

ANNEXES A LA GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES : LECTURE CRITIQUE D'ARTICLES MEDICAUX

EXTRAIT DES « REGLES DE BONNE PRATIQUE : LA COMMUNICATION DANS LES REVUES LE RESUME OU « ABSTRACT » (RULES FOR WRITING A SUMMARY OR ABSTRACT)

PAR PRADEAU F, PRADEAU M-C (**), INGRAND P, MIGEOT V - REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE 32,2:113-6 AVRIL-JUIN 2001 :

« **RESUME** : Deux types existent : le résumé indicatif et le résumé informatif.

Le résumé indicatif est le moins fréquemment rencontré actuellement. (...) Le rôle du résumé indicatif est d'indiquer brièvement le contenu de l'article, en ne donnant qu'une orientation générale sur celui-ci. Le résumé indicatif ne renseigne que sur le contenu général de l'article et le plan suivi. Il ne peut, en aucun cas, dispenser de la lecture intégrale de l'article, contrairement au résumé informatif.

Le résumé informatif prévaut actuellement, avec une structure normalisée, dite « Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion ». Il existe 2 cas particuliers de résumés informatifs : le résumé structuré et le résumé pour un congrès.

La rédaction du résumé est un temps fort de la rédaction scientifique, dont peut grandement dépendre l'audience de la publication.

Mots clés : résumé ; résumé indicatif ; résumé informatif.

Le résumé informatif est par excellence celui du compte-rendu d'une recherche clinique. Sa construction est dorénavant normalisée : c'est la structure IMRD, qui est celle qui organise également le corps de l'article*.

Cette présentation a de plus en plus la préférence de nombreuses revues pour la présentation de tous types de recherche (et pas uniquement de recherche clinique), car sa structure comporte une série de mots clés indiquant au lecteur où trouver les informations importantes résumant l'étude. Le sigle IMRD est constitué des initiales des mots Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion. Cette structuration est avant tout un moyen d'organiser les réponses aux questions qui caractérisent une recherche bien menée :

- quelle est la question posée ?
- comment a-t-elle été étudiée ?
- quels résultats ont été trouvés ?
- quelle interprétation et quel sens donner à ceux-ci ?

Au total, la présentation standardisée ne vaut pas tant par la notion de norme que surtout par l'outil qui est ainsi fourni, permettant de s'assurer et de démontrer que l'intégralité de l'étude est bien rapportée selon une logique aisément compréhensible car clairement développée.

La réponse aux questions ci-dessus doit être donnée en une ou deux phrases. La première phrase du résumé doit reprendre l'idée forte et directrice de l'introduction. Elle ne doit pas se borner à répéter le titre. L'énoncé bref de la méthode de travail doit suivre. Puis ce sont les résultats suffisamment détaillés, avec présentation des données chiffrées et des tests statistiques, qui sont exposés. La dernière phrase du résumé doit contenir la conclusion de l'étude.

Quel temps employer ? La logique impose d'employer des temps passés (imparfait ou passé composé) pour les 3 premières parties. Le présent ne doit être utilisé que pour les hypothèses et la conclusion.

Le résumé ne doit pas contenir d'appels à des références, des figures, des tableaux ou des notes. Il ne doit pas contenir non plus d'abréviations : celles-ci ne doivent être introduites que dans le texte de l'article.

Une exception est toutefois admise si l'élaboration permet de remplacer une expression longue plusieurs fois répétée dans le résumé (par exemple VIH pour virus de l'immunodéficience humaine).

Elle doit cependant respecter les règles habituelles en la matière. La longueur du résumé est souvent indiquée dans les instructions aux auteurs, données par chaque revue. Dans le système le plus souvent en vigueur pour les revues biomédicales (système dit de Vancouver3), le maximum est de 150 mots, soit 15 lignes dactylographiées. Pour des résumés dits structurés, 250 mots sont cependant acceptés. Certaines revues acceptent parfois 250 à 300 mots (une page dactylographiée en double interligne) ».

