Quelques points-clés pour commencer

Les synthèses des données cliniques constituent le socle de toute documentation utile pour les soignants.

Résumé structuré. Le résumé d'un document concernant la pratique clinique (article de recherche, synthèse de connaissances, guide de pratique, rapport d'évaluation, etc.) est la première partie lue par le professionnel de santé, et bien souvent la seule lorsqu'il est pressé.

Les résumés, rédigés en général par les auteurs du document, sont loin de toujours rendre compte fidèlement des informations contenues dans le corps du texte, quels que soient le journal ou la base bibliographique considérés (1). Il arrive même que les patients ou la pathologie concernés soient impossibles à identifier à partir de la lecture du résumé (2). De plus, l'emploi d'abréviations sans définition y est fréquent, alors que ces "sigles" peuvent fréquemment avoir plus d'une dizaine de significations différentes (3).

Les résumés des publications scientifiques originales sont rédigés traditionnellement selon un schéma "Objectifs – Méthodes – Résultats – Conclusions". À la fin des années 1980, plusieurs revues de renommée internationale ont adopté un nouveau schéma, plus informatif pour le lecteur, appelé "résumé structuré" (structured abstract, en anglais), consistant à expliciter les objectifs de la recherche, le type de protocole utilisé (essai comparatif randomisé ? étude de cohorte ? etc.), le contexte de l'étude (milieu hospitalier ? soins primaires ? etc.), les caractéristiques des patients participant à la recherche (quel âge, quel sexe, quel profil pathologique précis ? etc.), ce qui a été mesuré a priori, les résultats de l'étude et ses conclusions (4). Des modèles spécifiques de résumés structurés ont été conçus pour rendre compte des articles de synthèses et des guides de pratique (5).

Un certain nombre de bases de données bibliographiques (National Guideline Clearinghouse, DARE, HTA Database, etc.) proposent systématiquement des résumés structurés extrêmement détaillés, rédigés par un personnel formé à cette tâche, qui permettent aux utilisateurs de ces bases de données d'avoir une idée précise non seulement du contenu des documents indexés, mais également de leur qualité.

Synthèse méthodique. Le nombre d'articles originaux publiés chaque année en médecine et en pharmacie est tel qu'il est impossible à un praticien de prendre connaissance de toute cette production. Parmi toutes ces informations, certaines sont pertinentes mais difficiles à discerner, un grand nombre sont d'une qualité insuffisante, beaucoup sont plus ou moins contradictoires.

Les synthèses méthodiques (en anglais, "systematic review") ont pour but de résoudre ces différents problèmes (6). Elles sont effectuées selon une méthode explicite et reproductible, destinée à minimiser les biais de la synthèse d'information.

Pour être qualifiée de méthodique, une synthèse doit obligatoirement détailler ses objectifs (avec une définition précise des questions posées, des populations concernées, des interventions considérées), la stratégie de recherche documentaire, les critères d'inclusion et d'exclusion des études, l'approche choisie pour analyser les résultats des études incluses (en énonçant clairement les critères d'efficacité pris en considération et les méthodes statistiques employées en cas de méta-analyse).

Les synthèses de la *revue Prescrire*, du Réseau Cochrane, de DARE, de NICE, de l'Anaes, de la FNCLCC, etc., sont des synthèses méthodiques, qui diffèrent éventuellement entre elles selon les objectifs et les approches choisies (7).

Niveau de preuves. Dans les cas (fréquents) où les données sont incertaines ou contradictoires, les divers types de synthèses de connaissances (synthèses méthodiques, conférences de consensus, guides de pratique clinique, etc.) produites dans différents pays du monde, peuvent, par leurs conclusions et par les recommandations qui les accompagnent, aider les praticiens à prendre une décision raisonnée.

Les données sur lesquelles reposent ces conclusions et recommandations peuvent être présentées selon leur caractère de quasi-certitude, de présomption ou de simple opinion plus ou moins ferme. Cette distinction peut être faite soit de manière informelle, soit selon des règles préalablement fixées, autrement dit selon un système de "niveaux de preuves" (8).

