



HAL
open science

Lecture critique d'article en médecine palliative : tentative de conciliation

Isabelle Colombet

► **To cite this version:**

Isabelle Colombet. Lecture critique d'article en médecine palliative: tentative de conciliation. Médecine Palliative, 2010, 9 (5), pp.242-250. 10.1016/j.medpal.2010.05.001 . hal-01396870

HAL Id: hal-01396870

<https://hal.science/hal-01396870>

Submitted on 13 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

Lecture critique d'article en médecine palliative : tentative de conciliation

Isabelle Colombet

Faculté de médecine de l'Université Paris-Descartes, INSERM UMRS 872, eq. 20

Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Européen Georges Pompidou,

Adresse pour correspondance:

Centre de Recherche des Cordeliers

INSERM UMRS 872, eq. 20

Faculté de Médecine de Paris Descartes,

15 rue de l'école de médecine

75006 Paris

Tel : 33 1 53 10 92 04

Fax : 33 1 53 10 92 01

e-mail : isabelle.colombet@egp.aphp.fr

RESUME

Les incitations à la recherche et à l'évaluation se multiplient en soins palliatifs. Pourtant, faute de formation initiale, le manque d'une certaine culture méthodologique des professionnels est un frein à leur développement. L'introduction en 2009 d'une épreuve de lecture critique d'un article médical (LCA) à l'examen classant national témoigne du fait que savoir lire un article scientifique est désormais reconnu comme l'une des compétences indispensables à transmettre aux étudiants en médecine. Cet article décrit tout d'abord en quoi consiste un enseignement de LCA, son intérêt et les limites de sa mise en œuvre, pour ensuite ouvrir une réflexion sur l'adaptation de la LCA à l'apprentissage et à l'exercice de la médecine palliative.

L'enseignement de la LCA vise la maîtrise des outils de recherche documentaire, la méthode de lecture rapide et les bases méthodologiques nécessaires pour la compréhension des informations scientifiques et l'analyse de leur validité. Cet enseignement est utile et nécessaire, en soins palliatifs comme dans tout autres spécialités médico-chirurgicales. Néanmoins, il est fondé sur un paradigme (la médecine fondée sur le niveau de preuve) qui a montré ses limites et ses dérives : l'utilisation des concepts qui lui sont sous-jacents doit donc être réfléchi et adaptée aux contraintes et aux principes fondateurs des soins palliatifs. Ceci ne peut s'envisager qu'avec une motivation forte et une ouverture franche des praticiens de soins palliatifs et des méthodologistes, conditions nécessaires à une réelle collaboration.

SUMMARY

The incentives for research and evaluation are increasing in palliative care. However, lack of methodological skills among professionals is an obstacle to their development. In 2009, a test for critical appraisal of literature (CAL) was introduced as a part of the national residency

examination for medical students. Reading a scientific article is now recognized as one of the skills necessary to convey to future doctors. This paper first describes what CAL is and what it means to teach it. Second, it addresses the question whether or not CAL should be integrated as a part of a training program in palliative medicine and how this is feasible.

CAL skills concern information retrieval and basic methodological knowledge necessary for the understanding of scientific information and analysis of its validity. Such skills are useful and necessary in palliative care as they are in all other medical or surgical specialties. However, CAL is based on a paradigm (evidence-based medicine) which has proved to be powerful, as potentially dangerous. Its underlying concepts must be used with caution and adapted to the constraints and founding principles of palliative care. This supposes strong motivation and open-minded collaboration between palliative care practitioners and methodologists.

INTRODUCTION

La création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) « médecine de la douleur et médecine palliative » dans le cadre du 3^{ème} cycle des études médicales est incontestablement un pas important vers la reconnaissance d'une médecine palliative [1]. Un axe « soins palliatifs » est venu s'ajouter en 2009 aux axes thématiques proposés dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique et cet axe a été reconduit pour l'appel à projet 2010. Plus récemment, le rapport d'évaluation de la loi Léonetti a recommandé la création d'un Observatoire national de la fin de vie, dont les missions seront entre autres le développement d'incitations à la recherche et à l'évaluation des pratiques en soins palliatifs [2]. Cependant, un frein majeur au développement de l'évaluation et de la recherche est le manque de culture méthodologique des professionnels de soins palliatifs, ou en tout cas leur accès limité à des ressources d'aide méthodologique pour l'élaboration et la conduite de projet de recherche.

Dans le cadre de la formation médicale, l'introduction en 2009 d'une épreuve de lecture critique d'un article médical (LCA) à l'Examen Classant National a stimulé l'enseignement aux étudiants de 2^{ème} cycle des compétences méthodologiques minimales pour 1) lire et comprendre rapidement un article scientifique, 2) en analyser la validité interne (qualité de la méthodologie) et les résultats, 3) en dégager l'intérêt et la portée pour sa pratique clinique ou sa recherche future [3]. Savoir lire un article scientifique a été ainsi reconnu comme l'une des compétences indispensables à transmettre aux étudiants en médecine. Pourtant, l'introduction de cet enseignement ne s'est pas fait sans difficulté. Certains l'ont défendu comme un outil essentiel pour la pratique de la médecine (savoir s'informer, savoir s'engager dans une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité de ses pratiques, savoir développer un problème de recherche) [4], d'autres ont mis en garde contre le danger de sa « sacralisation » pour la pratique médicale [5].

