

Les risques de la médecine fondée sur les données les plus récentes

Peter Hutten-Czapski,
MD

Rédacteur scientifique,
JCRM
Haileybury (Ont.)

Correspondance :
Peter Hutten-Czapski;
phc@jrpc.ca

Je tiens à préciser d'emblée que je ne m'en prends pas au site Web « UpToDate ». Je ne dénigre pas non plus la génération actuelle. *The Washington Manual of Medical Therapeutics* et *Scientific American Medicine* sont des modèles de pratique médicale « selon les règles de l'art » depuis nombre d'années.

Un modèle de soins fondé sur des données probantes est essentiel, mais insuffisant pour valider nos lectures, parce que l'interprétation de ces données est subjective. Quelles études devraient compter? Un écart statistique est-il pertinent sur le plan clinique? Quelle est la proportion rurale de la population étudiée?

Je crois également qu'il faut tenir compte de l'influence du financement, peu importe s'il provient de la profession médicale comme telle ou des compagnies pharmaceutiques. Ce n'est pas par hasard que les représentants pharmaceutiques offrent des échantillons de médicaments et une copie plastifiée de la feuille sommaire de la ligne directrice, mais pas nécessairement de copie plastifiée des déclarations de conflits d'intérêts des auteurs ... ne serait-ce que dans l'original.

Les valeurs culturelles exercent aussi une influence. À mon hôpital, nous renvoyons à la maison toute personne atteinte de douleur thoracique après 2 séries normales d'électrocardiographies et de dosages de la tropinine. Nous prenons donc un risque faible, mais non nul, que la personne fasse un infarctus. Apparemment, ce n'est pas le cas pour les Américains. La plupart des personnes atteintes de douleur thoracique sont admises afin

de passer des épreuves d'effort et, potentiellement, des angiographies (qui entraînent un risque pour un faible nombre, mais non nul de patients). Certains Américains préconisent le recours au score HEART, qui permettrait de réduire du tiers, environ, le taux d'admission en raison d'une douleur thoracique¹. Au Canada, il n'est pas clair que le système de santé pourrait absorber le volume élevé d'admissions et d'exams qu'entraînerait l'adoption de ce score.

Le même principe d'application de la ligne directrice à la bonne population est valable en ce qui concerne le clivage entre milieux urbains et milieux ruraux. Dans les grands hôpitaux qui ont accès à la tomodensitométrie (TDM), le recours à la règle canadienne d'utilisation de la TDM de la tête réduit les taux de TDM de la tête et entraîne d'excellents résultats². En milieu rural, toutefois, où l'accès à la TDM est limité, ces scores feraient augmenter le taux de transfert pour une TDM, sans que l'incidence de l'intervention sur les résultats pour les patients ait fait l'objet d'études.

Pour toutes ces raisons, utilisez les ressources les plus récentes pour éclairer votre décision. S'il s'agit d'une question importante, il serait sage d'utiliser plusieurs références et de demander l'avis de vos collègues en milieu rural avant de former votre propre opinion.

RÉFÉRENCES

1. Backus BE, Six AJ, Kelder JC, et collab. A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency department. *Int J Cardiol* 2013;168:2153-8.
2. Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, et collab. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet* 2001;357:1391-6.