

Principes de l'Evidence Based-Medicine (médecine basée sur les faits)

Dr Roch Giorgi

 roch.giorgi@ap-hm.fr

*Laboratoire d'Enseignement et de Recherche
sur le Traitement de l'Information Médicale*

Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée

Paradigme Classique de la Décision Médicale

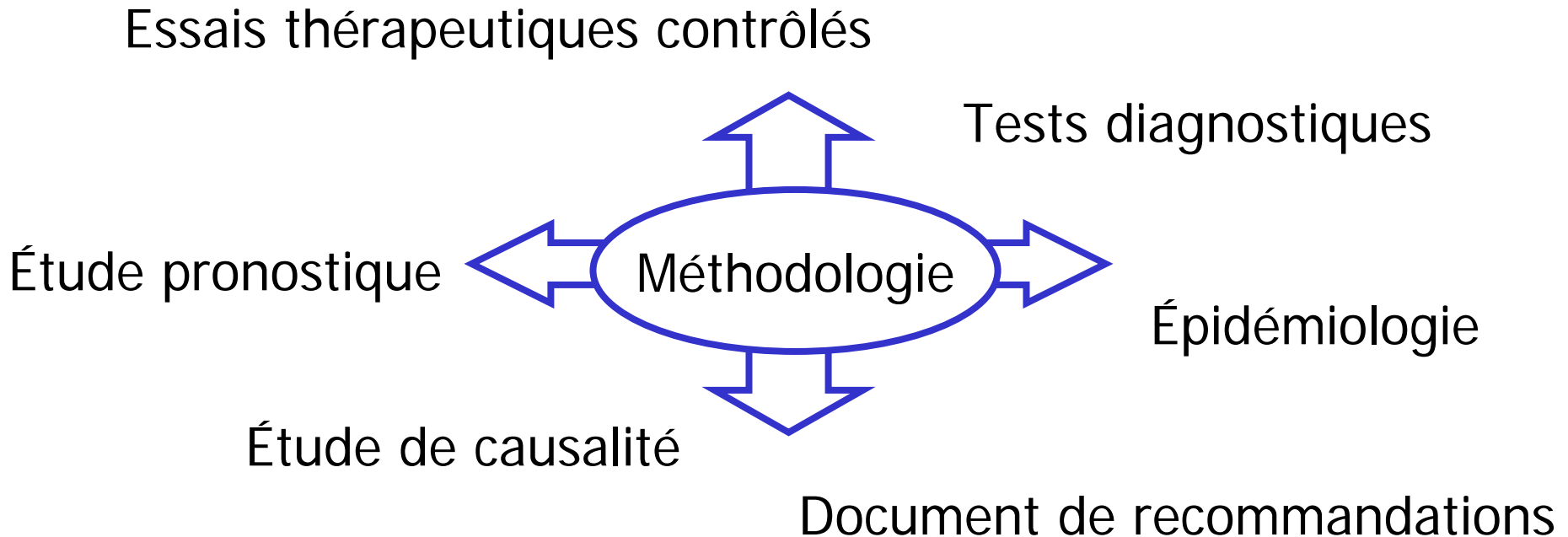
- Expérience clinique
- Principes physiopathologiques
- Formation médicale
- Avis d'expert
- Littérature médicale scientifique ou non

Connaissances Médicales

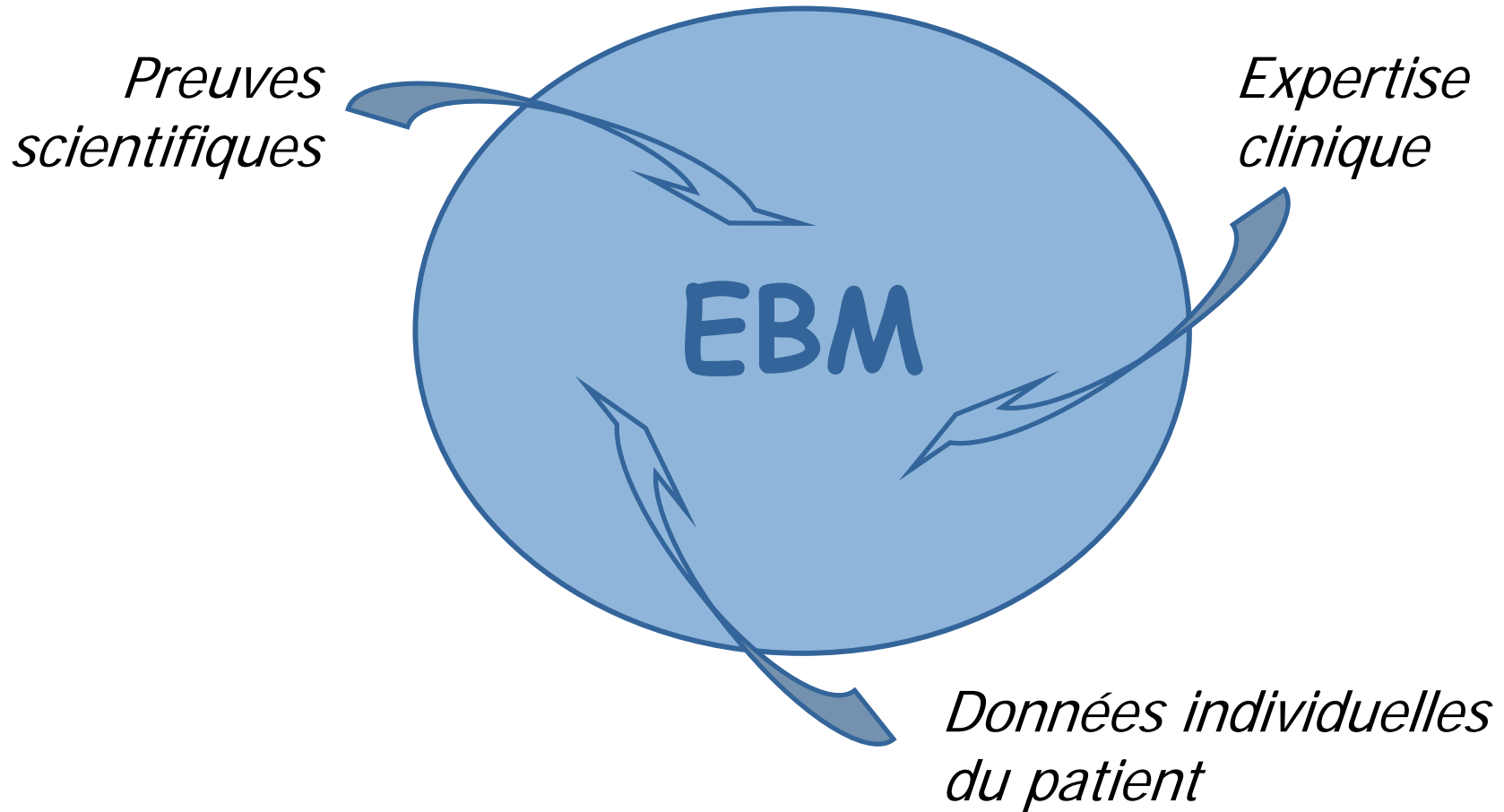


- Production croissante
- Crédibilité ?
- Validité ?
- Impact sur la pratique médicale ?

Établissement des Connaissances



Médecine Basée sur les Preuves (1)



Médecine Basée sur les Preuves (2)

Résultats « établis »



Intuition
Expérience clinique
(non contrôlée)

Définition*

- Capacité
 - ✓ d'accéder,
 - ✓ de résumer l'information disponible et
 - ✓ de l'appliquer pour résoudre
 - ✓ des problèmes pratiques
 - ✓ quotidiens
 - ✓ cliniques (ou de santé publique)
- Utilisation de faits documentés

*Réf. Salmi LR. Ecole d'été méditerranéenne d'information en santé, Corte, Juillet 2007

