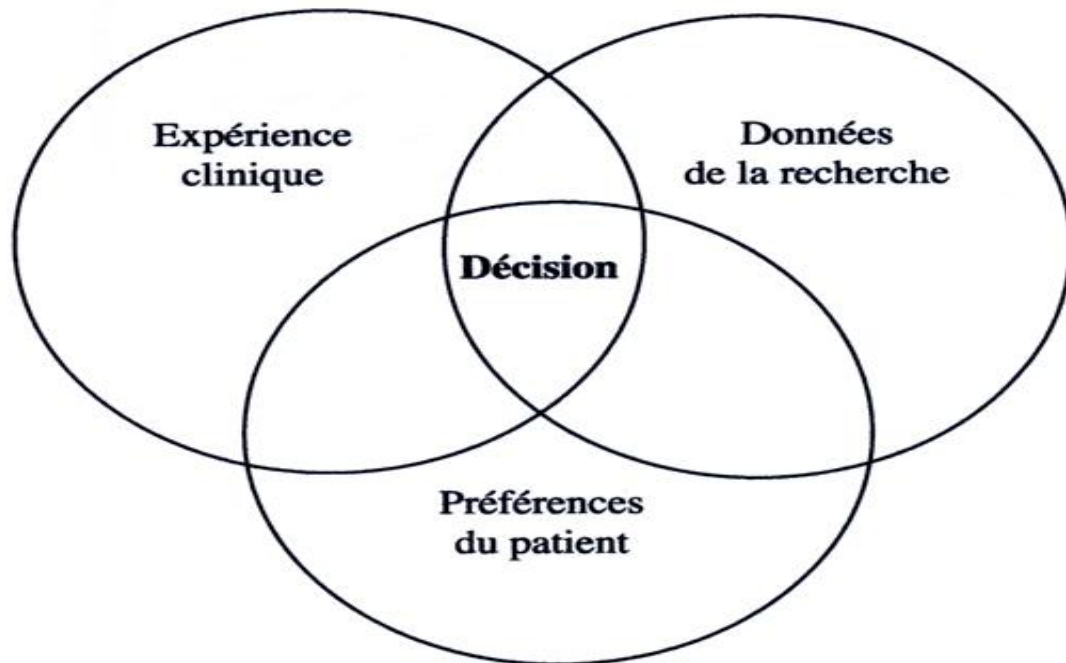


Elaboration et diffusion de recommandations

Jean-Charles Preiser
JFN Bruxelles
10 décembre 2014

- **Déclaration d'intérêts de Mme/M.** :
- **Activités de conseil, fonctions de gouvernance, rédaction de rapports**
Non Société(s) :
- **Essais cliniques, autres travaux, communications de promotion**
Non Société(s) :
- **Intérêts financiers (actions, obligations)**
Non Société(s) :
- **Liens avec des personnes ayant des intérêts financiers ou impliquées dans la gouvernance**
Non Société(s) :
- **Réception de dons sur une association dont je suis responsable**
Non Société(s) :
- **Perception de fonds d'une association dont je suis responsable et qui a reçu un don**
Non Société(s) :
- **Détention d'un brevet, rédaction d'un ouvrage utilisé par l'industrie**
Non Société(s) :

* Effacer l'option inadéquate



- Les recommandations professionnelles sont définies par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « *des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données* ».

“systematically develop statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances” (U.S. Institute of Medicine).

Medical guidelines intended to provide clinicians with recommendations based on the best available evidence; to inform clinicians of when there is no evidence; and finally, to help clinicians deliver the best health care possible (ACP).

Clinical nutrition guidelines designed to compare your current practice to these guidelines **to illuminate any gaps** there maybe between what is done and what the best nutrition support practice should be (criticalcarenutrition.com).

- D'abord développée comme un ensemble de techniques pédagogiques de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique de la littérature médicale aujourd'hui pléthorique, «l'EBM est maintenant utilisée par des gestionnaires, des cliniciens, et ce, pour des objectifs aussi divers que le renouvellement de la pédagogie médicale, l'aide au jugement clinique ou encore comme justification de programmes de rationalisation des ressources financières et matérielles dans l'organisation des soins»⁴.

- La **médecine fondée sur les faits** se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques »^{1,2,3}. On utilise plus couramment le terme anglais **Evidence-Based Medicine (EBM)**, et parfois les termes **médecine fondée sur des preuves** ou **médecine factuelle**. Ces preuves proviennent d'[études cliniques](#) systématiques, telles que des [essais contrôlés randomisés en double aveugle](#), des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites.

Faut-il des preuves pour nourrir ?