L'enseignement de la médecine palliative étant appelé à se développer, en synergie avec les efforts d'incitation à la recherche, la question d'y introduire un enseignement de LCA se doit d'être posée. Dès son origine, la médecine palliative s'est affirmée sur certaines spécificités par lesquelles elle s'est démarquait de la médecine classiquement enseignée et pratiquée. Tenant compte de ces spécificités, quels peuvent être les objectifs d'un enseignement de LCA en médecine palliative? L'enseignement peut-il être conçu de la même façon ou nécessite-t-il quelques ajustements ? À quel public doit-il s'adresser ? Par qui doit-il être dispensé et selon quelles modalités ?

Cet article décrit tout d'abord en quoi consiste un enseignement de LCA, les compétences qu'il vise à transmettre, son intérêt et les limites de sa mise en œuvre, pour ensuite ouvrir une réflexion sur l'adaptation de la LCA à l'apprentissage et à l'exercice de la médecine palliative.

QU'EST-CE QUE LA LECTURE CRITIQUE (LCA) ?

L'information médicale scientifique est devenue démesurément abondante. S'informer, mettre à jour régulièrement ses connaissances, ou faire un état de l'art sur une question en préparation d'un travail de recherche..., l'ensemble de ces tâches suppose pour un praticien de savoir filtrer quantitativement et qualitativement différentes sources de connaissances. Ce double filtrage nécessite des compétences en recherche documentaire et en lecture critique d'article.

Avant la lecture critique, la recherche documentaire

Pour répondre à une question clinique donnée il est logique de rechercher en priorité des revues de synthèse ou, à défaut, des articles originaux, tout en sachant qu'un article isolé, même de bonne qualité, n'apportera forcément qu'une vision partielle de la réponse recherchée. Précisons ici qu'une revue de synthèse n'apporte une information réellement plus complète, que si sa méthodologie en garantit l'exhaustivité, ce qui autorise alors à la qualifier de revue « systématique ».

Les bases de données bibliographiques constituent une source de connaissances parmi d'autres. MEDLINE (accessible via le site PubMed) est l'incontournable, donnant accès au contenu de la National Library of Medicine américaine. EMBASE recouvre à peu près le contenu de MEDLINE, mais indexe aussi d'autres revues notamment non anglophone. Son caractère payant rend cette base moins accessible que MEDLINE, bien qu'elle soit pourtant plus riche. D'autres sont également utiles, soit parce qu'elles offrent des synthèses de la littérature médicale existante, revues systématiques ou méta-analyse (librairie Cochrane), soit parce qu'elles sont plus spécialisées, par exemple en sciences fondamentales (BIOSIS, pour *biological abstracts*), en santé publique (BDSP, base de données de santé publique) ou en sciences humaines et sociales (FRANCIS, Base de données bibliographique française produite

par l'Institut de l'Information Scientifique et Technique du CNRS). Lorsqu'il s'agit d'y trouver des éléments de réponse à une question précise, l'utilisation efficace des moteurs de recherche est indispensable. Or, elle demande un minimum de compétences, dans la mesure ou l'accès à un(e) documentaliste n'est pas toujours facile.

Pourquoi la lecture critique

On pourrait penser qu'il suffit de lire les articles des meilleures revues pour se dispenser de tout regard critique sur une publication.

Certes, les processus de publication permettent déjà une sélection stricte d'études de bonne qualité. Dans la plupart des grandes revues cliniques, un article soumis est revu par un à trois experts extérieurs ainsi que par le comité éditorial, voire, quand cela est justifié et pour les meilleures revues, par un statisticien. Moins de 6% des articles soumis par exemple au JAMA seront finalement publiés. La qualité de cette sélection dépend bien sûr de celle de la revue, de ses moyens et de sa politique éditoriale, notamment de son adhésion aux « Unified Requirement for Manuscripts (URM) » [6] ou du fait qu'elle endosse certains standards de publications. De tels standards sont aujourd'hui définis pour chaque type d'étude originale : le CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) pour un essai contrôlé randomisé d'évaluation d'un traitement [7], le STARD (*STAndards for the Reporting of Diagnostic accuracy studies*) pour une étude d'évaluation de la performance d'un test diagnostique [8], le COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) pour une étude qualitative [9], *etc.* Cette standardisation concerne à la fois la forme et le contenu de l'article. Les éléments d'information exigés sont ceux nécessaires pour comprendre le protocole et le déroulement exact de l'étude, apprécier sa validité interne avant d'en comprendre et exploiter les résultats. Ces standards sont répertoriés dans le cadre du réseau EQUATOR (Enhancing QUALity and Transparency Of health Research) et constituent des outils précieux d'aide à l'écriture pour les auteurs et d'évaluation pour les éditeurs [10].