* La structure IMRD (parfois dénommée IMRAD, où le A est l'initiale de And) est celle qui prévaut pour les publications biomédicales. Mais ce n'est pas le seul standard qui existe. Dans d'autres disciplines (droit, économie...) moins dominées par les normes nord-américaines, le plan est donné par la norme AFNOR (Association française de normalisation), qui comporte les sections Introduction, Historique, Méthodes, Résultats et Discussion. Par ailleurs, dans le contexte d'un mémoire ou d'une thèse, une section « Revue de littérature » est insérée entre « Introduction » et « Méthodes ».

« **RESUME STRUCTURE** : de plus en plus fréquemment utilisé pour les articles scientifiques, et plus seulement pour les essais thérapeutiques et se subdivisant lui-même en deux catégories :

➤ le résumé structuré d'investigation clinique qui se structure en 8 paragraphes, avec un titre pour chacun :

- but de l'étude ;
- protocole, méthodes de l'étude ;
- lieu de l'étude ;
- sélection des participants ;
- méthodes thérapeutiques ;
- critère de jugement principal ;
- résultats ;
- conclusions

De nombreuses revues recommandent cette présentation (Annals of Internal Medicine [12, 13], British Medical Journal [14], Gut [15], Chest [16]...). D'autres se contentent parfois d'une présentation un peu plus allégée, mais en tout état de cause plus développée que la structure IMRD (American Journal of Medicine, New England Journal of Medicine, Lancet...).

➤ et le résumé structuré de « revues générales » et de « méta-analyse », qui comporte 6 paragraphes :

- but de l'étude ;
- origine des données qui ont servi à élaborer le travail ;
- sélection des études ;
- extraction des données ;
- synthèse des résultats ;
- conclusions »

« **RESUME POUR UNE COMMUNICATION A UN CONGRES** : présentant une large parenté avec le résumé d'un article pour une revue. En premier lieu, ce doit être un résumé informatif. L'exposé des résultats doit cependant être privilégié, au détriment de la discussion. De même, en dérogation à ce que l'on a dit précédemment pour le résumé d'un article, une ou deux références peuvent être citées. La présentation de ces résumés doit souvent s'inscrire dans les limites d'un cadre, sur une feuille de soumission pré-imprimée. Ce cadre (en général bleu ciel, évitant qu'il soit apparent sur des reproductions) permet la reprographie directe de l'abstract dans un recueil. Étant destiné à être reproduit en l'état, la présentation doit donc en être parfaite. En particulier elle doit scrupuleusement respecter les instructions spécifiques concernant la police et la taille des caractères, le nombre d'espaces ou de signes, ainsi que les emplacements dévolus au titre et au nom des auteurs. Ceci étant, les résumés de communication pour des congrès étant actuellement de plus en plus souvent reproduits sur supports électroniques (CD-ROM), c'est souvent sous forme électronique que le texte, avec sa mise en forme, est communiqué aux organisateurs ».

Règles IMRAD: Faculté de Médecine – ULP-F. Strasbourg – lecture critique d'un article médical original - 2007

[http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/enseignements_ formations/enseignements_diplomes/cursus_diplome_docteur_en_medecine/2eme_cycle/dcem_1/pdf/lecture_critique_art_medical_ original.pdf](http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/enseignements_ formations/enseignements_diplomes/cursus_diplome_docteur_en_medecine/2eme_cycle/dcem_1/pdf/lecture_critique_art_medical_original.pdf)

**EXTRAIT DE « LIRE UN ARTICLE MEDICAL : COMMENT ANALYSER LES RESULTATS D'UN ESSAI THERAPEUTIQUE »
PAR LE Dr OLIVIER CHASSANY ET Pr JEAN FRANÇOIS BERGMANN**

