éDITORIAL

Mettre l'enseignement de la lecture critique au service des soins

La lecture critique est l'une des étapes de la démarche des soins fondés sur les niveaux de preuves, alias EBM (**a**)(1). Dans cette démarche, le soignant, après avoir formulé une question précise et interrogé les bases de données bibliographiques, est censé analyser de manière critique la qualité méthodologique des publications originales et des synthèses répondant à la question posée, afin de sélectionner les données scientifiques qui méritent l'attention.

L'"approche EBM" de la lecture critique est peu compatible avec la pratique des soignants. Les fondateurs de l'EBM se sont rendu compte, au fil de leur expérience, que cette approche de la lecture critique repose sur l'apprentissage de notions complexes, demande du temps et nécessite un entraînement régulier pour être performante. Elle n'est, de fait, utilisée de manière efficiente que par une minorité de soignants. La plupart des praticiens formés à la démarche EBM préfèrent appuyer leurs décisions sur des sources secondaires d'information fondées sur les preuves (**b**), dans lesquelles le travail d'analyse critique et de synthèse méthodique des données scientifiques disponibles est déjà réalisé par des équipes spécialisées dans ce domaine (2).

L'esprit critique est nécessaire pour identifier les sources fiables d'information. Aujourd'hui, les praticiens sont confrontés, dans leur pratique quotidienne, à d'innombrables sources d'information d'origine et de fiabilité extrêmement variées. En particulier, la surestimation des bénéfices et la minimisation des risques sont très courantes dans les publications concernant les soins, que la source du financement soit privée ou publique.

Savoir trier vite les données scientifiques qui méritent d'être prises en considération, parce qu'elles sont fiables et permettent de mieux soigner, est, aujourd'hui plus que jamais, une compétence fondamentale du métier de soignant (3).

En pratique, la lecture critique consiste à savoir poser un certain nombre de questions-clés face à une information, et à rechercher les éléments de réponse. Principalement :

– Qui est le financeur ? Qui a financé la diffusion et dans quel but ? Les conflits d'intérêts éventuels ont-ils été déclarés ?

– Quelle est la pertinence clinique des questions posées ? Les critères d'efficacité choisis par les auteurs ont-ils une signification concrète pour les patients ?

– Quelle est l'importance clinique des résultats ?

– Les résultats d'une étude nouvellement publiée ont-ils été discutés par rapport aux données déjà disponibles sur le même sujet ?

– Quelle a été la durée du suivi des participants dans l'étude ou le groupe d'études considéré ? A-t-on des ▸▸

Téléchargé sur prescrire.org le 30/04/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

▶ **arguments pour penser que les effets bénéfiques observés à court terme persisteront à moyen ou à long termes ?**
– Les avantages et les inconvénients d'une stratégie clinique ont-ils été mis en balance ?
– Si les chiffres obtenus semblent impressionnants, cela ne résulte-t-il pas d'un artifice de présentation de résultats en réalité modestes ?
Etc.

Pour une vision élargie de la lecture critique. Pendant longtemps, la lecture critique n'apparaissait pas dans les programmes officiels de la formation initiale. Son apprentissage était laissé à l'initiative des enseignants, la plupart n'y accordant pas d'importance.

Cependant, en France, il est prévu qu'en 2008, l'examen passé par tous les étudiants à la fin du deuxième cycle des études médicales (ECN, examen classant national qui remplace le concours de l'internat) comporte, pour la première fois, une épreuve dite "de lecture critique d'un article médical".

Or, l'épreuve universitaire française de lecture critique porte uniquement sur des études originales. Les synthèses de connaissances, consensus et guides de pratique sont les ressources documentaires les plus adaptées aux soignants, mais l'apprentissage de la lecture critique de ces types de textes est exclu des objectifs pédagogiques officiels (4). De plus, l'épreuve reste focalisée sur les aspects méthodologiques des études originales (cohérence du plan expérimental, techniques statistiques utilisées, etc.).

Les universitaires soucieux de former des soignants de qualité doivent se garder de réduire ainsi le champ de la lecture critique. L'apprentissage actuel de la lecture critique dans les facultés de médecine, qui plus est dans le contexte d'un examen national ponctuel, donne une teinture d'esprit critique et une culture générale sur la recherche. Mais il risque de leurrer les praticiens en formation en leur laissant une impression néfaste, celle d'un simple exercice intellectuel s'appliquant à des publications scientifiques primaires, et n'ayant qu'un lointain rapport avec le métier de soignant.