Les Étapes



Formuler la Question



Rechercher les Preuves



Analyser et Critiquer les Preuves

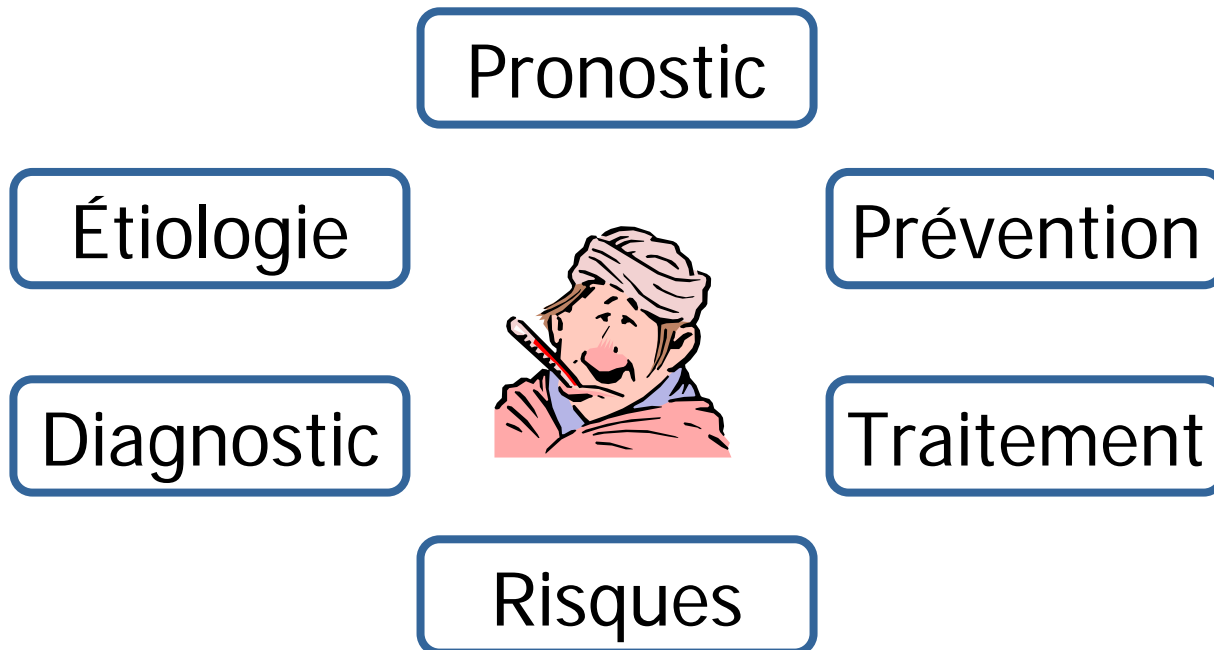


Intégrer les Preuves au Patient Donné



Formuler la Question (1)

- Déterminée par le contexte médical : le patient
- Domaines





Formuler la Question (2)

P	Caractéristiques du patient et/ou le problème qu'il pose
I	Intervention ou exposition évaluée
C	Comparaison par rapport à une autre intervention
O	Issue clinique recherchée



Formuler la Question (3)

- Exemple

Homme, 66 ans, découverte fortuite d'un anévrysme de l'aorte abdominale sous-rénale de 4,7 mm de diamètre.

Prise en charge thérapeutique ?

- Question

Chez un homme de 66 ans présentant un petit anévrysme de l'aorte abdominale sous-rénale, la chirurgie est-elle préférable à une surveillance par imagerie pour diminuer son risque de mortalité ?

Rechercher les Preuves



- Bases générales*
 - ✓ MEDLINE (PubMed : www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query)
 - ✓ Pascal (articlesciences.inist.fr)
 - ✓ Embase (www.embase.com)
- Bases spécifiques EBM*
 - ✓ Cochrane Library (www.cochrane.org)
 - ✓ MINERVA (www.minerva-ebm.be/)
 - ✓ ACP Journal Club (www.acpjc.org)
 - ✓ EBM Journal(phenix.itnetwork.fr/)
 - ✓ Best Evidence (www.bestbets.org)
 - ✓ Evidence-Based Medicine Reviews (www.ovid.com)

* *liste non exhaustive*



Analyser et Critiquer les Preuves (1)

Pronostic

Traitement

THE LANCET

Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer

Jack D Hardcastle, Jocelyn O Chamberlain, Michael H E Robinson, Susan M Moss, Satya S Amar, Tom W Balfour, Peter D James, Christine M Mangham

Summary

Background There is growing evidence that faecal-occult-blood (FOB) screening may reduce colorectal cancer (CRC) mortality, but this reduction in CRC mortality has not been shown in an unselected population-based randomised controlled trial. The aim of this study was to assess the effect of FOB screening on CRC mortality in such a setting.