PLAN D'UN ARTICLE

Instructions pour la rédaction structurée du résumé d'un article

Contexte (<i>background</i>)	2 phrases pour le rationnel de l'étude
Objectif (<i>objective</i>)	quel est l'objectif principal ?
Schéma expérimental de l'étude (<i>design of the study</i>)	essai thérapeutique : essai contrôlé ? randomisé ? double aveugle ? étude de test diagnostique : quel est le critère de référence ? étude pronostique : étude de cohorte ? étude de causalité : essai contrôlé, randomisé ? étude de cohorte ? étude cas-témoin ? étude descriptive : étude transversale ? série de cas ?
Lieu de l'étude (<i>setting</i>)	communauté, soins primaires, centre spécialisé, patients ambulatoires, hospitalisés ?
Patients (<i>patients</i>)	critères d'éligibilité (inclusion et non-inclusion) nombre de patients inclus
Intervention (<i>intervention</i>)	description et durée de l'intervention, nom générique des médicaments
Critères de jugement (<i>measurements</i>)	quel est le critère principal qui a été retenu avant le début de l'étude
Résultats (<i>results</i>)	quels sont les principaux résultats ? l'évaluation a-t-elle été aveugle ? quel est l'intervalle de confiance de la différence ? quelle est la valeur de p ? les valeurs absolues sont-elles données ? le nombre de patients à traiter pour éviter un cas est-il précisé ?
Conclusions (<i>conclusions</i>)	les conclusions portent sur les résultats de l'étude

INTRODUCTION : Décrire pourquoi le travail a été fait.

Faire acquérir au lecteur des connaissances actuelles suffisantes pour suivre l'article. Mais cette mise au point est centrée sur le sujet traité et ne doit pas aboutir à faire de l'enseignement.

Ce qui est affirmé doit être référencé.

A la fin de l'introduction, les auteurs précisent le but du travail, la question posée et l'objectif.

Les revues préfèrent souvent une introduction courte (1 page).

MATERIEL ET METHODES : Décrire comment le travail a été fait.

Informations précises, rigoureuses, reproductibles, aptes à elles seules de refaire tout le travail (techniques d'examen ou de laboratoire déjà décrites référencées).

En fonction du travail, détailler : le schéma expérimental de l'étude (randomisation, technique de double aveugle), les critères de sélection des patients et témoins, les interventions à l'étude, les critères de jugement, le déroulement pratique de l'étude, l'avis du comité d'éthique et le recueil du consentement, le calcul du nombre de sujets à inclure, l'analyse statistique (tests usuels cités, tests moins classiques référencés).

Schéma identique pour une étude sur lignées cellulaires ou chez l'animal : genre, espèce, race, souche, lignée, fournisseur des animaux, conditions d'élevage au laboratoire (lumière, alimentation), conditions de recueil du critère d'évaluation..

Il faut qu'à la fin du chapitre, le lecteur ait compris la méthode, les patients, l'analyse...

On peut illustrer ce chapitre de tableaux et/ou de figures. Attention : ce chapitre est uniquement descriptif sans donner ni de résultat ni faire de commentaire.

RESULTATS : exposés de façon rigoureuse et objective avec des tableaux et figures pour alléger le texte et sans commenter.

Le texte est au passé.

Ne pas présenter uniquement les résultats en valeurs relatives (par exemple réduction du risque relatif), mais présenter les valeurs absolues (moyennes avec un indice de dispersion tel que la déviation standard, ou pourcentages), donner l'intervalle de confiance de la différence.

On peut obtenir une réduction importante du risque relatif (RR) de plus de 50% entre 2 traitements alors que l'incidence de l'événement est rare dans la population et que le nombre de patients à traiter sera grand.(...)

Il ne faut pas faire apparaître des résultats dans les chapitres matériel et méthodes, discussion ou dans le résumé alors qu'ils ne sont pas présentés dans le chapitre résultats.

DISCUSSION devant :

- interpréter les résultats
- critiquer les méthodes de l'étude et les résultats
- confronter les résultats aux données actuelles de la littérature
- dégager les orientations qui en découlent

et éviter de répéter l'introduction ou les résultats et de faire une revue générale ou didactique. Il ne faut pas discuter son travail dans les chapitres matériel et méthodes ou résultats.

REFERENCES : numérotées par ordre dans lequel elles sont appelées dans le texte où elles sont mises entre crochets (chiffres arabes). Toutes les références doivent être appelées dans le texte.