Il est primordial que les formateurs de l'ensemble des professions de santé, dans toutes les disciplines universitaires, enseignent, avec tout le poids qu'il mérite, l'esprit critique appliqué à l'acquisition des connaissances, telle qu'elle se présente concrètement dans la pratique des soins.

Afin que les futurs soignants puissent s'appuyer sur cette compétence fondamentale tout au long de leur vie professionnelle, au service des patients.

La revue Prescrire

a- Selon l'une de ses définitions, la médecine fondée sur les niveaux de preuves (alias evidence-based medicine, EBM) est « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données scientifiques actuelles dans la prise en charge personnalisée des patients » (réf. 1). Cette démarche concerne tous les professionnels de santé, et non seulement les médecins. Elle est bien celle des "soins fondés sur les niveaux de preuves".

b- Le nombre d'articles originaux publiés chaque année en médecine et en pharmacie est, en effet, tel qu'il est impossible à un soignant de prendre connaissance de toute cette production. Certains sont pertinents mais difficiles à distinguer de la masse, un grand nombre sont d'une qualité insuffisante, beaucoup sont plus ou moins contradictoires. Les sources d'information secondaires permettent de résoudre ces différents problèmes, et ce d'autant mieux qu'elles ont été réalisées selon une méthode explicite visant à minimiser les biais de la synthèse d'information (synthèses méthodiques).

Extraits de la veille documentaire Prescrire.
1- Greenhalgh T "Savoir lire un article médical pour décider" RanD, Meudon 2000 : 182 pages. Présenté dans : *Rev Prescrire* 2000 ; **20** (208) : 551.
2- Guyatt GH et coll. "Practitioners of evidence based care. Not all clinicians need to appraise evidence from scratch but all need some skills" *BMJ* 2000 ; **320** (7240) : 954-955.
3- Prescrire Rédaction "Se documenter pour soigner. Choisir les bons outils" *Rev Prescrire* 2003 ; **23** (245 suppl.) : 881-929.
4- Conseil scientifique du centre national des concours d'internat "Épreuve de lecture critique d'un article médical (examen national classant 2008)" novembre 2005 : 3 pages. Téléchargeable sur le site du Cnci, http://www.cnci.univ-paris5.fr/medecine.

EN BREF

Refus de soins à des patients bénéficiaires de la CMU

En France, des refus de soins de professionnels de santé libéraux à des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) sont régulièrement observés. Une enquête réalisée en 2006 dans 6 villes du Val-de-Marne a montré que ces refus sont plus nombreux de la part de médecins spécialistes, de dentistes, et de praticiens exerçant en secteur à honoraires libres.

En France, depuis des années, des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) se voient refuser des soins par divers professionnels de santé en exercice libéral (**a**)(1). Le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie a commandité une enquête dans le but de quantifier et d'analyser ces refus (**b**)(2).

Une enquête téléphonique. L'enquête a porté sur un échantillon de 6 villes du Val-de-Marne (2). Les auteurs ont choisi la méthode dite du "testing" téléphonique : prise de rendez-vous fictive pour soins courants par un patient avec CMU, avec étude qualitative du contenu de l'entretien, suivie par un deuxième appel d'un patient hors CMU, en cas de manque d'éléments d'analyse ou lorsqu'un refus n'était pas annoncé comme lié à la CMU.

Les refus imputables à la CMU ont été peu nombreux chez les médecins généralistes, qu'ils exercent en secteur 1 (tarif opposable : un refus sur 62, soit plus de 98 % de rendez-vous accordés) ; ou en secteur 2 (honoraires libres : 4 refus sur 24, soit 83 % de rendez-vous accordés).

Ils ont été plus nombreux chez les spécialistes : 34 refus sur 83 ; et chez les dentistes : 18 refus sur 46 (aucune demande ne concernait une prothèse) (2).

Les spécialistes médicaux testés étaient en accès direct pour les patients, sans passage par le médecin traitant, selon les critères du parcours de soins de la convention médicale actuelle avec l'Assurance maladie : ophtalmologues (33 % de refus) ; pédiatres (41 % de refus) ; psychiatres (50 % de refus) ; gynécologues (44 % de refus) (2).

Téléchargé sur prescrire.org le 30/04/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement