



Êtes-vous un clinicien « factuel » ?

Michel Labrecque et Michel Cauchon

Pratiquez-vous selon les principes de la médecine factuelle ? Pour le savoir, prêtez-vous à notre jeu-questionnaire. Répondez à chacune des questions (honnêtement, il va sans dire !) et faites le total de vos points.

1. Lorsqu'une rencontre avec un patient suscite une question clinique :

- a. je cherche toujours la réponse ;
- b. je cherche parfois la réponse ;
- c. je ne cherche jamais la réponse ;
- d. j'ai toujours en tête les réponses à mes questions.

La médecine factuelle (ou *evidence-based medicine* en anglais) repose sur l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données scientifiques dans l'établissement des soins à prodiguer à un patient¹. Une telle approche se résume en anglais par cinq mots correspondant à cinq étapes : *Ask* (demander), *Access* (chercher), *Appraise* (analyser), *Apply* (utiliser) et *Assess* (évaluer). La première étape consiste pour le médecin à se poser des questions au cours des rencontres cliniques et à les formuler de façon appro-

priée pour les résoudre plus facilement. On estime qu'une journée de travail en médecine générale suscite de 15 à 20 questions, dont la majorité reste en suspens du fait que le clinicien n'y donne pas suite². La deuxième étape est de chercher (et de trouver !) les données scientifiques qui pourraient répondre aux questions formulées ; la troisième, de procéder à leur analyse critique, c'est-à-dire de juger de leur pertinence (dont leur importance sur le plan clinique et statistique) et leur validité sur le plan méthodologique ; la quatrième, d'utiliser les informations obtenues dans sa pratique clinique et enfin, la cinquième, d'évaluer l'intégration des étapes précédentes de manière réflexive et d'apporter les correctifs nécessaires.

Si vous avez répondu *a.* à la question 1, n'exagérez-vous pas un peu ? Donnez-vous tout de même 5 points. Si vous avez répondu *b.*, bravo ! Inscrivez 10 points. Si vous avez répondu *c.*, notez 2 points pour votre honnêteté ! Et si vous avez répondu *d.*, vous n'obtenez aucun point, car c'est impossible !

Le Dr Michel Labrecque, omnipraticien, exerce à l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Saint-François d'Assise et est professeur titulaire au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval, à Québec. Le Dr Michel Cauchon, omnipraticien, exerce à l'unité de médecine familiale du Centre Maizerets et est professeur agrégé au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de la même université.

2. Lorsque je désire répondre à une question clinique, je la formule selon le modèle PICO.

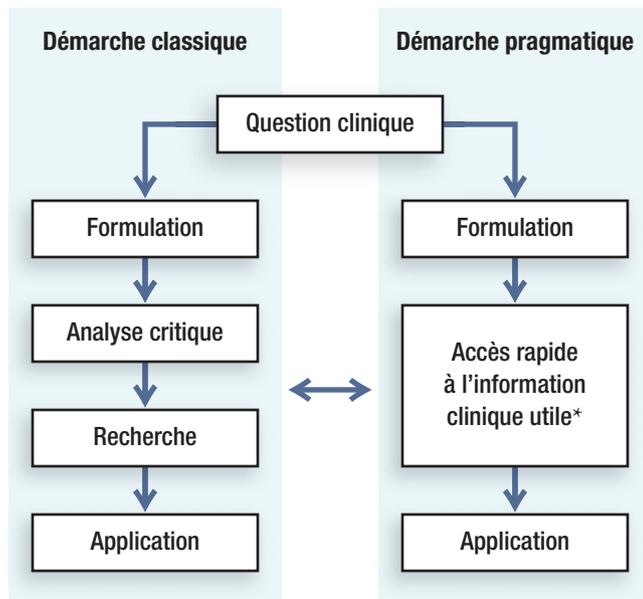
- a. Souvent.
- b. Parfois.
- c. Jamais.
- d. Je ne sais pas ce que veut dire PICO.

La médecine factuelle repose sur l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données scientifiques dans l'établissement des soins à prodiguer à un patient.

Repère

Figure 1

Étapes de la médecine factuelle selon les démarches classique et pragmatique^{1,3}



* Utile signifie que l'information a fait l'objet d'une analyse critique quant à sa pertinence pour les soins à apporter au patient et à sa validité sur le plan scientifique.

La formulation structurée des questions cliniques facilite la recherche (et la découverte !) d'informations pour y répondre. L'acronyme anglais PICO permet de se souvenir des éléments qui font partie d'une question bien formulée. Ainsi, la question doit comprendre les caractéristiques du patient (*Population*), l'intervention diagnostique, thérapeutique ou préventive envisagée pour le patient ou son exposition à un facteur de risque pour sa santé (*Intervention*), la comparaison de l'intervention ou de l'exposition à un groupe témoin (*Comparison*) et les résultats d'intérêt pour la santé du patient (*Outcome*). Pour savoir comment rédiger une question PICO et pour voir un exemple, consultez l'article des D^{rs} Michel Cauchon et Guylène Thériault intitulé : « L'information clinique au bout des doigts », dans le présent numéro.

Si vous avez répondu *a.* à la question 2, bravo ! Marquez 10 points. Si vous avez répondu *b.*, inscrivez 5 points. Si vous avez répondu *c.*, votre réponse est claire ! Votre pointage aussi : 0. Si vous avez répondu *d.*, vous savez maintenant ce que signifie PICO, mais vous ne méritez aucun point.

3. Pour trouver la réponse à mes questions sur l'efficacité d'un test diagnostique, d'un traitement ou d'une intervention préventive, voici ce que je fais le plus souvent :

- je cherche un article original dont je fais moi-même l'analyse critique ;
- j'utilise un moteur de recherche de données factuelles ayant fait l'objet d'une analyse critique ;
- je fouille dans les revues ou les livres de ma bibliothèque ;
- je demande à un collègue.

Pour qu'une information sur l'efficacité d'une intervention clinique soit réellement utile, elle doit être à la fois valide sur le plan scientifique et pertinente quant aux soins à prodiguer aux patients. En d'autres mots, l'intervention doit réduire de façon significative la mortalité, la morbidité, les symptômes ou améliorer la qualité

de vie des patients, et non seulement leurs paramètres biologiques³. Elle doit également être facilement accessible, et sa qualité et son utilisation en pratique doivent être aisées à établir³. Internet nous permet maintenant d'accéder rapidement aux données originales d'une recherche, qui doivent toutefois faire l'objet d'une évaluation critique. Heureusement, il est de moins en moins nécessaire de le faire soi-même, car d'autres s'en chargent pour nous et mettent ces informations « prêtes à servir » à notre disposition. Pour en savoir plus, reportez-vous à l'article des D^{rs} Michel Cauchon et Guylène Thériault intitulé : « L'information clinique au bout des doigts », dans le présent numéro. Les étapes Recherche des données originales et Analyse critique de la démarche factuelle « classique » décrites à la question 1 se trouvent ainsi grandement simplifiées. Cette démarche « pragmatique » est illustrée à la figure 1.

Si vous avez répondu *a.*, bravo ! Inscrivez 10 points, mais vous êtes tout de même l'exception. Si vous avez répondu *b.*, bravo également et accordez-vous 10 points. Si vous avez répondu *c.*, allouez-vous 2 points pour

vosre curiosité. Si vous avez répondu *d.*, ça ne vaut pas plus de 2 points. On fait tous ça un jour ou l'autre, mais peut-on toujours se fier à la réponse obtenue ?

4. Je connais les critères pour évaluer la qualité de l'information scientifique en médecine.

- Très bien. J'utilise des grilles d'analyse critique pour différents types d'articles scientifiques.
- Assez bien. Sans avoir tous les critères en tête, je sais reconnaître une information pertinente et valide.
- Un peu. Il me semble que j'ai déjà vu ça.
- Pas du tout. Je n'en ai aucune idée !

La médecine par les preuves est souvent associée uniquement à la lecture critique d'articles de recherche en médecine. Il s'agit effectivement d'une étape importante de la démarche. Plusieurs publications et sites Internet y sont d'ailleurs consacrés, comme vous pourrez le constater à la lecture des articles subséquents. Toutefois, la réduction de la médecine factuelle à la seule lecture critique a mené à de faux débats et à des confrontations futiles avec, entre autres, l'approche centrée sur le patient et la médecine narrative. Ces diverses méthodes sont complémentaires dans une pratique clinique qui se veut à la fois scientifique et humaine. De toute façon, comme nous l'avons dit à la question précédente, il n'est presque plus nécessaire de faire le fastidieux travail d'analyse critique soi-même. Aujourd'hui, d'autres s'en chargent pour nous (figure 1).