GRILLES DE LECTURE ET CRITERES DE QUALITE : de 3 à 57 questions prenant de 10 à 45 minutes pour être remplies

objectif clair	effets indésirables
critères d'éligibilité clairs	description des tests statistiques
randomisation	tests appropriés
méthode de randomisation explicitée	facteurs pronostics pris en compte
définition des traitements	comparabilité des groupes
méthode d'insu (patients, médecins, évaluateurs)	description des sujets éligibles, non inclus, inclus
critère de jugement principal clair	nombre de sujets inclus par groupe
conditions de mesure du critère de jugement	analyse statistique correcte (analyse en intention de traiter)
nombre de sujets nécessaire à inclure justifié	intervalles de confiance de la différence
suivi de l'étude	conclusions adéquates
observance	pertinence clinique
arrêt prématuré de traitement, sorties d'essai, perdus de vues	généralisation des résultats

TECHNIQUE DE RANDOMISATION : doit être décrite.

La randomisation est exempte de biais si la méthode permet d'assurer que tous les patients ont la même chance de recevoir l'un ou l'autre des traitements. Le tirage au sort généré par un système informatique ou manuellement par une liste de nombre au hasard ou une table de permutation est seul acceptable. Tout tirage au sort par l'année de naissance ou alternant les traitements (A,B,A,B...) ne respecte pas l'égalité des chances. De plus, si cette randomisation n'est pas dissimulée (concealment), la connaissance de l'attribution de tel traitement à tel patient est source de biais, car par exemple l'investigateur aura tendance à ne pas inclure un patient ou à retarder son inclusion.

L'aveugle (***c'est à dire à l'insu des patients, des médecins et du personnel soignant***) est indispensable pour éliminer la subjectivité du patient et du médecin. La randomisation peut aboutir à deux groupes non comparables sur un facteur pronostique important lorsque la taille de l'échantillon est faible.

Quelle est l'importance des effets du traitement ?

Les résultats s'expriment sous forme de moyennes soit de pourcentages. Quand les résultats s'expriment en pourcentages d'apparition d'un événement (infarctus, décès, effet indésirable), il y a plusieurs présentations possibles :

A	fréquence de l'événement sous le traitement de comparaison
B	fréquence de l'événement sous le nouveau traitement
A - B	réduction absolue du risque (RAR)
p	valeur de p de la différence A - B
IC95	intervalle de confiance (IC95) de la différence A - B
B / A	risque relatif (RR)
$(A - B) / A \times 100\%$	réduction relative du risque (RRR)

Quelle est la précision de l'estimation des effets du traitement ?

L'IC95 de la différence entre les 2 traitements devrait toujours être précisé (moyennes ou pourcentages).

En cas d'essai positif (différence statistiquement significative), la limite inférieure de l'IC95 permet de s'assurer que la réduction la plus faible du risque reste cliniquement significative ou non.

En cas d'essai négatif, si la limite supérieure de l'IC95 s'avère cliniquement importante, on peut en conclure que l'essai n'est pas parvenu à exclure une efficacité importante du traitement.

Les résultats vont-ils m'aider à soigner mes patients ? Les critères de jugements sont-ils pertinents ? Les résultats sont-ils extrapolables à la population générale ?

On peut apprécier l'intérêt du traitement à partir de l'étude en calculant le nombre de sujets à traiter (NST) pour éviter un événement : $1 / (A - B)$.

Cependant, peut-on extrapoler ce NST découlant d'une étude à une population dont la maladie est moins sévère et pour laquelle le bénéfice thérapeutique apporté par le nouveau médicament est peut-être moins important (risque de survenue de l'événement en l'absence moins élevé).

Les bénéfices probables du traitement contrebalancent-ils sa possible toxicité et son coût ?

On peut mettre en parallèle le NST pour éviter un événement et le NST correspondant pour voir apparaître un effet indésirable.