Néanmoins, certaines stratégies de publications prioritaires peuvent pourtant reléguer au second plan d'éventuelles limites méthodologiques, au profit de la recherche d'un impact fort : c'est par exemple sur la base de nombreuses revues informelles de la littérature, commanditées par l'industrie et néanmoins publiées dans de grandes revues, que le traitement hormonal substitutif de la ménopause a pu être largement généralisé avant d'être radicalement remis en cause par l'étude de la Women's Health Initiative [11, 12]. Autre exemple, la promotion du célécoxib, nouvel anti-inflammatoire associé soi-disant à une incidence réduite d'effets secondaires gastriques s'est appuyée sur les résultats fallacieusement avantageux d'un essai analysé non conformément à son protocole initial, et néanmoins publié dans le New England Journal Medicine [13]. Ces exemples sont certes caricaturaux, mais illustratifs du fait que l'édition scientifique n'est pas un monde idéal.

Même lorsqu'une publication est de qualité, il reste nécessaire en toutes circonstances d'apprécier dans quelle mesure l'objectif formulé répondra à la question que l'on se pose, avec quel niveau de preuve, moyennant quelles approximations et avec quel degré d'incertitude. L'analyse de certains éléments de la méthodologie mise en œuvre permettra seule de pondérer les résultats obtenus et de légitimer leur interprétation et leur exploitation dans un contexte donné.

Les compétences et les outils de la LCA

A l'origine de la méthode...

L'enseignement de LCA, tel qu'il s'est développé aujourd'hui est très largement inspiré de la méthode de lecture critique développée dans les « User's guides to the medical literature », série publiée dans le JAMA entre 1992 et 2002 et qui constitue l'outil pédagogique principal de la médecine fondée sur les preuves [14, 15]. Ces guides sont des grilles de lecture, toutes structurées pour répondre à 3 questions successives, concernant une étude donnée : « la méthodologie de l'étude est-elle valide ? », « quels sont les résultats ? », « qu'apportent les

résultats à ma pratique ? ». Les articles ciblés sont ceux qui décrivent une étude originale, c'est-à-dire ceux qui apportent des données nouvelles issues d'un travail de recherche. L'ensemble des guides proposés converge vers un même objectif : exploiter les résultats de la recherche clinique (ensemble d'études originales) pour sa pratique.

Les outils

La lecture critique est d'abord une technique de lecture rapide, pour savoir où chercher l'information utile, éviter de lire ce qui est inutile pour sa pratique ou de méthodologie non valide (cf. tableau 2). Le titre et la dernière phrase de l'introduction, permettent de vérifier d'emblée si les objectifs du travail correspondent à ce que l'on cherche. La lecture en diagonale de la méthodologie permet d'apprécier a priori si elle peut répondre à l'objectif et ce, sans biais majeur. Enfin, la lecture des tableaux et figures suffit généralement à l'évaluation des résultats, à mettre en perspective avec la conclusion des auteurs normalement énoncée en début de discussion. A chaque étape, on peut stopper la lecture de l'article s'il existe des motifs de rejet. A l'inverse, si cette lecture rapide confirme l'intérêt de l'article, celui-ci peut alors faire l'objet d'une lecture plus détaillée reprenant les mêmes étapes.

Ce sont ensuite quelques connaissances méthodologiques indispensables pour apprécier la validité interne de l'étude et en comprendre les résultats. Ces connaissances sont du niveau de celles transmises généralement au cours du premier cycle des études médicales. Elles concernent essentiellement :

- les différents plans d'études possibles pour répondre à un type d'objectif donné (par exemple, seul un essai contrôlé randomisé permettra de répondre avec un niveau de preuve satisfaisant à la question de l'efficacité thérapeutique d'un médicament) (cf. tableau 1).
- les différents « indices d'effets » utilisables pour exprimer les résultats d'une étude suivant un plan expérimental donné (un risque relatif, un rapport de cotes, un nombre

de sujet à traiter *etc.*). La signification des ces indices sera envisagée à deux niveaux d'interprétation souvent confondus : le degré de signification clinique (la taille ou quantité de l'effet) et le degré de signification statistique (le risque évalué généralement au seuil de 5% de rejeter à tort l'hypothèse nulle, c'est à dire de conclure à l'existence d'un effet, alors qu'il n'y en a pas). Dans une étude ayant inclus un grand nombre de sujets, la différence de survie moyenne entre un groupe traité par une chimiothérapie et un groupe traité par un placebo peut être statistiquement significative, alors même que l'amplitude de cette différence ne sera que de quelques jours ou semaines.

- les principales qualités méthodologiques qui garantiront, pour chaque type d'étude, un niveau raisonnable de validité interne : elles ne sont en fait pas très nombreuses [14]. Par exemple, dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé, c'est essentiellement sur la qualité de la randomisation et sur le maintien de la comparabilité des groupes au cours de l'essai, que repose la fiabilité de l'inférence qui sera faite pour conclure, à savoir qu'une différence observée est due au traitement étudié, l'effet de tout autre facteur étant neutralisé par ailleurs.

La LCA est enfin la distanciation nécessaire pour placer les résultats obtenus dans la démarche de résolution d'une question de recherche ou même d'un cas clinique : comment les résultats de cette étude s'intègrent avec les connaissances acquises ? Puis-je considérer que le contexte organisationnel de l'étude est comparable au mien ? La population de patients étudiée est-elle semblable à celle que je suis amené à prendre en charge ? Les conditions de réalisation des interventions étudiées (traitement invasif, test diagnostique) sont-elles reproductibles dans mon environnement ?

L'enseignement : par qui, à qui, quand et comment ?