Mais attention ! Il faut être capable d'établir si ces « autres » ont fait leur travail correctement. Ainsi, la connaissance des critères de qualité de l'information médicale s'avère un élément incontournable de la médecine factuelle. Par exemple, pour un article qui traite de l'efficacité d'une intervention thérapeutique ou préventive, on cherche des essais cliniques à répartition aléatoire où les mesures ont été prises pour tous les patients recrutés et, si possible, à l'insu de ces

derniers et des chercheurs. Par ailleurs, les résultats doivent être significatifs tant sur le plan clinique que statistique. Pour une revue systématique, on s'assure que la question est claire et précise, que la recherche des articles est exhaustive et que la sélection des articles ainsi que l'extraction des données, l'analyse de leur qualité et leur synthèse reposent sur des critères objectifs. Si une méta-analyse a été faite, on vérifie que les études étaient suffisamment homogènes. Enfin, pour établir la validité de la sensibilité et de la spécificité d'un test diagnostique, on doit en comparer, à l'insu, les résultats du test avec ceux d'une norme de référence chez des patients représentatifs de ceux chez qui le test sera utilisé et qui ont été recrutés de façon consécutive.

Si vous avez répondu *a.*, bravo ! On ne peut être contre la vertu, notez 10 points. Si vous avez répondu *b.*, inscrivez également 10 points. Cependant, attention de ne pas perdre vos bonnes habitudes. Si vous avez répondu *c.*, donnez-vous 2 points pour votre résolution de revoir vos notions de lecture critique. Si vous avez répondu *d.*, vous avez intérêt à lire les autres articles du numéro. N'inscrivez aucun point.

5. Je suis les recommandations des guides de pratique fondés sur des données probantes.

- Souvent, mais jamais sans en avoir fait une évaluation critique et toujours avec discernement.
- Toujours, et à la lettre si elles émanent d'organismes que je crois dignes de confiance.
- Parfois. Je n'ai pas le temps de lire tout ce que je reçois dans mon courrier.
- Jamais. J'évite à tout prix ces livres de recettes.

Les guides de pratique clinique sont des énoncés systématiques ayant pour but d'aider les professionnels et les patients à prendre des décisions sur les soins appropriés dans des circonstances spécifiques⁴. Ce sont donc des ressources précieuses qui ont le potentiel

Les mentions « EBM », « fondées sur des données probantes » ou « médecine factuelle » associées à un guide de pratique sont trop souvent récupérées à des fins promotionnelles et ne constituent donc pas une garantie que les recommandations représentent la seule ligne à suivre.

Repère

Encadré

Dix éléments essentiels de la médecine factuelle⁵

Voici dix éléments essentiels d'information à présenter en formation continue pour favoriser la pratique de la médecine factuelle et la prise de décision partagée.

1. Le problème de santé traité
2. Les diverses options thérapeutiques ou préventives possibles (y compris ne rien faire)
- 3.-4. Leurs avantages (1 élément) et leurs risques (effets indésirables) (1 élément) ainsi que les probabilités qui y sont associées
- 5.-8. L'incertitude entourant l'évaluation des avantages (2 éléments) et des risques (2 éléments)
 - ⊗ La validité des données
 - ⊗ La précision statistique des données
9. Les probabilités des avantages et des risques selon le même dénominateur
10. Une méthode (outil, tableau) pour mieux communiquer les informations aux patients

d'améliorer les soins prodigués aux malades. Cependant, ce ne sont ni des bibles ni des livres de recettes qu'il faut respecter à tout prix. Leur utilisation judicieuse après en avoir fait une analyse critique est d'autant plus importante qu'ils foisonnent aujourd'hui et sont de qualité fort variable. On en retrouve, en effet, plus de 1200 dans l'Infobanque de l'Association médicale canadienne (www.amc.ca) et près de 2500 dans le National Guideline Clearinghouse (www.guideline.gov). Les mentions « EBM », « fondées sur des données probantes » ou « médecine factuelle » associées à un guide de pratique sont trop souvent récupérées à des fins promotionnelles et ne constituent donc pas une garantie que les recommandations représentent la seule ligne à suivre. Un regard critique s'impose donc. Tentez particulièrement de connaître le ou les commanditaires du guide, les conflits d'intérêts potentiels des experts à l'origine des recommandations et la méthodologie qu'ont utilisée ces experts. Idéalement, les promoteurs des guides de pratique clinique devraient adopter les approches recommandées par les collaborations internationales GRADE (www.gradeworkinggroup.org) et AGREE (www.agreecollaboration.org).

Si vous avez répondu *a.*, bravo ! Marquez 10 points. Si vous avez répondu *b.*, soyez prudent. Inscrivez 5 points.

Si vous avez répondu *c.*, donnez-vous 2 points pour votre effort. Si vous avez répondu *d.*, votre perception n'est pas tout à fait juste. N'inscrivez aucun point.