Do we need evidence for feeding?

E. Lerebours

Reçu le 2 mai 2011 ; accepté le 3 mai 2011
© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Faut-il des preuves pour nourrir ?

Do we need evidence for feeding?

E. Lerebours

Reçu le 2 mai 2011 ; accepté le 3 mai 2011
© SRLF et Springer-Verlag France 2011

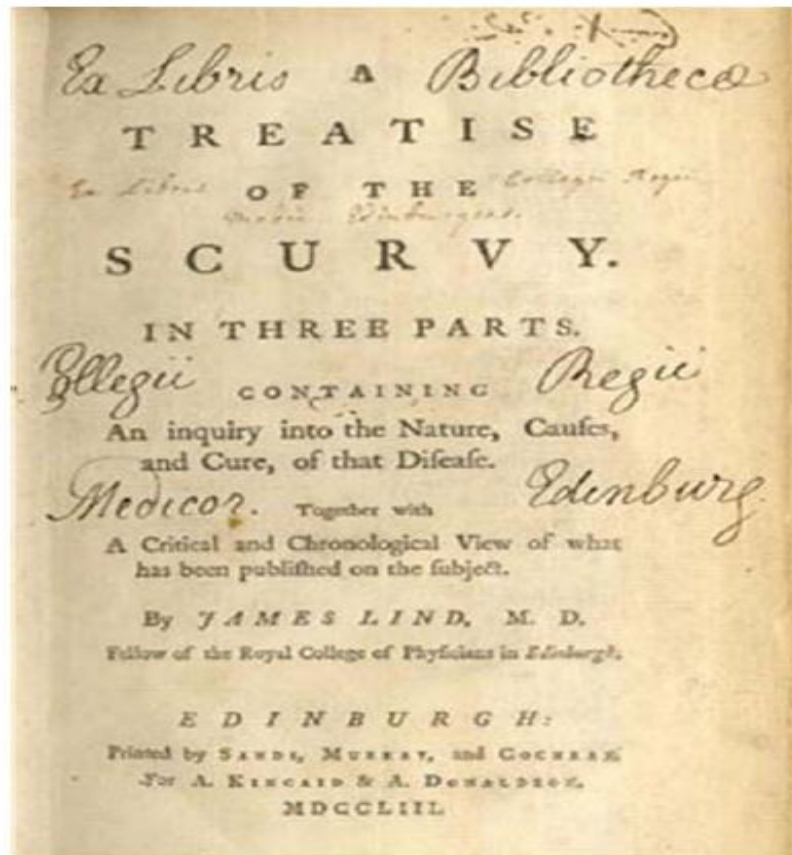


Fig. 1 *Treatise of the scurvy* de James Lind

Première étude clinique

James Lind, 1747



- **Marins souffrant de scorbut**
- **2 mois de mer**
- **6 groupes**
 - cidre
 - vinaigre
 - vitriol
 - eau de mer
 - oranges, citrons
 - épices, eau de barley

après 6 jours

- **agrumes : tous guéris**
- **autres : pas de changement..**

Le processus de l'EBM passe par les étapes suivantes :

- La formulation d'une question clinique claire et précise à partir d'un problème clinique posé
- La recherche dans la littérature d'articles cliniques pertinents et appropriés sur le problème
- L'évaluation critique de la validité et de l'utilité des résultats trouvés (« niveau de preuve »)
- La mise en application des résultats de l'évaluation dans la pratique clinique pour une prise en charge personnalisée de chaque patient.

Le processus de l'EBM passe par les étapes suivantes :

- La formulation d'une question clinique claire et précise à partir d'un problème clinique posé
- La recherche dans la littérature d'articles cliniques pertinents et appropriés sur le problème
- L'évaluation critique de la validité et de l'utilité des résultats trouvés (« niveau de preuve »)
- La mise en application des résultats de l'évaluation dans la pratique clinique pour une prise en charge personnalisée de chaque patient.

- Questions générales (définition, diagnostic)
- Questions « PICO »
 - Patients
 - Intervention
 - Control
 - Outcome
 - Exemple : chez ce patient atteint de XXX, une intervention nutritionnelle de type YYY réduit-elle le risque de complication ZZZ au cours de l'année prochaine, par rapport à son alimentation actuelle?