La mise en place de l'enseignement de LCA, suite à l'introduction de l'épreuve à l'ECN a été progressive et s'est faite selon des modalités très variables dans les facultés françaises, probablement du fait, entre autres, d'une carence d'enseignants bien aguerris à l'exercice [16]. La conception et l'organisation de cet enseignement doivent tenir compte de quelques pré-requis qui peuvent chacun faire difficulté.

Premièrement, l'apprentissage de la LCA passe nécessairement par l'acquisition d'un minimum de notions simples en biostatistiques et en méthodologie de recherche et d'épidémiologie clinique. Ces notions sont généralement transmises dans les facultés par les enseignants de santé publique et/ou de biostatistiques, souvent aussi par des pharmacologues pour la recherche clinique. Souvent perçu d'utilité restreinte à un sous-groupe de futurs médecins qui s'orienteront vers une activité de recherche, l'enseignement des biostatistiques et de l'épidémiologie n'a généralement pas bonne presse auprès des étudiants. Pourtant, un enseignement des notions de bases devrait être considéré comme nécessaire à tous dans la mesure où il vise l'acquisition de compétences et d'outils qui seront mobilisables lors de l'exercice de lecture critique.

A ces outils de base, il faut ajouter la compréhension de l'anglais. Par son origine même, l'exercice de lecture critique se doit d'être ouvert à la littérature internationale. Les revues francophones, pénalisées par un facteur d'impact faible, sont moins attractives pour les auteurs de travaux de recherche originaux que les revues anglo-saxonnes. Or, l'enseignement de la lecture critique s'appuie plus efficacement sur des articles originaux exemplaires et de bonne qualité (qualité d'écriture et qualité méthodologique). Ceux-ci sont plus difficiles à trouver dans des revues francophones.

Enfin, l'entraînement à la lecture critique n'a de sens que s'il est dispensé conjointement, ou au moins de manière coordonnée, par des enseignants méthodologistes et des enseignants cliniciens. A cette seule condition, la démarche véhiculée par la LCA, forcément perçue

comme nécessaire par les étudiants dans la mesure où elle est sanctionnée par une épreuve à l'ECN, peut également être comprise comme utile pour leur pratique future. C'est aussi cette nécessité qui confère à cet enseignement sa « transversalité ». La coordination d'enseignants impliqués d'un côté dans la transmission d'outils et compétences transversaux et de l'autre dans celle de connaissances plus spécialisées à visée clinique n'est pas chose facile à mettre en pratique. A ce titre, il peut d'ailleurs être intéressant de revenir à l'origine des principes fondateurs de la LCA en interrogeant leur bien fondé pour le médecin clinicien : d'où vient la résistance de l'enseignant médecin lui-même pour s'approprier la démarche, d'un manque de formation ? d'un manque de temps ? d'un environnement culturel qui l'oriente davantage vers la connaissance technique avec une exigence d'acquisition rapide de nouvelles compétences ? d'une perception de mise en concurrence de cette démarche de LCA avec son expertise clinique ? ou encore également d'une difficulté de conciliation d'un modèle objectiviste d'une médecine scientifique à celui, plus subjectiviste d'une médecine soignante ?

POUR UNE ADAPTATION DE L'ENSEIGNEMENT EN MEDECINE PALLIATIVE

Médecine palliative et EBM : histoire d'un quiproquo?

Dans sa présentation initiale, l' « evidence-based medicine » consistait à promouvoir une démarche active d'acquisition de connaissances médicales pour s'acheminer vers une prise de décision en suivant 5 étapes : 1) douter (renoncer à ses certitudes); 2) formuler de façon claire et adéquate des questions pertinentes, 3) rechercher l'information scientifique pouvant potentiellement y répondre (donc savoir identifier et fouiller des bases documentaires), 4) exploiter l'information en évaluant son niveau de preuve (sa fiabilité, le degré de certitude et de réponse qu'elle apporte sur la question considérée) et en faire la synthèse, 5) individualiser la décision sur la base du problème médical posé par UN patient, en prenant en compte son profil, ses préférences, le contexte... La LCA s'est clairement inscrite dans l'apprentissage des étapes 2 à 4.

Le paradigme a évolué par la suite. L'évaluation et la prise en compte des préférences du patient et de son contexte psychosocial ont été remises en exergue pour l'aide à la décision clinique, revalorisant ainsi l'expérience du clinicien, au-delà de la simple acquisition de connaissances [17].

Cela n'a pourtant pas empêché l'exploitation du concept d'EBM à des fins dérivées tel que l'élaboration de recommandations de bonne pratique, la communication commerciale, ou le pilotage managérial de la qualité des soins. Gordon Guyatt, un des pères fondateurs du mouvement, en a lui-même dénoncé les dangers [18]. Sur le terrain de la pratique médicale, il en résulte que le terme d' « *evidence-based medicine* » est souvent utilisé pour caricaturer l'opposition du modèle d'une médecine scientifique objectivante à celui d'une médecine plus humanisante, qui replace le patient au centre, comme sujet.