6. Lorsque je désire des informations sur l'efficacité d'un nouveau médicament sur le marché :

- a. je fais une recherche des essais cliniques à répartition aléatoire dans la base de données MEDLINE et je procède à une analyse critique des articles ;
- b. je vérifie ce qu'en pensent des organismes indépendants de l'industrie pharmaceutique (par exemple, *La Lettre Médicale*, *RxFiles* ou *Prescrire*) ;
- c. je me fie aux informations que me donne le représentant pharmaceutique ;
- d. je me fais ma propre opinion en le prescrivant à mes patients.

Certains médicaments présentent plus d'avantages que de risques d'effets indésirables, mais l'équilibre entre les bienfaits et les désavantages de certains autres est moins clair. L'industrie du médicament ayant pour objectif de vendre ses produits, elle doit donc nous convaincre de les prescrire en nous les montrant sous leur meilleur jour. Ainsi, même les articles publiés dans les revues médicales prestigieuses ne sont pas exempts de l'influence des commanditaires des recherches. Il faut ainsi distinguer le bon grain de l'ivraie soi-même ou se renseigner auprès d'instances objectives qui l'ont fait.

Si nous devons poser un regard critique sur les articles de recherche originaux, nous devons être aussi vigilants lorsque notre information provient de documents dont l'objectif est de faire la synthèse de la littérature. Selon une étude récente portant sur trente articles de formation continue traitant de l'efficacité d'interventions thérapeutiques ou préventives parus dans cinq journaux médicaux distribués aux omnipraticiens du Québec, seulement trois des dix éléments d'information essentiels pour favoriser une pratique fondée sur les données probantes (encadré) étaient présents, en moyenne, dans les articles étudiés⁵.

Si vous avez répondu *a.*, vous êtes exceptionnel et doué ! Donnez-vous 10 points. Si vous avez répondu *b.*, vous savez vraiment où trouver rapidement l'information utile, pertinente et valide. Inscrivez égale-

ment 10 points. Si vous avez répondu *c.*, il est certain que le médicament sera très efficace ! Ne marquez aucun point. Si vous avez répondu *d.*, il est peu probable que vous ayez suffisamment de patients pour réellement vous faire une idée juste de la valeur des médicaments. Marquez tout de même 2 points si vous le faites de façon structurée (grâce à votre dossier médical électronique, par exemple !), sinon n'inscrivez rien.

7. Lorsque je dois prendre une décision clinique concernant l'utilisation d'un test diagnostique ou d'un traitement, le plus souvent :

- je décide avec le patient de la meilleure option, selon le contexte clinique et selon ses valeurs et ses préférences ;
- je laisse le patient décider après lui avoir expliqué les bienfaits et les risques des options existantes ;
- je décide de ce qui est le mieux pour le patient conformément aux résultats de la recherche scientifique ;
- je décide de ce qui est le mieux pour le patient selon mon expertise clinique.

Même les gourous de la médecine factuelle insistent sur le fait que les données probantes et l'expertise clinique ne suffisent pas pour prendre des décisions cliniques^{6,7}. Ces dernières doivent tenir compte des valeurs et des préférences des patients, notamment à l'égard des avantages et des risques et du contexte dans lequel elles se prennent (figure 2). Cette intégration (*Apply*) des étapes précédentes (*Ask, Access, Appraise*) de la démarche factuelle⁸ demeure un des défis les plus importants qui se concrétise dans le nouveau paradigme de la pratique clinique : la prise de décision partagée alliant les principes de la médecine factuelle et de l'approche centrée sur le patient⁹. Bien que les programmes de formation en médecine familiale préparent bien les futurs médecins de famille aux aspects relationnels de l'entrevue clinique, ils enseignent peu comment communiquer de façon simple et claire les

Figure 2

Éléments contribuant à la prise de décision clinique fondée sur les données probantes¹¹



informations factuelles sur la probabilité d'avantages et de risques et l'incertitude inhérente à toute décision diagnostique, thérapeutique ou préventive⁶. Soulignons que la prise de décision partagée est au carrefour du paternalisme (approche traditionnelle où le patient est passif et où le médecin est l'expert qui décide de tout) et du consommérisme (phénomène plus récent résultant d'une démocratisation de l'accès à l'information où le médecin joue un rôle passif et où le patient décide de tout)¹⁰. La prise de décision partagée doit évidemment tenir compte du désir, plus ou moins grand, du patient de participer à la décision, un aspect difficile à évaluer autrement qu'en vérifiant auprès de ce dernier.

