

Revue narratives et systématiques

Définition

Il faut distinguer

- les **revues systématiques** (“systematic review”, “overview” et, en cas d’utilisation de méthodes quantitatives, méta-analyses) : ont pour but de résumer les faits scientifiquement établis sur un sujet
 - Ont une section **matériel et méthodes**
 - Sont donc **structurées**
- les **revues narratives** : non systématiques, c-à-d non méthodologiques, ne relevant pas de la médecine factuelle

Question 1 : la revue est-elle systématique ou narrative ?

- Pour être systématique, la revue doit répondre aux critères de Mulrow
- La lecture critique ne s'appliquera que pour les revues systématiques

Les critères de Mulrow

Pour être qualifiée de systématique, la revue doit répondre aux **critères de Mulrow** :

1. spécification de l'objectif de la revue
2. source des données: éviter les biais liés à la sélection des publications
3. sélection des données: critères (inclusion/ exclusion) utilisés pour la revue
4. évaluation de la validité et de la qualité des études (critères à définir au départ)
5. synthèse des données: qualitative et quantitative (méta-analyse)
6. résumé et discussion des investigations futures à mener

Question 2 : la revue est-elle valable ?

2. 1. La revue s'adresse-t-elle à une question clinique précise ?

Cette question doit être clairement exprimée dans le titre, le résumé ou l'introduction

= critère 1 de Mulrow

2. 2. Les critères utilisés pour sélectionner les articles (inclusion) sont-ils adéquats ?

- traitement : études randomisées ? prise en considération de tous les patients entrés dans les études ?
- diagnostic : comparaison indépendante avec un standard de référence ? échantillonnage des patients appropriés à la population de routine ?
- étiologie : comparaison de groupes de caractéristiques similaires (autres que la variable d'intérêt) ? évaluation similaire de l'exposition et des résultats pour les groupes comparés ?
- pronostic : suivi suffisant et complet ? échantillonnage adéquat de patients à la même étape de la maladie ?

= *critère 3 de Mulrow*

2. 3. Est-il peu probable que des études importantes pour le sujet aient été manquées ?

évaluer la méthode de sélection des articles (source des données)

- avoir accès aux dossiers d'enregistrement dans le cas des médicaments
- consulter les registres d'études
- contrôler les biais de sélection liés à la langue des auteurs

= critère 2 de Mulrow

2. 4. La validité des études incluses a-t-elle été appréciée ?

à définir par les auteurs vu qu'il n'y a pas de méthodologie universelle pour ce problème

= *critère 4 de Mulrow*

Biais (erreur systématique)

Si une estimation diffère systématiquement, en plus ou en moins, de la vraie valeur. Liés à l'interférence systématique d'un facteur entraînant une différence entre les groupes, différence non liée à l'effet de la manœuvre.

- **biais de sélection** : lié à une différence de composition entre le groupe de patients recevant la manœuvre (test, traitement) et le groupe témoin par une méthode de randomisation inadéquate
- **biais d'allocation (assignement)** : lié à une mauvaise répartition des patients parce que l'affectation n'est pas restée cachée
- **biais de performance** : lié au caractère non aveugle de la manœuvre pour les sujets et les investigateurs
- **biais de mesure (détection, évaluation)** : différence de méthode de mesure du critère de jugement entre les groupes (évitable par le double aveugle)
- **biais d'attrition** : lié à la diminution du nombre de patients analysés par rapport au nombre inclus, en rapport avec des sorties d'essai ou des interruptions de traitement évitable par l'analyse en intention de traitement)
- **biais de déclaration (reporting)** : rapporter sur un objectif sélectionné
- **autres biais** :
 - **biais de confusion** : différence entre les groupes comparés, au niveau de facteurs, pouvant être confondue avec l'effet de la manœuvre évaluée par le critère de jugement : pronostic initial différent, prise en charge initiale différente...
 - **biais dus aux co-interventions** : biais de confusion dû à des différences systématiques dans les soins reçus en dehors de l'intervention évaluée.
 - **biais de suivi** : lié à la prise en charge différente en fonction de la nature de la manœuvre reçue (évitable par le double aveugle)

2. 5. L'évaluation des études a-t-elle été reproductible ?

Y a-t-il eu plusieurs lecteurs pour décider de la sélection et de la validité des études ?

2. 6. Les résultats sont-ils similaires d'une étude à l'autre?

Les différences entre patients, expositions, évaluation de l'effet et méthodes de recherche sont-elles trop importantes d'une étude à l'autre pour empêcher la revue? (problème de l'homogénéité)

Les sources d'hétérogénéité

Cliniques

- Patients
 - Comorbidités
 - Critères d'éligibilité des essais
 - Distribution géographique
 - Âge, sexe ...
- Traitements
 - Intensité, dose, durée
 - Mode d'administration
 - Expertise du praticien
 - Nature du contrôle (placebo, absence ...)
- Objectifs
 - Définition des évènements
 - Durée du suivi
 - Mesure de l'objectif
 - Seuils utilisés

Méthodologiques

- Design
 - Randomisé versus non randomisé
 - Cross-over versus groupes parallèles
- Conduite
 - Allocation dissimulée
 - Procédure aveugle
 - Méthode d'analyse (intention de traitement)
 - Méthodes d'imputation pour les données manquantes

Question 3 : quels sont les résultats ?

- Quels sont les résultats globaux de la revue ?
résumé global, éventuellement avec méthode quantitative (méta-analyse) des résultats des études individuelles (problème du poids à accorder aux études)
- Quelle est le degré de précision des résultats ?
intervalle de confiance ?

= critère 5 de Mulrow

Evaluation de l'efficacité d'une intervention en médecine factuelle

- Le nombre le plus grand peut tromper le médecin sur l'efficacité réelle d'une intervention.
- En médecine factuelle, on parlera de :
 - **réduction du risque absolu** : RRA
= risque absolu groupe contrôle (%) – risque absolu groupe traité (%)
 - **réduction du risque relatif** : RRR
= RRA / risque absolu groupe contrôle (%)
 - **nombre de sujets à traiter** nécessaire pour avoir un effet thérapeutique : NST
= $1/\text{RRA}$

Question 4 : les résultats sont-ils utiles au praticien ?

- Les résultats sont-ils applicables en routine ?
dépend des critères de sélection des patients qui peuvent varier d'une étude à l'autre
- Les résultats cliniquement importants ont-ils tous été pris en compte ?
bénéfices et effets toxiques potentiels ?
- Les avantages méritent-ils les inconvénients et coûts ?

= critère 6 de Mulrow