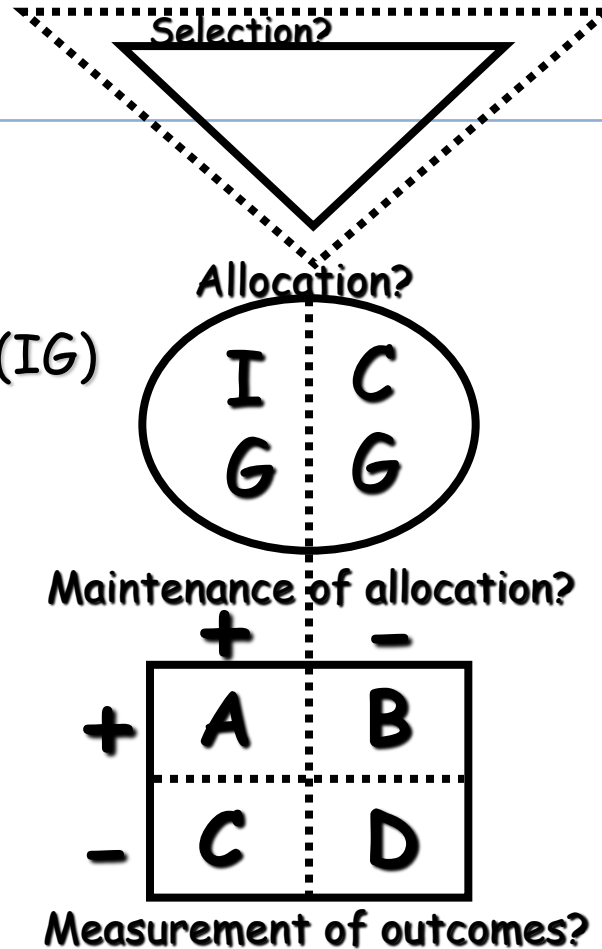
QUESTION:

Participants

Intervention Group (IG)
& Comparison Group (CG)

Outcome

DESIGN:



VALIDITY

Representative?

Randomized
concealed Allocation?

comparable groups?
treated equally?
compliant?

Maintenance?

Measurements
blind subjective? OR
objective?

Le processus de l'EBM passe par les étapes suivantes :

- La formulation d'une question clinique claire et précise à partir d'un problème clinique posé
- La recherche dans la littérature d'articles cliniques pertinents et appropriés sur le problème
- L'évaluation critique de la validité et de l'utilité des résultats trouvés (« niveau de preuve »)
- La mise en application des résultats de l'évaluation dans la pratique clinique pour une prise en charge personnalisée de chaque patient.

- **Articles originaux :**
 - Études de cohorte / rétrospectives - observationnelles
 - Case reports – case series
 - Etudes prospectives contrôlées / randomisées
- **Revue de la littérature**
- **Méta-analyses – revues systématiques**
- **Editoriaux – commentaires**
- **ACCES LIBRE – PEER-REVIEW?**

2 experts indépendants extraient les données sur formulaires pré-établis:

- Caractéristiques des patients
 - Conception de l'étude et méthodes
 - Résultats
 - Qualité méthodologique
-
- Niveau d'accord
 - Divergences résolues par consensus

Extraction des données

- Explicite, non biaisée et reproductible
- Comporte tous les effets bénéfiques et délétères de l'intervention
- Contact avec les investigateurs le cas échéant.
- Extraction des données individuelles lorsque les données publiées ne rapportent pas d'analyse par intention de traiter, time-to-event analyses, sous-groupes, relations dose-réponse

HIERARCHIE DE L'EBM



Le processus de l'EBM passe par les étapes suivantes :

- La formulation d'une question clinique claire et précise à partir d'un problème clinique posé
- La recherche dans la littérature d'articles cliniques pertinents et appropriés sur le problème
- **L'évaluation critique de la validité et de l'utilité des résultats trouvés (« niveau de preuve »)**
- La mise en application des résultats de l'évaluation dans la pratique clinique pour une prise en charge personnalisée de chaque patient.

Grading quality of evidence and strength of recommendations

GRADE Working Group

BMJ 2004;328:1490-4

High = Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate = Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low = Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low = Any estimate of effect is very uncertain.

Formulation simple, compréhensible, binaire

1) Recommandation(s) forte(s) (F) si 1-2 méta-analyses/études concordantes

-Il faut faire (*"do it"*)

