde tâche de faire le lien entre, d'une part, les recommandations proposées pour la prise en charge de la pathologie de son patient, issues des résultats des essais cliniques contrôlés, et, d'autre part, les caractéristiques individuelles de celui-ci qui doivent conduire à une approche personnalisée (6). Il faut bien en convenir, cet exercice n'est pas toujours aisé à réaliser, d'autant plus que le médecin a souvent de moins en moins de temps à consacrer à son patient dans un contexte que beaucoup s'accordent à reconnaître qu'il est de plus en plus ardu. L'avenir nous dira si l'intelligence artificielle (IA) contribuera à réconcilier les deux approches, en les intégrant dans une stratégie unique, et ainsi permettra de faciliter la tâche du clinicien au quotidien (16).

(1) Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, CHU Liège, Belgique.

(2) Unité de Pharmacologie clinique, Centre Interdisciplinaire de Recherche sur le Médicament (CIRM), ULiège, Belgique.

Figure 1. Recommandations («guidelines») et médecine personnalisée à intégrer dans la pratique clinique. EBM : «Evidence-Based Medicine»

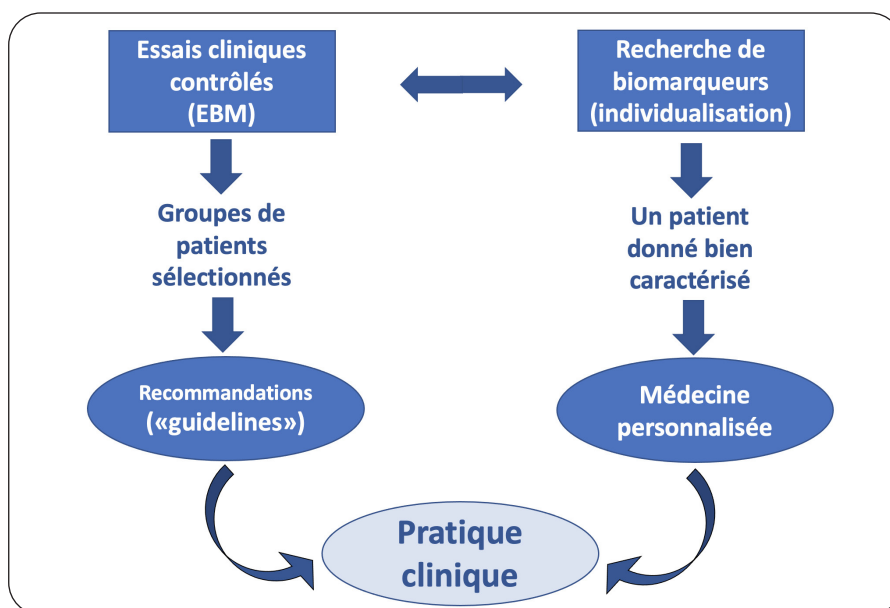


Tableau I. Niveaux de recommandation et niveaux de preuve selon la classification GRADE (8)

Niveaux de recommandation			Niveaux de preuve	
Classe I	Traitement bénéfique, utile, efficient. À recommander	Données solides concordantes, acceptation générale	Niveau A	Preuves apportées par plusieurs essais cliniques contrôlés ou méta-analyses de bonne qualité. Preuve scientifique établie
Classe IIa	Traitement sans doute bénéfique. Devrait être recommandé	Données plutôt en faveur, opinion globalement favorable	Niveau B	Preuves apportées par un seul essai contrôlé ou par plusieurs essais non randomisés avec certaines limitations. Présomption scientifique
Classe IIb	Traitement peut-être bénéfique. Pourrait être recommandé	Données moins bien établies, mais encourageantes		
Classe III	Traitement non utile et peut-être nocif. À ne pas recommander	Données manquantes ou peu convaincantes, éventuellement défavorables	Niveau C	Consensus d'opinion d'experts et/ou petites études, études rétrospectives ou registres avec importantes limitations. Faible niveau de preuve scientifique

Dans ce numéro thématique, le lecteur trouvera d'abord, dans quelques articles généraux introductifs, des informations pertinentes à propos de «comment lire, comprendre, critiquer et appliquer les recommandations de bonne pratique clinique». Ensuite, des résumés des recommandations internationales les plus récentes quant à la prise en charge de quelques grandes pathologies seront présentés par des spécialistes dans leurs domaines respectifs. Nous espérons que ce numéro thématique rencontrera l'intérêt des praticiens. Bonne lecture !

BIBLIOGRAPHIE

1. Scheen AJ. Evidence-based medicine. Apport des essais cliniques contrôlés. *Rev Med Liege* 2000;**55**:216-9.
2. Ernest P, Jandrain B, Scheen AJ. Forces et faiblesses des essais cliniques : évolution en fonction de l'essor de la médecine personnalisée. *Rev Med Liege* 2015;**70**:232-6.
3. Scheen AJ. Comment j'explore ... les secrets d'une méta-analyse. *Rev Med Liege* 2003;**58**:41-6.
4. Scheen AJ. Médecine personnalisée : nouveaux défis pour le praticien. *Rev Med Liege* 2015;**70**:242-5.
5. Desvergne B. *La médecine personnalisée*. 1st ed. Lausanne : Presses Polytechniques Romandes; 2023.

6. Scheen AJ. Éditorial : Médecine conventionnelle, médecine factuelle, médecine personnalisée : trois approches complémentaires. *Rev Med Liege* 2015;**70**:221-4.
7. Goldberger JJ, Buxton AE. Personalized medicine vs guideline-based medicine. *JAMA* 2013;**309**:2559-60.
8. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;**336**:924-6.
9. Haute Autorité de Santé (HAS). Etats des lieux. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. 2013. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf (dernier accès 11 février 2025).
10. Haute Autorité de Santé (HAS). Actualisation des recommandations de bonne pratique et des parcours de soins. Guide méthodologique. 2023. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312383/fr/actualisation-des-recommandations-de-bonne-pratique-et-des-parcours-de-soins (dernier accès 11 février 2025).
11. Garbi M. National Institute for Health and Care Excellence clinical guidelines development principles and processes. *Heart* 2021;**107**:949-53.
12. Vlayen J, Veleve L. KCE process book. Guideline development: principles (GCP). 2021 (last changes). Available from: <https://processbook.kce.be/guideline-development-principles-gcp> (dernier accès 11 février 2025).
13. Bateman S. Médecine personnalisée. Un concept flou, des pratiques diversifiées. *Med Sci (Paris)* 2014;**30**:8-13.
14. Scheen AJ, Giet D. Médecine personnalisée : tout bénéfique pour le patient, mais nouveau challenge pour la relation médecin-malade. *Rev Med Liege* 2015;**70**:247-50.
15. Stefanicka-Wojtas D, Kurpas D. Barriers and facilitators to the implementation of personalised medicine across Europe. *J Pers Med* 2023;**13**:203.
16. Rojas JC, Teran M, Umscheid CA. Clinician trust in artificial intelligence: what is known and how trust can be facilitated. *Crit Care Clin* 2023;**39**:769-82.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Scheen AJ, Service de Diabétologie, Nutrition et Maladies métaboliques, CHU Liège, Belgique.
Email : andre.scheen@chuliege.be