Les fils conducteurs d'une bonne pratique de la médecine palliative peuvent justement se définir dans la globalité de la prise en charge du patient reconsidéré comme sujet, dans la pluridisciplinarité de l'exercice, dans la relecture et la mise en perspective des décisions par rapport à certains principes éthiques et dans le respect du vécu de chacun des acteurs. Ceci explique sans doute que la diffusion de cette « culture » véhiculée par la médecine palliative n'a jamais vraiment fait bon ménage avec celle de la médecine fondée sur les preuves, ceci en dépit des efforts de quelques praticiens pionniers et aguerris avant l'heure aux deux modes de pensée [19]. Si l'on accepte néanmoins l'utilité de transmettre aux praticiens ou futurs praticiens de médecine palliative, des compétences pour la lecture critique d'article, il semble logique de réfléchir à des adaptations de cet enseignement, peut-être nécessaires pour concilier ces deux cultures.

Les outils adaptés pour la recherche en médecine palliative

Recherche documentaire

Neuf revues dont le titre comporte le radical « palliat* » sont indexées dans MEDLINE. Plus d'une quinzaine intéressent les soins palliatifs, si l'on ajoute dans la recherche d'autres termes tels que « death » ou « hospice ». Beaucoup d'articles en rapport avec la médecine palliative sont également publiés dans d'autres revues à facteur d'impact généralement plus important, soit plus spécialisées (douleur, oncologie, réanimation), soit au contraire plus généralistes (BMJ, JAMA) (cf. tableau 3). La surabondance d'information scientifique concerne donc aussi la médecine palliative. Le moteur de recherche dans MEDLINE permet d'utiliser des questions de recherche ou « filtres » : combinaison de mots clés thématiques, noms d'auteur, année de publication, type d'articles, etc. Un filtre spécialisé pour restreindre la base de recherche au contenu relatif aux soins palliatifs a été validés et publié [20-22]. Facile à utiliser (par un simple copier-coller dans Pubmed), il constitue un outil précieux pour optimiser la sensibilité et la spécificité d'une recherche. Le nombre d'articles obtenus avec ce filtre est

multiplié par un facteur 4 entre 1990 (1059 articles) et 200 (2590 articles) et par 20 si la recherche est limitée aux essais cliniques (13 articles en 1980, 250 en 2009).

Certaines bases importantes sont moins communément fréquentées par la communauté médicale, mais certainement particulièrement pertinentes pour les soins palliatifs: citons par exemple CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), d'accès payant, pour la recherche en soins infirmiers)[23] et PsychINFO, accessible gratuitement, pour la recherche en psychologie)[24].

En matière de synthèse d'information scientifique, la librairie Cochrane rassemble toutes les revues systématiques publiées par la collaboration internationale du même nom. Ces revues sont conduites par des groupes de travail pour une spécialité clinique donnée. Un groupe de travail dédié aux soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur [25] est animé depuis le Royaume-Uni, avec un actif de 256 revues systématiques ou protocoles en cours, dont 56 en soins palliatifs (concernant par exemple, l'efficacité des benzodiazépines sur l'insomnie, ou l'hydratation en soins palliatifs) [26].

Une difficulté spécifique de la recherche documentaire en soins palliatifs tient probablement à l'importance particulière de ce qui est communément appelé la littérature grise, c'est-à-dire la documentation moins facile à trouver car non indexée dans les bases bibliographiques courantes. Il s'agit des articles de journaux non indexés (cas de la plupart des revues nationales non anglophones), mais aussi des actes de conférences spécialisées, des thèses, des rapports publics ou institutionnels, des ouvrages de références, *etc.* Le site australien *Caresearch*, vitrine d'un réseau de recherche en soins palliatifs, offre des ressources intéressantes pour les démarches de recherche documentaire, de lecture critique et de synthèse d'informations en médecine palliative [20]. En français, le Centre de Documentation et de Recherche National François Xavier Bagnoud fait également référence, incontournable pour accéder à cette littérature grise, francophone en particulier [27].

Enseignement de la LCA

Préparer un enseignement dirigé de LCA dans le cadre d'une formation aux soins palliatifs pose plusieurs questions.

La première concerne le choix des articles : quel type d'article privilégier (évaluation d'un traitement ou d'une intervention par un essai contrôlé randomisé ; évaluation d'un test diagnostique, étude observationnelle longitudinale d'un facteur pronostique...), quelle langue et quelles revues ? Ce choix dépend certainement du public et du cadre de l'enseignement, formation initiale ou continue, médecins et/ou autres professionnels mélangés, master professionnel ou recherche. Dans le cadre d'une formation à la recherche, l'anglais est incontournable pour ouvrir le choix aux revues internationales. Le choix du type d'article renvoie ensuite au type de question de recherche pouvant se poser en soins palliatifs, dont la variété dépasse largement celle de l'efficacité d'un traitement médicamenteux, évaluée par un essai contrôlé randomisé, même si ce type d'étude a bien sûr toute sa place en médecine palliative, comme ailleurs. D'autres types d'étude sont aussi à privilégier : une étude de cohorte d'évaluation de facteurs pronostiques ou, une étude qualitative d'évaluation explicative de tel ou tel phénomène complexe ou organisation. Ce deuxième type d'étude est peu ciblé par les enseignements actuels de LCA. Il existe pourtant des référentiels méthodologiques permettant d'en apprécier la validité et donc l'exploitation pour la recherche ou la pratique [28-30].