Exemples de présentation de résultats d'études publiées :

Taux de l'événement sous A	Taux de l'événement sous B	Réduction absolue du risque (RAR)	Réduction relative du risque (RRR)	Risque relatif (RR)	Nombre de sujets à traiter pour éviter un événement (NST)
A%	B%	A - B	[(A - B) / A] x 100%	B / A	1 / (A - B)

Etude de prévention secondaire après un accident vasculaire cérébral chez des patients en fibrillation auriculaire.

critère : taux de récurrence d'accident vasculaire par an

Taux de l'événement sous placebo	Taux de l'événement sous anticoagulant	Réduction absolue du risque (RAR)	Réduction relative du risque (RRR)	Risque relatif (RR)	Nombre de sujets à traiter pour éviter un événement (NST)
n = 214 17%	n = 225 8%	A - B = 9%	[(A - B) / A] x 100% = 53%	B / A = 47%	1 / (A - B) = 11 (traités pendant 1 an)

European Atrial Fibrillation Trial Group. Secondary prevention in non rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke. Lancet 1993; **324**: 1255-62.

Essai contrôlé de la warfarine au cours des fibrillations auriculaires en l'absence de valvulopathie (suivi de 18 mois).

critère : taux de récurrence d'accident vasculaire par an

Taux de l'événement sous placebo	Taux de l'événement sous anticoagulant	Réduction absolue du risque (RAR)	Réduction relative du risque (RRR)	Risque relatif (RR)	Nombre de sujets à traiter pour éviter un événement (NST)
n = 265 4,3%	n = 260 0,9%	A - B = 3,4%	[(A - B) / A] x 100% = 79% (IC95 = 52%-90%)	B / A = 21%	1 / (A - B) = 29 (traités pendant 1 an) (IC95 = 26-45)

Ezekowitz MD, Bridgers SL, James KE et al, for the Veterans Affairs Stroke Prevention in Nonrheumatic Atrial Fibrillation Investigators. Warfarin in the prevention of stroke associated with nonrheumatic atrial fibrillation. N Engl J Med 1992; 327: 1406-12.

Etude de la mortalité après un infarctus du myocarde avec défaillance cardiaque.

critère : taux de mortalité toutes causes à 30 mois

Taux de l'événement sous placebo	Taux de l'événement sous anticoagulant	Réduction absolue du risque (RAR)	Réduction relative du risque (RRR)	Risque relatif (RR)	Nombre de sujets à traiter pour éviter un événement (NST)
n = 992 23%	n = 1014 17%	A - B = 6%	[(A - B) / A] x 100% = 27% (IC95 = 11%-40%, P = 0,002)	B / A = 78%	1 / (A - B) = 17 (traités pendant 30 mois)

The acute infarction Ramipril efficacy (AIRE) study investigators. Effect of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. Lancet 1993; **342**: 821-8.

ETUDES ET NIVEAU DE PREUVE DE L'EBM :

	Selon Fieschi Biblio 12	Nature du travail
Niveau 1		revues systématiques et méta-analyses
Niveau 2	Niveau 1	grands essais comparatifs randomisés avec résultats indiscutables <i>La limite inférieure de l'intervalle de confiance de la différence entre 2 traitements dépasse la différence cliniquement significative.</i>
Niveau 3	Niveau 2	petits essais comparatifs randomisés et/ou résultats incertains <i>La limite inférieure de l'intervalle de confiance de la différence n'atteint pas la différence cliniquement significative (mais la différence observée atteint ou dépasse cette différence cliniquement significative).</i>
Niveau 4	Niveau 3	essais comparatifs non randomisés avec groupe témoin : cohorte
Niveau 5	Niveau 4	essais comparatifs non randomisés avec groupe témoin historique : cas-témoin
Niveau 6	Niveau 5	toute étude non comparative, série de patients, toute étude fortement biaisée, enquête transversale, cas clinique

STRUCTURE IMRAD D'UN ARTICLE MEDICAL SCIENTIFIQUE (Selon Fieschi Bibliographie 14)