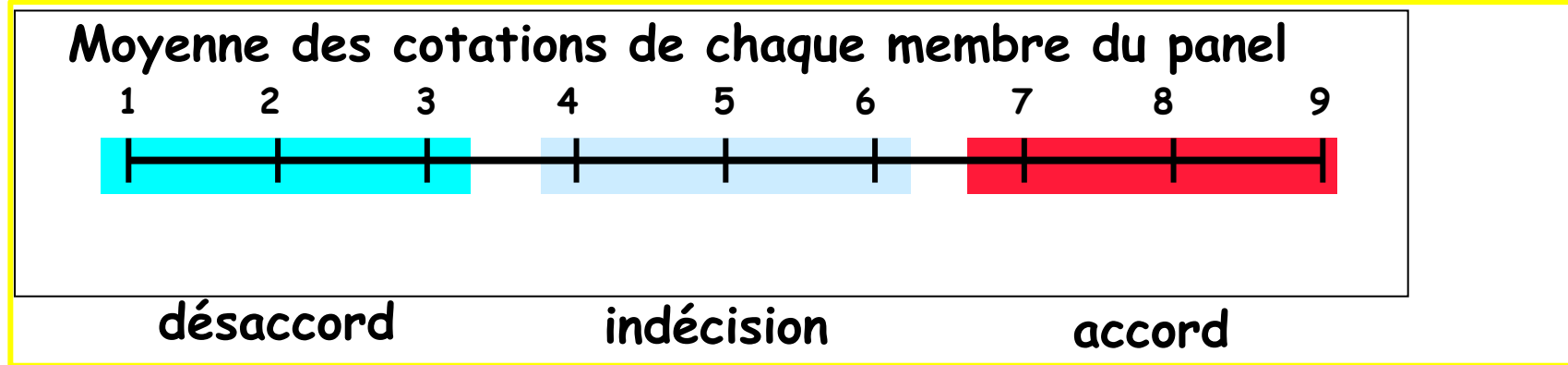
-Il ne faut pas faire (*"don't do it"*)

2) Recommandation(s) faible(s) (f):

Il faut probablement (*"we suggest"*), ou

il ne faut probablement pas (*"we suggest to not"*)

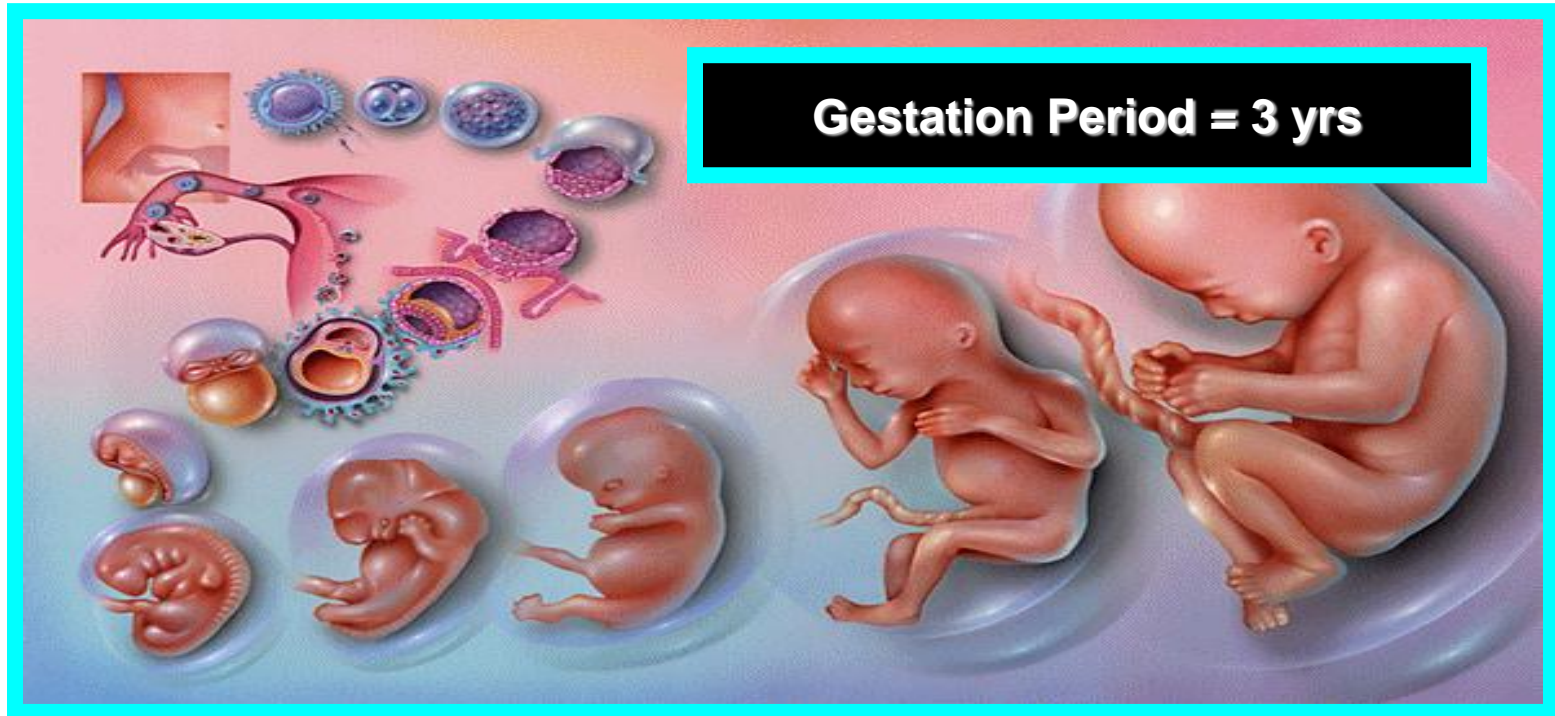
Vote du groupe



➤ L'accord (ou le désaccord) est dit "faible" si l'intervalle empiète sur une borne ([1-4] ou [6-8] par ex).

➤ L'accord (ou le désaccord) est dit "fort" si l'intervalle est situé à l'intérieur d'une des 3 zones ([1-3], [4-6], [7-9]).

Élimination d'une valeur extrême haute et extrême basse.



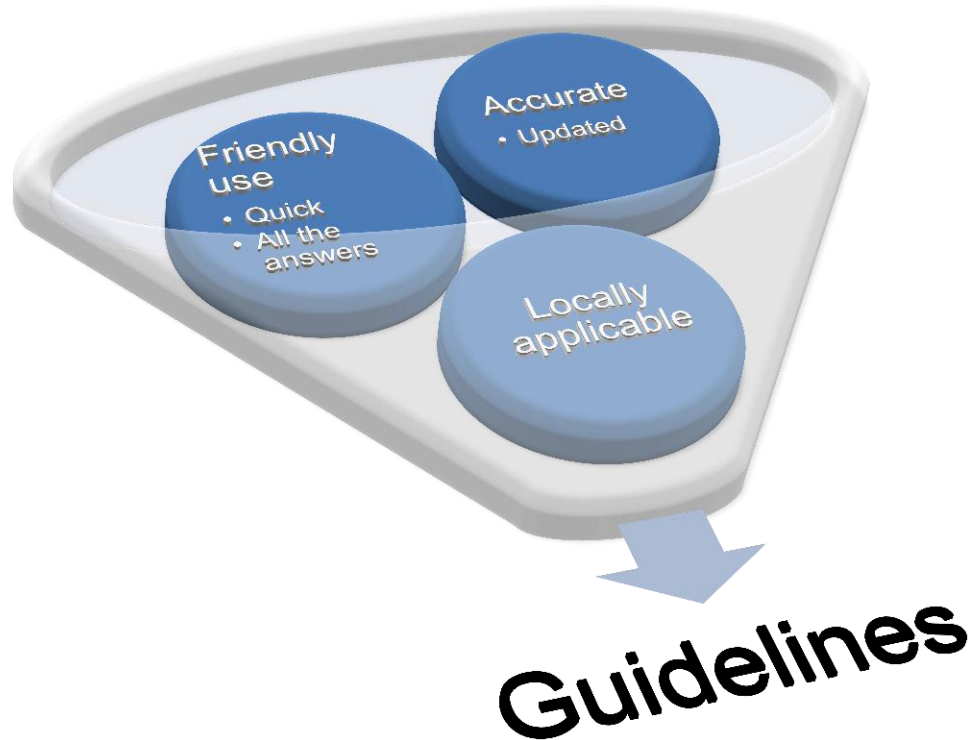
REGLE N° 2



Le processus de l'EBM passe par les étapes suivantes :

- La formulation d'une question clinique claire et précise à partir d'un problème clinique posé
- La recherche dans la littérature d'articles cliniques pertinents et appropriés sur le problème
- L'évaluation critique de la validité et de l'utilité des résultats trouvés (« niveau de preuve »)
- La mise en application des résultats de l'évaluation dans la pratique clinique pour une prise en charge personnalisée de chaque patient.

Guidelines : What should it be for the clinician ?



- A qui s'adresse-t-on?
 - Connaissance du processus d'élaboration des guidelines?
 - Profession?
 - Implication en nutrition?
- D'où part-on?
 - Quelle est l'ampleur du progrès espéré?