La deuxième question concerne la bonne application à la médecine palliative, des standards méthodologiques classiquement utilisés en recherche et épidémiologie cliniques. Cette question nécessite une réflexion, au cas par cas, avec une double expérience approfondie dans le domaine de la méthodologie et dans l'exercice de la médecine palliative. Elle renvoie à la nécessité d'un binôme clinicien / méthodologiste pour dispenser un enseignement fiable et pertinent pour la spécialité, avec une portée signifiante pour le praticien de terrain. Elle nous

entraîne à évoquer les difficultés méthodologiques spécifiques à la recherche en soins palliatifs.

Difficultés méthodologiques spécifiques de la recherche en soins palliatifs

Les analyses des difficultés de la recherche en soins palliatifs sont multiples, portant sur la mise en œuvre d'essais cliniques [31], ou, au stade d'élaboration d'un protocole, sur la définition de critères de jugement pertinents pour les patients, familles et acteurs de soins [32], sur le choix de plans expérimentaux adaptés [33-36], sur la définition de populations accessibles et pertinente pour investiguer un objectif donné et l'efficacité du recrutement des sujets [37, 38], etc..

Par exemple, dans le cadre de l'évaluation de la qualité des prises en charge au cours des derniers mois de vie chez des patients atteints de cancer à un stade avancé, Bach *et al.* montrent combien l'étude prospective d'une cohorte de femmes atteintes de cancer du sein et sélectionnées sur la base d'un indice pronostique, amène à des résultats différents par rapport à l'étude rétrospective de patientes décédées de cancer du sein : l'intersection des deux populations ainsi sélectionnées est faible, les possibilités de mesures dans les deux études induisent des types de biais différents. Cependant, la fin de vie ne pouvant se définir logiquement qu'à partir du décès avéré, les auteurs finissent par encourager une bonne étude rétrospective, plus pertinente, plutôt qu'une étude de cohorte coûteuse en suivi inutile. Ceci vient bousculer l'échelle classique du niveau de preuve.

D'autres difficultés concernent les indicateurs ou critères de jugements. Quels sont les critères mesurables les plus pertinents pour rendre compte des objectifs visés par les soins palliatifs ? Quelle est la source d'information la plus fiable pour enquêter sur le vécu d'un patient décédé (sa famille, les soignants impliqués dans sa prise en charge, la traçabilité des modalités de sa prise en charge dans le dossier médical) ? Comment standardiser la mesure d'un phénomène subjectif (par exemple, l'effet de l'oxygénothérapie sur la dyspnée en fin de vie)

chez des patients, dont l'état général n'autorise une auto-mesure que très inconstamment. A nouveau, les principes de qualité métrologique (fiabilité et exactitude) sont mis à mal et la définition de critères de substitution, l'analyse de facteurs de confusion potentiels ou la construction d'échelles de mesure prennent alors toute leur place.

CONCLUSION

L'enseignement de lecture critique est utile et nécessaire, en soins palliatifs comme dans tout autres spécialités médico-chirurgicales.

Cet enseignement est l'occasion d'une acculturation à la méthodologie de la recherche et de l'épidémiologie clinique. Cette acculturation représente un enjeu particulier en soins palliatifs, où l'ambition est de développer une activité de recherche et d'évaluation, et de s'intégrer dans la pratique à la médecine classique. Elle concerne la recherche documentaire et la compréhension méthodologiques d'études originales de recherche

La lecture critique est fondée sur un paradigme (l'EBM) qui a montré ses limites et ses dérives : l'utilisation des concepts qui lui sont sous-jacents doit être réfléchi et adaptée aux contraintes et aux principes fondateurs des soins palliatifs. Ceci ne peut s'envisager qu'avec une motivation forte et une ouverture réelle des praticiens de soins palliatifs et des méthodologistes, conditions nécessaires à une réelle collaboration

REFERENCES

1. Arrêté du 26 mars 2007. Diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine de la douleur et médecine palliative, Bulletin Officiel n°9.
2. Rapport d'information n°1287 au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, et présenté par à l'Assemblée nationale M. Jean LEONETTI (<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1287-t1.pdf>) p 230.
3. Conférences des Doyens et CNCI. Charte d'enseignement de la Lecture Critique d'article. Juin 2007 (<http://www.cnci.univ-paris5.fr/medecine/>, dernier accès le 22 janvier 2010).
4. Durieux P, Menard J. [Critical appraisal of medical literature: an essential tool to practice medicine]. *Presse Med* 2009; **38**(1):7-9.
5. Steichen O, Grateau G. [Zen and the art of critical appraisal of articles]. *Presse Med* 2009; **38**(6):1005-6, author reply 1006-7.
6. ICJME. International Commmittee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts (URM) Submitted to Biomedical Journals: writing and Editing for Biomedical Publications. <http://www.icmje.org/index.html> (last accessed on January 2010).
7. www.consort-statement.org.
8. www.stard-statement.org.
9. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; **19**(6):349-57.
10. www.equator-network.org.

11. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama* 2002; **288**(3):321-33.
12. Singer N, *Medical Papers by ghostwriters pushed therapy. Ghostwriters pad by Wyeth promoted its hormone therapy drugs in journals*, in *New York Times*. 2009, aug 5.
13. Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs. nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: A randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study. *Jama* 2000; **284**(10):1247-55.
14. Guyatt G, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, 2nd Edition* (<http://www.jamaevidence.com/resource/520>). 2008: American Medical Association. Published by The McGraw-Hill Companies, Inc. .
15. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. *Jama* 1993; **270**(17):2093-5.
16. Estellat C, Faisy C, Colombet I, Chatellier G, Burnand B, Durieux P. French academic physicians had a poor knowledge of terms used in clinical epidemiology. *J Clin Epidemiol* 2006; **59**(9):1009-14.
17. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *Bmj* 2002; **324**(7350):1350.
18. Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *Jama* 2008; **300**(15):1814-6.

19. Froment A, ed. *I. Maladie, donner un sens; II: Médecine scientifique, médecine soignante; III: Pour une rencontre soignante*. Editions des archives contemporaines, une pensée d'avance ed. 2001.
20. CareSearch, palliative care knowledge network. <http://www.caresearch.com.au/>.
21. Sladek R, Tieman J, Fazekas BS, Abernethy AP, Currow DC. Development of a subject search filter to find information relevant to palliative care in the general medical literature. *J Med Libr Assoc* 2006; **94**(4):394-401.
22. Sladek RM, Tieman J. Applying evidence in the real world: a case study in library and information practice. *Health Info Libr J* 2008; **25**(4):295-301.
23. <http://www.ebscohost.com/cinahl/>
24. <http://psycnet.apa.org/index.cfm>
25. <http://www.papas.cochrane.org/fr/collaboration.html>.
26. <http://www.papas.cochrane.org/en/localrevs.html>
27. Centre de ressources national soins palliatifs François-Xavier bagnoud. <http://www.croix-saint-simon.org/formation-et-recherche/centre-de-ressources-national-soins-palliatifs-francois-xavier-bagnoud?page=rubrique>.
28. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 2000; **284**(3):357-62.
29. Giacomini MK, Cook DJ. Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care B. What are the results and how do they help me care for my patients? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 2000; **284**(4):478-82.
30. Cochrane qualitative research methods group. <http://www.joannabriggs.edu.au/cqrmg/>.

31. Frasca M, Salas S. Réflexion sur la recherche clinique en soins palliatifs à travers un essai thérapeutique sur l'effet antalgique de l'association kétamine–morphine *Médecine palliative* 2008; **8**((1)):7-14.
32. Fowler FJ, Jr., Coppola KM, Teno JM. Methodological challenges for measuring quality of care at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 1999; **17**(2):114-9.
33. Bach PB, Schrag D, Begg CB. Resurrecting treatment histories of dead patients: a study design that should be laid to rest. *Jama* 2004; **292**(22):2765-70.
34. Carlson MD, Morrison RS. User's guide to research in palliative care: why is a new series needed? *J Palliat Med* 2008; **11**(9):1258-61.
35. Carlson MD, Morrison RS. Study design, precision, and validity in observational studies. *J Palliat Med* 2009; **12**(1):77-82.
36. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. *Jama* 2008; **299**(14):1698-709.
37. Teno JM. Putting patient and family voice back into measuring quality of care for the dying. *Hosp J* 1999; **14**(3-4):167-76.
38. Teno JM, Byock I, Field MJ. Research agenda for developing measures to examine quality of care and quality of life of patients diagnosed with life-limiting illness. *J Pain Symptom Manage* 1999; **17**(2):75-82.
39. Guiharda N, Stefanib L, Villard ML, Mousseaud M. Dépistage du syndrome confusionnel en soins palliatifs : étude prospective à l'aide de l'échelle Nu-Desc (Nursing Delirium Screening Scale) au centre hospitalier universitaire de Grenoble. *Med Pall* 2008; **7**:121-129.

40. Noël-Guillet A, Guillet B, Dubois S, Ravallec F. Intérêt du facteur pronostic inflammatoire et nutritionnel (PINI) chez les patients hospitalisés en unité de soins palliatifs. *Med Pall* 2008; 7:260 - 265.
41. Good P, Cavenagh J, Mather M, Ravenscroft P. Medically assisted nutrition for palliative care in adult patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(4):CD006274.

Tableau 1 : Plans d'études appropriés pour répondre à différents types de questions de recherche

Objet de l'article	Exemples de questions	Plan de l'étude
Evaluation de l'efficacité thérapeutique d'une intervention médicale	- Mesurer l'efficacité <i>antalgique</i> (sur EVA) d'une association <i>morphine-kétamine</i> chez des <i>patients en soins palliatifs restant douloureux sous morphine</i> , par comparaison à l'association morphine-placebo	- essai contrôlé randomisé
Évaluer un lien de causalité	- Estimer le degré d'association entre une hypercholestérolémie et la survenue de maladie d'Alzheimer	- étude de cohorte - étude cas-témoins
Evaluer un test diagnostic	- Quelle est la performance diagnostique de <i>l'échelle Nu-Desc</i> (Nursing Delirium Screening Scale) pour le dépistage du <i>delirium</i> en soins palliatifs [39].	- études cas-témoins - étude de cohorte
Identifier des facteurs pronostiques	- Valeur pronostique de la <i>durée de survie</i> du <i>PINI</i> (facteur pronostique inflammatoire et nutritionnel) chez les <i>patients hospitalisés en unité de soins palliatifs</i> [40]	- étude de cohorte
Synthétiser des informations	- déterminer l'effet de la <i>nutrition artificielle</i> sur la <i>qualité de vie</i> et la <i>survie</i> de <i>patients en soins palliatifs</i> [41].	- revue systématique - méta-analyse