Introduction	<p>Fixe brièvement le contexte général du problème étudié et présente une synthèse de la connaissance utile pour comprendre l'intérêt et l'importance de la question posée par les auteurs.</p> <p>Le dernier paragraphe de l'introduction formule en général l'objectif de l'étude.</p>
Matériels et Méthodes	<p>Décrit précisément ce qui a été fait pour répondre à la question énoncée dans l'introduction : plan expérimental (schéma de l'étude), sélection des patients, répartition des malades dans les groupes étudiés (randomisation, ...), variables observées et relevées, modalités de mesure des variables, ...</p> <p>Permet de savoir si l'étude a été conduite avec une méthodologie appropriée et reproductible.</p>
Résultats	<p>Commence en général par une description des échantillons étudiés, qui permettra de savoir à quels malades on pourra appliquer le résultat obtenu.</p> <p>Donne ensuite les résultats en rapport avec l'objectif principal de l'étude, puis des résultats en rapport avec d'éventuels objectifs secondaires.</p>
Discussion	<p>Permet aux auteurs de proposer une interprétation de leurs résultats, de la validité de ces résultats, de leur caractère général, de leur importance théorique et pratique, en les confrontant éventuellement aux données de la littérature.</p>

BIAS ET PROCEDURE PERMETTANT DE LIMITER LEUR IMPACT

Type de Biais	Définition	Procédure limitant ce biais
Sélection	Introduction d'une différence systématique entre les groupes. Les groupes de sujets à comparer initialement seront différents en termes de facteurs pronostiques connus mais aussi inconnus.	<p>Randomisation des interventions étudiées pour répartir de la même façon dans les deux groupes en début d'étude les facteurs mesurables et non mesurables.</p> <p>Vérifier quels sont les sujets inclus dans l'étude, quels sont les sujets non inclus.</p>
Exécution (évaluation)	Introduction d'une différence systématique dans les soins et le suivi (intervention testée mise à part).	La notion d'aveugle permet de minimiser la part de subjectivité.
Exclusion (analyse)	Résulte notamment de l'existence et de l'importance du nombre des sujets perdus de vue pendant l'étude et qui seront éventuellement exclus de l'analyse des résultats.	Limiter, par la qualité de la réalisation de l'étude, le nombre de sujets perdus de vue. Les prendre en compte dans l'analyse, même si on ne dispose pas de leurs résultats.
Détection	Biais dans la mesure du critère choisi pour l'évaluation du résultat.	Critère de jugement mesurable, plutôt que déclaratif, fiable, validé

INDICATEURS APPRECIANT LA QUALITE D'UNE MESURE

Caractéristique	Autre dénomination	Élément de réponse
Sensibilité	Taux de vrais positifs	Qualité de ce test pour identifier les personnes qui sont malades?
Spécificité	Taux de vrais négatifs	Qualité de ce test pour exclure à bon escient les personnes qui ne présentent pas la maladie?
Valeur prédictive positive	Probabilité post-test d'un test positif	Si un sujet est testé positif, quelle est la probabilité pour qu'il présente la maladie?
Valeur prédictive négative	Probabilité post-test d'un test négatif	Si un sujet est testé négatif, quelle est la probabilité pour qu'il n'ait pas la maladie?
Précision		Quelle proportion de tous les tests pratiqués a donné un résultat correct?
Rapport de vraisemblance positif		Dans quelle proportion trouve-t-on un test positif chez un sujet malade par rapport à un sujet sain?
Rapport de vraisemblance négatif		Dans quelle proportion trouve-t-on un test négatif chez un sujet sain par rapport à un sujet malade?