Methods Between February, 1981, and January, 1991, 152 850 people aged 45–74 years who lived in the Nottingham area of the UK were recruited to our study. Participants were randomly allocated FOB screening (76 466) or no screening (controls; 76 384). Controls were not told about the study and received no intervention. Screening group participants were sent a Haemoccult FOB test kit with instructions from their family doctor. FOB tests were not retested and dietary restrictions were imposed only for retesting borderline results. Individuals with negative FOB tests at the first screening, together with those who tested positive but in whom no neoplasia was found on colonoscopy, were invited to take part in further screening every 2 years. Screening was stopped in February, 1995, by which time screening-group participants had been offered FOB tests between three and six times. Screening-group participants who had a positive test were offered full colonoscopy. All participants were followed up until June, 1995. The primary outcome measure was CRC mortality.

people died from CRC in the screening group compared with 420 in the control group—a 15% reduction in cumulative CRC mortality in the screening group (odds ratio=0.85 [95% CI 0.74–0.98], $p=0.026$).

Interpretation Our findings together with evidence from other trials suggest that consideration should be given to a national programme of FOB screening to reduce CRC mortality in the general population.

Lancet 1996; **348**: 1472–77
See Commentary page 1463

Introduction

Colorectal cancer (CRC) is the second commonest cause of death from malignant disease in England and Wales, and resulted in about 16 000 deaths in 1993.¹ Although there have been advances in the management of symptomatic CRC, there has been little overall reduction in CRC mortality during the past 30 years. Tumour stage at an important determinant of outcome: 24.28% of patients have metastatic disease at presentation and the tumour is confined to the bowel wall in only 6–10% (Dukes' stage A).² Early diagnosis before the development of symptoms may be an effective way of reducing CRC mortality.

Tumours diagnosed as a result of screening by faecal-occult blood (FOB) testing are known to include a higher proportion at a less advanced stage than those presenting

Diagnostic & Dépistage

Risques



Validité

► Rechercher les biais



Importance

► Interprétation des résultats



Analyser et Critiquer les Preuves (2)

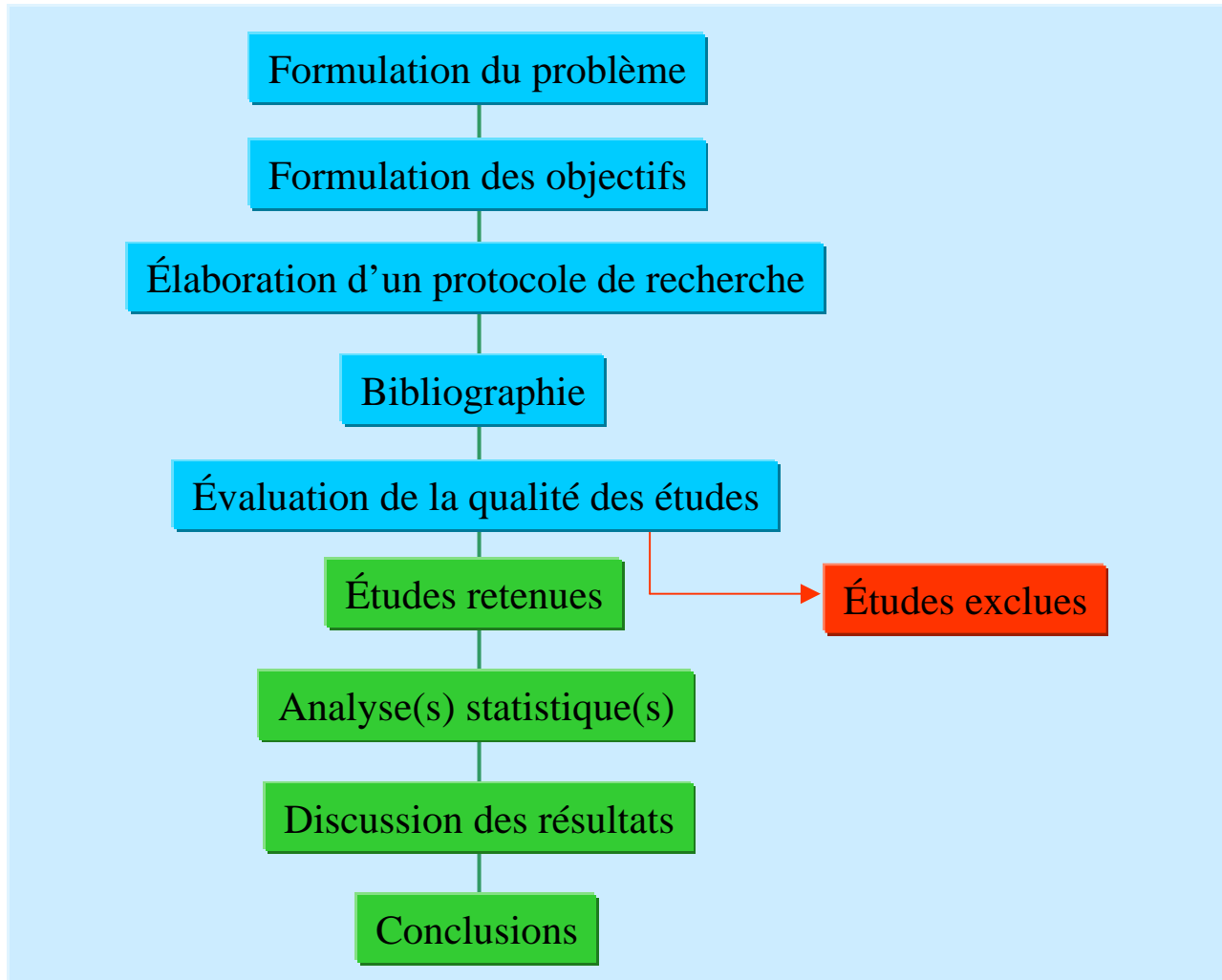
- Gradation des faits : niveaux de preuve

Niveau 1	Essais comparatifs randomisés avec résultats indiscutables Méta-analyse Analyse de décision
Niveau 2	Essais comparatifs randomisés avec résultats incertains
Niveau 3	Études prospectives de cohorte
Niveau 4	Études rétrospective de cohorte (historique) Études cas-témoin
Niveau 5	Pas de groupe de sujets contrôles Séries de patients



Analyser et Critiquer les Preuves (3)

- Étapes d'une méta-analyse





Analyser et Critiquer les Preuves (4)

- Gradation des recommandations

Grade 1	Fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées)
Grade 2	Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohorte)
Grade 3	Fondée sur des études de moindre niveau de preuve (études cas-témoins, séries de cas)

Intégrer les Preuves au Patient Donné



- Applicables en générale
- Applicables pour mon (mes) patient(s)
 - ▶ Déterminer les bénéfices potentiels ◀

Ressources Dédiées à l'EBM : Cochrane (1)



- Collection de bases de données contenant des données factuelles (evidence-based)
 - ✓ The Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Reviews)
 - ✓ Database of Abstracts of Reviews of Effects (Other Reviews)
 - ✓ The Cochrane Central Register of Controlled Trials (Clinical Trials)
 - ✓ The Cochrane Methodology Register (Methods Studies)
 - ✓ Health Technology Assessment Database (Technology Assessments)
 - ✓ NHS Economic Evaluation Database (Economic Evaluations)
 - ✓ About The Cochrane Collaboration (Cochrane Groups)
- Accessible par le Service Commun de Documentation via l'ENT (Ressources-Bases de données scientifiques-Santé)

Ressources Dédiées à l'EBM : Cochrane (2)

- Cochrane Reviews
 - ✓ Par thème
 - ✓ Par Groupes de « travail »

- Recherche
 - ✓ Advanced Search
 - ✓ MeSH Search
 - ✓ Search History
 - ✓ Saved Searches

Ressources Dédiées à l'EBM : MINERVA (1)



<http://www.minerva-ebm.be/>

- Voir la « Carte d'identité de MINERVA »

Ressources Dédiées à l'EBM : MINERVA (2)

- Recherche simple avec un seul mot clé

Accueil | Numéros Minerva | Mots clés | Liste auteurs | Glossaire | Minerva | Contact | Abonnement

Mots clés

Veuillez cliquer un sur un mot clé pour trouver les articles associés

[A](#) [B](#) [C](#) [D](#) [E](#) [F](#) [G](#) [H](#) [I](#) [J](#) [K](#) [L](#) [M](#) [N](#) [O](#) [P](#) [Q](#) [R](#) [S](#) [T](#) [U](#) [V](#) [W](#) [X](#) [Y](#) [Z](#)

A abus, acarbose, acariens des poussières, acénocoumarol, acétylcystéine, acide acétique, acide acetylsalicylique, acide acétylsalicylique, acide folique, acide fucidique, acide hyaluronique, acide salicylique, acide zolédronique, acné, actée à grappe noire, activités physiques, acupuncture, adénoïdectomie, adénoïdotonsillectomie, adhérence, adolescents, adultes, affection cardiovasculaire, agitation, agoraphobie, aidant naturel, AINS de la cyclo-oxygénase-2, AINS topique, AINS, AIT, alcoolisme,

Nederlandse versie

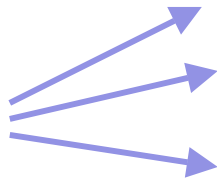
Recherche:

[Recherche avancée](#)

Ressources Dédiées à l'EBM : MINERVA (3)

- Recherche avancée

Un seul



Fonction de recherche avancée

Recherche dans tous les numéros de la Revue disponibles

Depuis jusqu'à

Auteur (nom de famille)

Mot dans le titre

Mot dans l'article

Mot(s) clé(s) et

Ressources Dédiées à l'EBM : MINERVA (4)

Fonction de recherche avancée

Recherche dans tous les numéros de la Revue disponibles

Depuis 1998 jusqu'à 2008

Auteur (nom de famille)

Mot dans le titre

Mot dans l'article

Mot(s) clé(s) et

Rechercher

Resultats de recherche (1-4/4)

1

- ▶ [Ajout de l'aspirine à l'anticoagulation orale : bénéfices et risques](#)
Hermans C. - Minerva 2008 7(4):50-51
- ▶ [Aspirine ou aspirine + anticoagulant en cas d'artérite périphérique ?](#)
Chevalier P. - Minerva 2008 7(2):22-23
- ▶ [Warfarine plus aspirine après un syndrome coronarien aigu](#)
Van Cleemput J. - Minerva 2006 5(8):116-118
- ▶ [Association aspirine plus ésomeprazole ou clopidogrel après une hémorragie gastrique?](#)
Bartholomeeusen S. - Minerva 2006 5(1):11-12

Ressources Dédiées à l'EBM : EBM Journal (1)



<http://phenix.itnetwork.fr>

 Accueil
 Archives
 Comprendre l'EBM
 Abonnement
 Liens EBM
 Contact
 RECHERCHER
<input type="text"/>
 rechercher

Ressources Dédiées à l'EBM : EBM Journal (2)

« ET » implicites

Accueil » recherche

RECHERCHER

Résultats 1-7, 7 au total, pour "anévrisme aorte abdominale" (0.04 secondes)

[La chirurgie précoce ne diminue pas la mortalité à 6 ans des petits anévrismes de l'aorte abdominale - Découvrir EBM Journal](#)

...La chirurgie précoce ne diminue pas la mortalité à 6 ans des petits **anévrismes** de l'**aorte abdominale** - Découvrir EBM Journal Passer au contenu Petite police Police normale Grande police Dé... ..N°22 septembre 2000 » La chirurgie précoce ne diminue pas la mortalité à 6 ans des petits **anévrismes** de l'aort... ..e **abdominale** La chirurgie précoce ne diminue pas la mortalité à 6 ans des petits **anévrismes** de l'**aorte abdominale** Document Actions The UK Small Aneurysm Trial Participants. Mortality results forme asymptomatique de l'**aorte abdominale** de petit diamètre, la chirurgie programmée précoce à ciel ouvert donne-t-elle de meilleurs résultats en termes de mortalité que la surveillance échograph...

[La palpation abdominale n'a qu'une sensibilité et une spécificité modérées dans le diagnostic d'anévrisme de l'aorte abdominale - Découvrir EBM Journal](#)

...La palpation **abdominale** n'a qu'une sensibilité et une spécificité modérées dans le