- Médecin
 - Généraliste? Spécialiste? En quoi?
- Diététicien
- Infirmier
- Pharmacien
- Industriel

- Les guidelines ne sont pas :
 - Des exigences, des lois
 - Des garanties de bénéfice pour le patient
 - Un substitut au jugement clinique

Guidelines



- Les guidelines sont des recommandations de pratique clinique basée sur les meilleures données disponibles:
 - Elaborées par des sociétés de spécialité
 - Appuyées par la littérature actuelle (PRCTs)
 - Reflètent les opinions d'experts
- Les guidelines ne sont pas :
 - Des exigences, des lois
 - Des garanties de bénéfice pour le patient
 - Un substitut au jugement clinique

- **Absence de standardisation de la prescription de solutions de nutrition (parentéral, entéral, suppléments oraux)**
- **Hiatus fréquents entre prescription pratique réelle**
- **Influence d'intérêts industriels**
- **Implication de différentes catégories de professionnels de santé avec des niveaux d'intérêt et de compétence en nutrition variables.**
- **Les patients dénutris sont souvent gérés par des spécialistes de la maladie sous-jacente, pas nécessairement sensibilisés aux problèmes nutritionnels.**

Clinical Nutrition xxx (2011) 1–4



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>



Invited editorial

ESPEN disease-specific guideline framework

Jean-Charles Preiser*

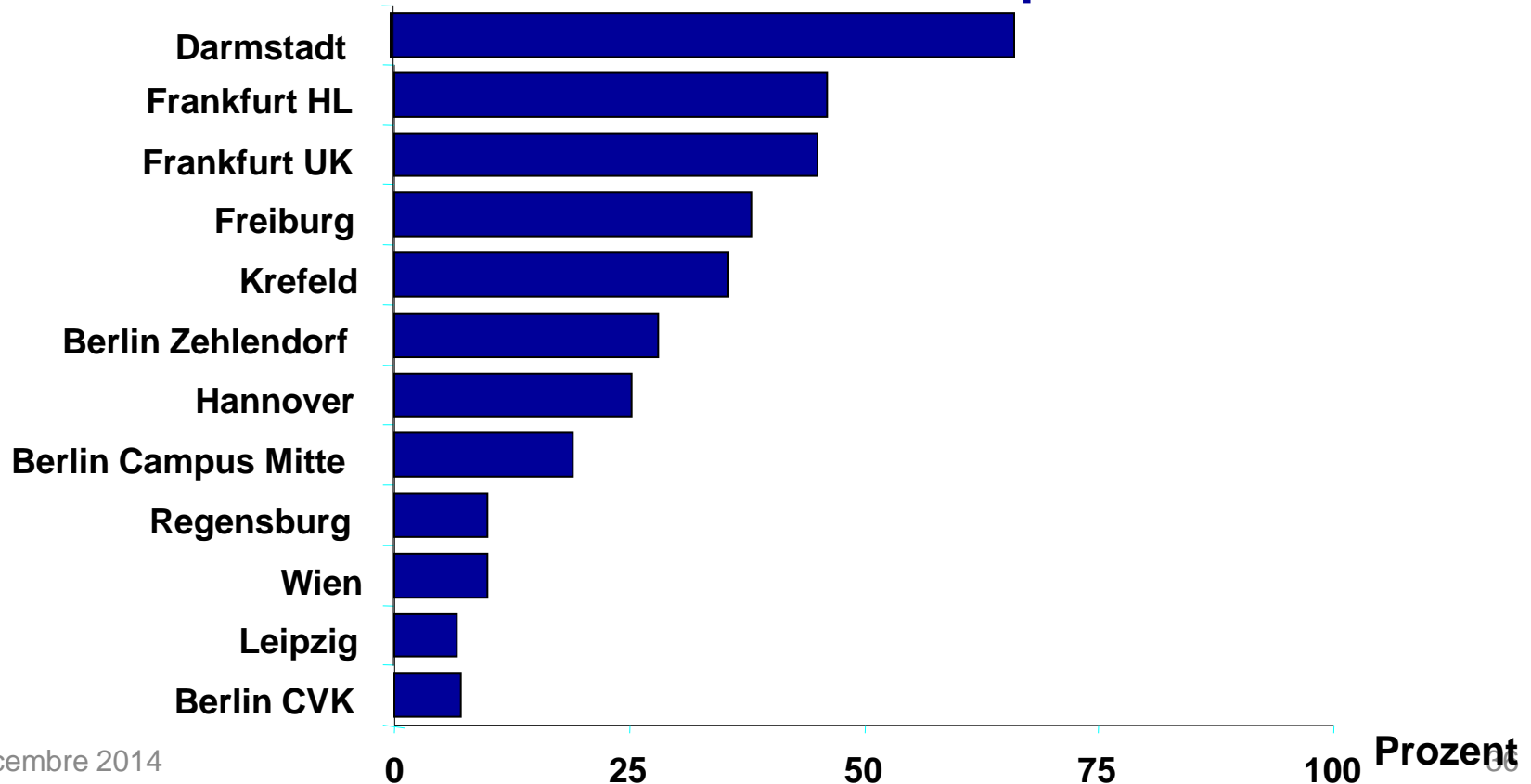
*Department of Intensive Care, Erasme University Hospital,
808 route de Lennik, B-1070 Brussels, Belgium*