PREMIERE SYNTHESE DE LA LECTURE CRITIQUE (Selon Fieschi Bibliographie 12)

Pouvez-vous trouver cette information dans l'article ?	Problème de méthodologie ?	Impact de ce problème sur la validité de l'étude ?
Quelle est la question posée par les auteurs ?	S'agit-il de l'évaluation de l'impact d'une intervention ? De l'importance d'un problème de santé ?...	Impact de ce problème sur la validité de l'étude ?
Quel est le schéma de l'étude?	Est-il approprié à la recherche ?	Si non, les résultats sont-ils utiles ?
Quelles sont les variables étudiées et comment sont-elles mesurées ?	Les variables sont-elles pertinentes ?	Biais et erreurs de mesures ?
Y a-t-il des facteurs de confusion potentiels ?	Erreurs de mesures ? Ces facteurs ont-ils été contrôlés ?	Impact de l'importance du problème sur les résultats ?
Quelle est la méthode d'échantillonnage ?	Biais de sélection ?	Impact de l'importance du biais sur les résultats ?
Des tests statistiques ont-ils été utilisés ?	Les tests sont-ils appropriés aux données ? Les intervalles de confiances sont-ils fournis ?	Les tests sont-ils appropriés aux données ? Les intervalles de confiances sont-ils donnés ? Puissance ?
Les résultats ont-ils un intérêt clinique ou « social » ?	La taille de l'échantillon était-elle adaptée pour détecter cet intérêt (puissance) ?	Le résultat est-il utile ou non concluant ?
Quelles sont les conclusions des auteurs ?	Ces résultats sont-ils intéressants pour la population qui vous intéresse ?	

**TABLEAU DES PRINCIPALES SOURCES D'INFORMATION MEDICALE
(D'APRES MONNET REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE 13)**

NB : Les sources sont présentées par ordre décroissant de fiabilité potentielle : des plus fiables (revues scientifiques à comité de lecture), aux moins fiables (documents promotionnels de l'industrie pharmaceutique).

Sources d'information	Contenu et caractéristiques	Fiabilité
<p align="center">Revues scientifiques internationales et nationales</p> <ul style="list-style-type: none"> New England Journal of Medicine Lancet British Medical Journal JAMA Annals of Internal Medicine Presse Médicale De nombreuses autres..... <p>Recommandations pour la pratique rédigées par des organismes indépendants Disponibles en ligne sur les sites suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ANAES : www.anaes.fr AFSSAPS : www.santé.fr 	<p align="center">Articles originaux et synthèses générales</p> <p>La qualité scientifique des articles est évaluée par un comité de lecture (peer-review) Revues répertoriées par Medline et les grandes banques de données bibliographiques</p> <p align="center">Méthode d'élaboration rigoureuse Déclaration des conflits d'intérêt Financement public des travaux Diffusion gratuite</p>	<p>Généralement bonne</p> <p>Consulter, en fin d'article, les rubriques « financement » et « conflits d'intérêt » : certaines études sont sponsorisées par des intérêts industriels Prudence avec les numéros supplémentaires financés par l'industrie</p> <p>Généralement bonne mais obsolescence souvent rapide Lourdeur des mises à jour</p>
<p align="center">Revues de FMC</p> <ul style="list-style-type: none"> Prescrire PMT Impact médecin, Concours Médical, Revue du Praticien, FMC Hebdo Diverses revues de spécialités... 	<p align="center">Articles de mise au point et informations professionnelles</p> <p>Comité de rédaction et groupes de relectures indépendants Comité de rédaction et Comité scientifique</p>	<p align="center">Articles non répertoriés par Medline</p> <p>Revue financée exclusivement par ses lecteurs : bonne fiabilité Financées en partie par les annonceurs (industrie) : fiabilité incertaine Certaines revues sont en ligne sur le site www.33docpro.com</p>
<p align="center">Revues professionnelles (tabloïds)</p> <ul style="list-style-type: none"> Le Quotidien du Médecin Le Généraliste Panorama du Médecin 	<p align="center">Actualités professionnelles Articles de publicité rédactionnelle Très peu d'articles scientifiques</p> <p>Comité de rédaction Journaux appartenant à des groupes de presse grand public</p>	<p>Faible fiabilité des données scientifiques: beaucoup d'abonnements gratuits, financées exclusivement par les annonceurs de l'industrie pharmaceutique</p>
<p align="center">Documents promotionnels</p>	<p>Conçus par l'industrie pharmaceutique</p>	<p>A utiliser avec esprit critique : Objectivité scientifique variable souvent faible</p>