"Niveau de preuves" est la traduction de l'expression anglaise "level of evidence". L'expression "strength of evidence" (force de la preuve) est également utilisée.

Dans le domaine de la recherche clinique, les principales méthodes de recherche (essais comparatifs randomisés, études comparatives cas-témoin, etc.) sont classées selon leur puissance démonstrative, du niveau le plus haut au niveau le plus bas. Le niveau de preuves est celui des données scientifiques provenant d'un type déterminé de méthode de recherche. Le choix des méthodologies de recherche à retenir et leur hiérarchisation en niveaux de preuves dépendent de la nature de la maladie considérée, ainsi que du domaine envisagé (prévention, diagnostic, thérapeutique, pronostic ou évaluation des risques). L'essai comparatif randomisé est souvent, mais pas toujours, la méthode la plus adéquate, et d'autres types de protocoles bien conçus sont parfois la source du meilleur niveau de preuves possible.

Dans le domaine des recommandations pour la pratique, une série de lettres de l'alphabet (de A à E, par exemple) est le plus souvent utilisée pour graduer la force des preuves associées à une conclusion ou à une recommandation particulière. Dans les systèmes où la lettre "A" symbolise le niveau de preuves le plus élevé, une recommandation de grade A est une incitation forte à la mise en pratique. ►►

Téléchargé sur prescrire.org le 28/04/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

▶ Le niveau de preuves considéré comme suffisant pour graduer une recommandation comme "forte" peut varier en fonction des organismes ou des sociétés savantes. Par ailleurs, du fait de la production continuelle de nouvelles connaissances, le niveau de preuves d'une conclusion ou d'une recommandation n'en est pas une caractéristique immuable.

Que les organismes d'évaluation et les sociétés scientifiques formalisent leurs recommandations selon la force de la preuve peut être considéré comme un progrès, dans la mesure où la transmission du savoir médical en devient plus critique et où les décisions des professionnels de santé peuvent être prises sur des bases plus claires.

Conférence de consensus. Les conférences de consensus empruntent leur schéma à trois modèles : le procès judiciaire, où les preuves sont présentées devant un jury impartial qui prononce le verdict final ; la réunion d'experts scientifiques qui présentent et discutent entre eux les résultats de leurs travaux ; le forum public où tous les acteurs sociaux concernés par le sujet peuvent venir exprimer leur point de vue.

Le modèle de référence a été développé originellement aux États-Unis d'Amérique par l'Office of Medical Application of Research (OMAR) des National Institutes of Health (NIH). Ce modèle a été repris dans le monde entier.

Les membres du jury d'une véritable conférence de consensus, y compris son président, ne doivent pas avoir défendu publiquement auparavant une position partisane sur telle ou telle question traitée dans la conférence, ni être symboliquement ou matériellement intéressés à tel ou tel de ses enjeux.

Par ailleurs, à l'inverse de ce qui se passe dans la plupart des réunions de spécialistes, toutes les écoles de pensée "rivales" et tous les courants de pratique sont en principe réunis et confrontés.

Dans une conférence de consensus, le dernier mot sur la synthèse des données scientifiques disponibles ne revient pas, comme c'est le cas dans un consensus d'experts, à un groupe de spécialistes particulier, mais à un jury pluridisciplinaire indépendant (9).

Guide de pratique clinique. L'Agence nationale d'évaluation en santé (Anaes), suivie notamment par des sociétés françaises de spécialistes, a choisi de traduire le terme anglais "clinical practice guideline" par "recommandations pour la pratique clinique", alias RPC.

Or, une "recommandation pour la pratique clinique" donnée contient toujours un chapelet de recommandations : par exemple, le "guideline" de l'AHRQ (Agency for Health care Research and Quality, http://www.ahrq.org) sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (1994) contient 37 recommandations distinctes. Pour désigner une recommandation singulière, les anglophones emploient toujours un mot distinct de "guideline", à savoir "recommendation". La Rédaction de la *revue Prescrire* a décidé de traduire "guideline" par "guide de pratique", comme le font les Canadiens. Cette traduction a le mérite de préserver la distinction entre le contenant ("guideline" ; alias guide de pratique) et le contenu ("recommendation" ; alias recommandation), et rend plus claire la différenciation entre la mise à jour d'une recommandation particulière et l'actualisation du guide de pratique dans son ensemble.