Stéphane M. Schneider

*Department of Gastroenterology and Clinical Nutrition,
Archet University Hospital, Nice, France*

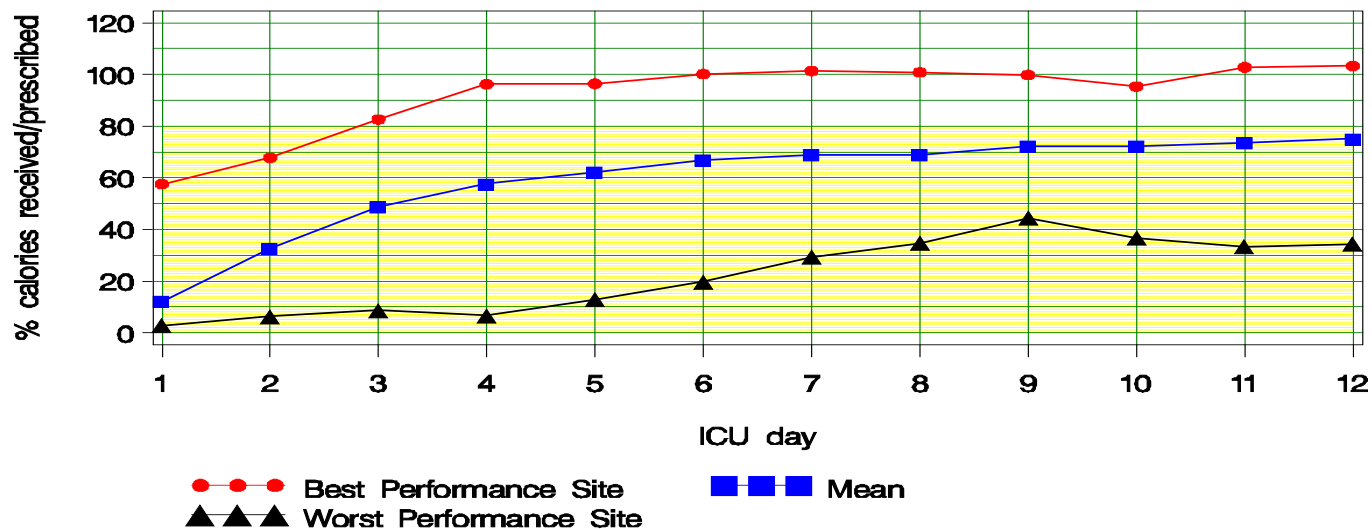
- A qui s'adresse-t-on?
 - Connaissance du processus d'élaboration des guidelines?
 - Profession?
 - Implication en nutrition?
- **D'où part-on?**
 - **Quelle est l'ampleur du progrès espéré?**

Prevalence of malnutrition related to the hospital



Have a look at the starting point

Wide heterogeneity can be found..



Which is the starting point?

158 ICUs, 20 countries, prospective, observational, cohort, 2946 mechanically ventilated adult pts with > 72 h LOS in ICU

■ High Adherence :

- use of enteral nutrition in preference to parenteral nutrition,
- glycemic control,
- lack of utilization of arginine-enriched enteral formulas,
- delivery of hypocaloric parenteral nutrition,
- presence of a feeding protocol.

■ Gaps

- Average time to start of enteral nutrition was 46.5 hrs (site average range, 8.2–149.1 hrs).
- The average use of motility agents and small bowel feeding in patients who had high gastric residual volumes was 58.7% (site average range, 0%–100%) and 14.7% (site average range, 0%–100%), respectively.

Having delineated the target audience and the starting point..

- How to communicate and convince?

Screening



Nut'l intervention



Follow-up
Which index?

Screening



Nut'l intervention



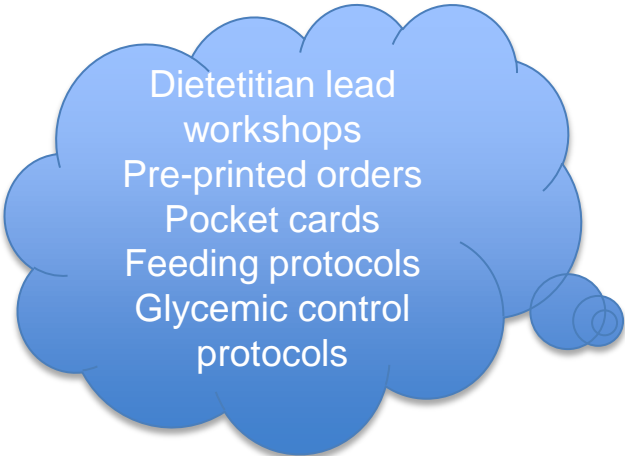
Follow-up
Which index?