Si vous avez répondu *a.*, bravo, vous intégrez l'ensemble des éléments nécessaires à une prise de décision partagée. Inscrivez 10 points. Si vous avez répondu *b.*, votre expertise clinique et votre interprétation des données pourraient être mises à profit dans la prise de

On enseigne peu aux futurs médecins de famille comment communiquer de façon simple et claire les informations factuelles sur la probabilité d'avantages et de risques et l'incertitude inhérente à toute décision diagnostique, thérapeutique ou préventive.

Repère

décision clinique. Donnez-vous 5 points. Si vous avez répondu *c.*, marquez également 5 points, mais n'oubliez pas de valoriser l'opinion du patient après l'avoir bien informé des données factuelles. Si vous avez répondu *d.*, votre expertise clinique est certainement importante, mais insuffisante pour vous permettre de prendre des décisions cliniques fondées sur les données probantes. Inscrivez 2 points.

Êtes-vous un clinicien adepte de la médecine factuelle ? Faites le total de vos points pour le savoir

Si votre total est de 55 à 70, vous pratiquez selon les principes de la médecine factuelle sans l'ombre d'un doute. Vous mettez assurément en pratique les quatre premières étapes de la démarche et probablement la cinquième (*Assess*) qui correspond aux nouvelles approches de formation continue mises de l'avant par le Collège des médecins du Québec depuis quelques années. Vous avez aussi probablement noté que ce questionnaire et son échelle de cotation n'ont pas fait l'objet d'études de validation et ne reposent donc sur aucune donnée probante !

Si votre total est de 35 à 54, votre volonté de pratiquer en tenant compte des données probantes est claire, mais il vous reste quelques barrières à franchir. La lecture de l'ensemble des articles de ce numéro thématique devrait vous permettre d'avancer dans cette voie.

Si votre total est de 16 à 34, l'intérêt y est, mais certaines étapes semblent faire défaut. Vous devez donc parfaire vos connaissances et vos habiletés afin de combler vos lacunes, ce qui aura sûrement un effet positif sur votre pratique clinique.

Si votre total est inférieur à 15, la médecine factuelle ne fait manifestement pas vraiment partie de votre pratique. Souvent, les médecins de famille ont la perception (erronée) que la médecine par les preuves n'est pas de leur ressort. Au contraire, la médecine factuelle, et par extension la prise de décision partagée, permet d'allier science et humanisme et d'affronter avec le patient l'incertitude inhérente à presque toutes les décisions en omnipratique. Les articles de ce numéro thématique devraient vous permettre d'acquérir les rudiments de la démarche et de mettre celle-ci en pratique auprès de vos patients. Bonne lecture ! 

Summary

Are you an EBM clinician? This quiz provides an opportunity for family physicians to evaluate the degree to which their practice follows Evidence-Based Medicine (EBM) principles. The five steps for EBM practice are:

- Ask: asking questions prompted from clinical encounters and formulating them in an adequate format.
- Access: accessing available resources in order to retrieve a correct answer.
- Appraise: appraising the relevance and validity of the retrieved information.
- Apply: applying the useful information into daily practice with emphasis on shared decision-making as the most promising avenue to this end.
- Assess: assessing how the four previous steps are integrated into practice.

Date de réception : le 25 août 2010

Date d'acceptation : le 14 septembre 2010

Les D^{rs} Michel Labrecque et Michel Cauchon n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et coll. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996 ; 312 (7023) : 71-2.
2. Ebell MH. How to find answers to clinical questions. *Am Fam Phys* 2009 ; 79 (4) : 293-6.
3. Slawson DC, Shaughnessy AF. Teaching evidence-based medicine: should we be teaching information management instead? *Acad Med* 2005 ; 80 (7) : 685-9.
4. Field MJ, Lohr KN, rédacteurs. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington, DC : National Academy Press ; 1990.
5. Labrecque M, Lafortune V, Lajeunesse J et coll. Do continuing medical education articles foster shared decision making? *J Contin Educ Health Prof* 2010 ; 30 (1) : 44-50.
6. Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *JAMA* 2008 ; 300 (15) : 1814-6.
7. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002 ; 324 (7350) : 1350.
8. Djulbegovic B, Guyatt GH, Ashcroft RE. Epistemologic inquiries in evidence-based medicine. *Cancer Control* 2009 ; 16 (2) : 158-68.
9. Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Educ Couns* 2008 ; 73 (3) : 407-12.
10. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ* 1999 ; 319 (7212) : 780-2.
11. Cauchon M, Labrecque M, Baillargeon L et coll. *Modules d'auto-apprentissage des habiletés de lecture critique et de gestion de l'information* [En ligne]. Site Internet : <http://infocritique.fmed.ulaval.ca> (Date de consultation : le 18 novembre 2010).