Mise à jour des recommandations. La légitimité d'un guide de pratique repose d'abord sur la qualité de sa méthode d'élaboration, sur le niveau de preuves attaché à chacune de ses recommandations, et sur la crédibilité de l'organisme qui le diffuse. Mais ce n'est pas tout : il faut aussi la garantie que l'ensemble de ces recommandations restent valides au moment où les professionnels de santé en prennent connaissance.

Les recherches documentaires nécessaires à la réalisation d'un guide de pratique s'effectuent dans les premiers mois de son élaboration. Il faut compter, en général, un à deux ans pour qu'un groupe de travail achève la rédaction. Les phases de publication et de diffusion du guide allongent de quelques mois encore le délai de réception de l'information par les professionnels. Ainsi, les recommandations d'un guide de pratique reposent fréquemment sur des données publiées plusieurs années auparavant (10).

L'information scientifique concernant les derniers essais thérapeutiques ou les nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques ne peut être acceptée sans esprit critique, et doit faire l'objet d'une analyse argumentée sous l'angle de sa qualité méthodologique, de son niveau de preuves, de sa pertinence pour les patients, etc. C'est pourquoi la décision finale de mise à jour d'un guide de pratique ne devrait reposer que sur le jugement collectif d'un "groupe de révision" pluridisciplinaire et œuvrant en toute indépendance, comme le groupe ayant produit la version initiale.

Sur la base d'évaluations concrètes de la vitesse de péremption des recommandations, une vérification tous les trois ans de la nécessité de leur mise à jour apparaît souhaitable, cet intervalle pouvant être raccourci ou allongé en fonction de l'abondance de la recherche clinique dans le domaine médical concerné.

Alors que les professionnels de santé sont incités à suivre les recommandations mises en exergue dans les guides de pratique diffusés par les agences publiques d'évaluation, les divers comités ministériels et les organismes professionnels, une garantie doit leur être donnée sur le caractère actualisé de ces recommandations (10).

La revue Prescrire

Extraits de la recherche documentaire Prescrire.

1- Prescrire Rédaction "Formation : ne pas se contenter des résumés" *Rev Prescrire* 2000 ; **20** (207) : 461-462.

2- Dijkers MP "Searching the literature for information on traumatic spinal cord injury : the usefulness of abstracts" *Spinal Cord* 2003 ; **41** (2) : 76-84.

3- Liu H et coll. "A study of abbreviations in MEDLINE abstracts" *Proc AMIA Symp* 2002 : 464-468.

4- Haynes RB et coll. "More informative abstracts revisited" *Ann Intern Med* 1990 ; **113** (1) : 69-76.

5- Hayward RS et coll. "More informative abstracts of articles describing clinical practice guidelines" *Ann Intern Med* 1993 ; **118** (9) : 731-737.

6- Prescrire Rédaction "Formation : priorité aux synthèses méthodiques" *Rev Prescrire* 2000 ; **20** (209) : 627-628.

7- Prescrire Rédaction "Le chemin d'un article - Deuxième partie : les revues de publications primaires" *Rev Prescrire* 2000 ; **20** (207) : 466-468.

8- Prescrire Rédaction "Pour un niveau de preuves explicite des recommandations" *Rev Prescrire* 1996 ; **16** (159) : 139-141.

9- Prescrire Rédaction "Conférences de consensus : à la recherche de la qualité" *Rev Prescrire* 1993 ; **13** (129) : 269-274.

10- Prescrire Rédaction "Guides de pratique : les recommandations ne sont pas éternelles" *Rev Prescrire* 2003 ; **23** (239) : 384-387.

Téléchargé sur prescrire.org le 28/04/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement

PRÉCISIONS ET CORRECTIONS

N° 245 (suppl.) – p. 884 – AHRQ

L'adresse du site internet de l'Agency for Healthcare Research and Quality est http://www.ahrq.**gov** et non http://www.ahrq.org.

Téléchargé sur prescrire.org le 28/04/2024
Copyright(c)Prescrire. Usage personnel exclusivement