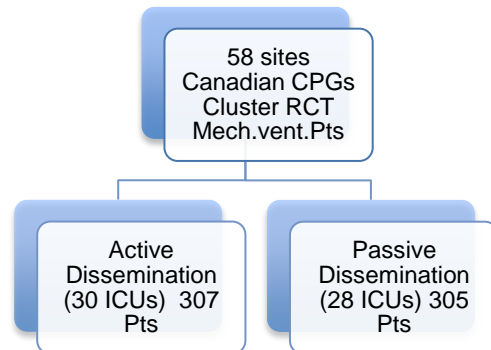
Underlying question : which outcome is the most likely to be improved by a nutritional intervention?

Implementation of guidelines

No universal solution

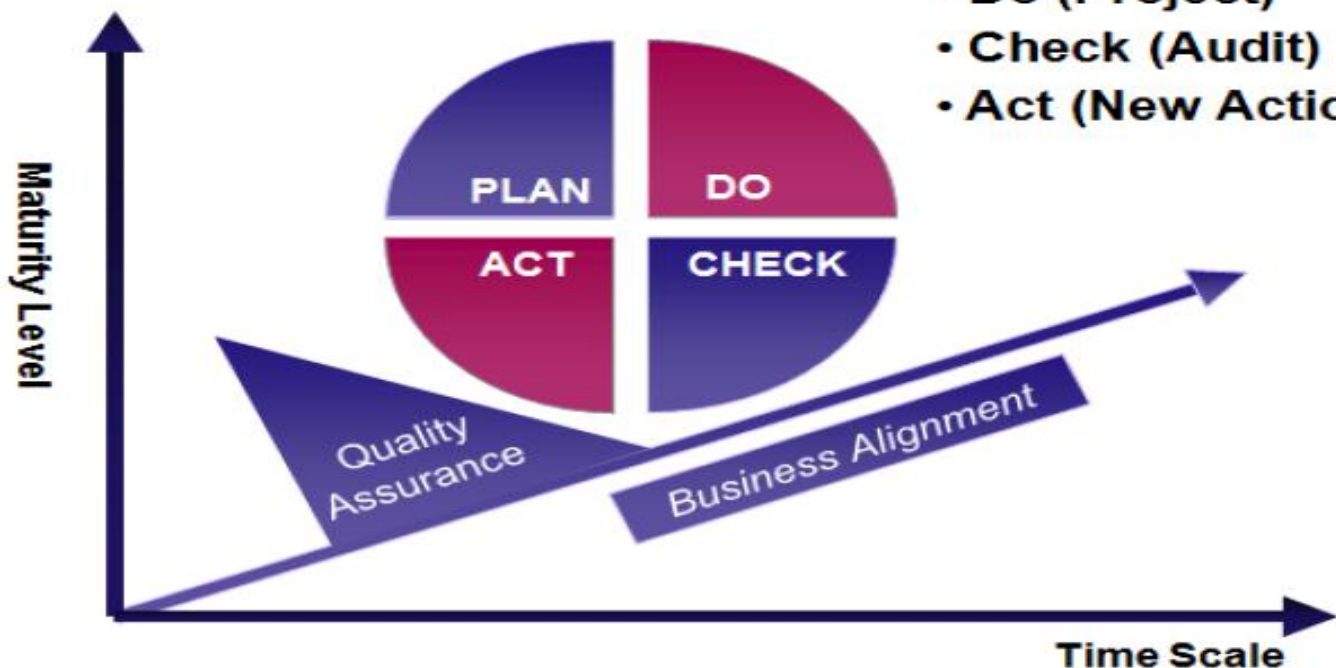


- Dietitian lead workshops
- Pre-printed orders
- Pocket cards
- Feeding protocols
- Glycemic control protocols



Primary End Point : nutritional adequacy of enteral nutrition
Secondary End point : compliance with CPGs, glycemic control, duration of ICU and hosp. stay, 28d mortality

The Deming Cycle



- **Plan (Project Plan)**
- **Do (Project)**
- **Check (Audit)**
- **Act (New Actions)**

*Knowing is not enough, we must apply.
Willing is not enough, we must do.*



J.W.von Goethe