Tableau 2 : Principales étapes de lecture rapide d'un article

Sections de l'article	I. Quelle information rechercher en priorité ?	II. Qu'en tirer sur la validité de l'article et son utilité pour répondre à une question pratique ?
Introduction	<p>Objectif (dernière phrase de l'introduction), caractérisé par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - population - « intervention » (traitement, test diagnostique, facteur de risque ou pronostique évalué) - critère de jugement (issue clinique, ou gold standard) - plan de l'étude 	<p>Un énoncé clair et complet de l'objectif est nécessaire pour apprécier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à quelle question de recherche précise va pouvoir répondre l'étude - si le plan de l'étude est approprié pour répondre à la question
Méthode	<p>Population</p> <ul style="list-style-type: none"> - lieux et date - critères d'inclusion - mode de recrutement <p>Critère de jugement définition, mesures, modalités de recueil, temps de suivi</p> <p>Autres éléments propres à chaque type d'article : notamment la prise en compte dans l'analyse d'autres facteurs que celui évalué</p>	<p>Des lieux, dates et critère d'inclusion dépendent la validité externe de l'étude (représentativité de la population)</p> <p>Le mode de recrutement oriente la recherche d'un biais de sélection</p> <p>La qualité de la mesure du critère de jugement orient vers des biais d'information (reproductibilité, perdus de vue, etc.)</p> <p>La prise en compte ou non d'autres facteurs oriente vers un biais de confusion</p>
Résultats	<p>Tableaux et figures</p> <ul style="list-style-type: none"> - tableau 1 : caractéristiques des patients - figure 1 : flow chart - autres tableaux et figures : résultats en terme d'indices d'effets estimés et leur précision 	<p>Le tableau 1 permet de vérifier la validité externe de l'étude et, dans le cadre d'étude comparative, la comparabilité des groupes expérimentaux</p> <p>Le flow chart permet de vérifier le processus de recrutement et la qualité du suivi</p> <p>Les indices d'effets présentés doivent correspondre au plan expérimentaux* ; la signification des résultats est appréciée au niveau clinique (taille d'effet) et statistique (précision de l'estimation)</p>
Discussion	<p>Conclusion : 1^{ère} phrase de la discussion</p>	<p>La conclusion doit répondre à l'objectif fixé a priori tenir compte des principaux biais</p>

* ex : odds ratio dans une étude cas-témoins, risque relatif ou hazard ratio dans une étude de cohorte

Tableau 3 : Nombre de références retrouvées en 2009 dans MEDLINE, selon différents filtres de recherche

Année 2009	Tout MEDLINE	Core clinical journals ^{\$}	Revue généralistes*	JAMA	BMJ
« palliative filter » ^{\$\$}	4590	441	116	23	65
« palliative filter » ^{\$\$} limited by “clinical trial”	264	32	8	2	5
« palliat* »	2815	207	25	7	10
« palliat* » limited by “clinical trial”	161	17	4	1	3

*JAMA, BMJ, NEJM, Lancet, Annals,

^{\$}Liste donnée par l'AIM (Abridged Index medicus) <http://www.nlm.nih.gov/bsd/aim.html>

^{\$\$}Filtre de recherché validé pour la base Medline [20-22] : advance care planning[mh] OR attitude to death[mh] OR bereavement[mh] OR terminal care[mh] OR hospices[mh] OR life support care[mh] OR palliative care[mh] OR terminally ill[mh] OR death[mh:noexp] OR palliat*[Text Word] OR hospice*[Text Word] OR terminal care[Text Word] OR 1049-9091[journal] OR 1472-684X[journal] OR 1357-6321[journal] OR 1536-0539[journal] OR 0825-8597[journal] OR 1557-7740[journal] OR 1552-4264[journal] OR 1478-9523[journal] OR 1477-030X[journal] OR 0749-1565[journal] OR 0742-969X[journal] OR 1544-6794[journal] OR 0941-4355[journal] OR 1873-6513[journal] OR 0145-7624[journal] OR 1091-7683[journal] OR 0030-2228[journal] OR ((advance care plan*[text word] OR attitude to death[text word] OR bereavement[text word] OR terminal care[text word] OR life supportive care[text word] OR terminally ill[text word] OR palliat*[Text Word] OR hospice*[Text Word] OR terminal care[Text Word] OR "Am J Hosp Palliat Care"[Journal] OR "BMC Palliat Care"[Journal] OR "Int J Palliat Nurs"[Journal] OR "J Pain Palliat Care Pharmacother"[Journal] OR "J Palliat Care"[Journal] OR "J Palliat Med"[Journal] OR "J Soc Work End Life Palliat Care"[Journal] OR "Palliat Support Care"[Journal] OR "Palliat Med"[Journal] OR "Am J Hosp Care"[Journal] OR "Hosp J"[Journal] OR "J Support Oncol"[Journal] OR "Support Care Cancer"[Journal] OR J Pain Symptom Manage"[Journal] OR 0145-7624[journal] "Death Educ"[Journal] OR "Death Stud"[Journal] OR "Omega (Westport)"[Journal]) NOT Medline[sb]) AND English[lang]