



Former des cliniciens érudits relever le défi d'enseigner et de pratiquer la médecine factuelle

Michel Cauchon et Michel Labrecque

Nous sommes bombardés quotidiennement d'information scientifique. De nouveaux médicaments prometteurs font leur apparition alors que d'autres font l'objet d'avis d'effets indésirables graves. Intégrer avec un esprit critique les données de la science est plus que jamais nécessaire pour le médecin en formation et en pratique afin de prendre en charge de façon optimale les problèmes de santé des patients.

L'érudition

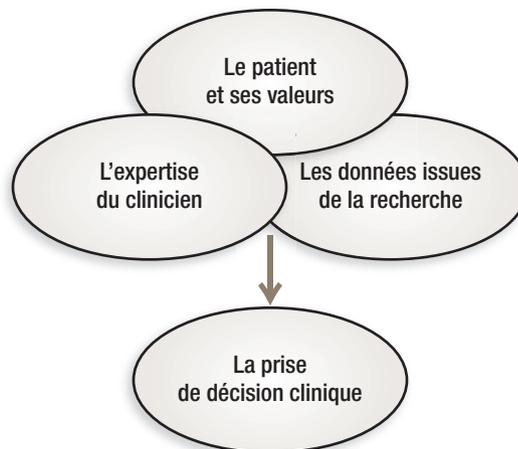
L'érudition est un des sept rôles CanMEDS établis par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada¹. Le médecin, en tant qu'érudit, doit d'une part savoir évaluer de façon critique l'information scientifique et ses sources, puis l'appliquer judicieusement aux décisions à prendre dans le contexte de sa pratique et, d'autre part, contribuer à la création, à la diffusion et à l'utilisation des nouvelles connaissances et des nouvelles pratiques médicales.

Dans cette optique, le Collège des médecins de famille du Canada² recommande que les médecins adoptent une pratique clinique axée sur la médecine factuelle en développant leurs habiletés de lecture critique des publications scientifiques, en sachant rechercher, évaluer, interpréter et appliquer les résultats de la recherche clinique et les sources de connaissance pertinentes au questionnement clinique.

Qui plus est, le médecin de famille doit être capable de formuler une question de recherche, d'effectuer une

Figure 1

Approche de la médecine factuelle³



recension des écrits et d'appliquer les méthodes appropriées pour répondre à la question.

Une pratique fondée sur les données probantes

La médecine factuelle, ou EBM (*Evidence-Based Medicine*) en anglais, a révolutionné la pratique médicale. Elle a été développée au cours des années 1980 par des spécialistes en épidémiologie clinique de l'Université McMaster, à Hamilton. Elle a été définie³ par Sackett et coll. comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves scientifiques existantes pour une prise en charge personnalisée de chaque patient ». Elle se veut une symbiose (figure 1)³ entre l'expertise du médecin,

Le Dr Michel Cauchon, omnipraticien, exerce à l'unité de médecine familiale Maizerets et est professeur agrégé au Département de médecine familiale et d'urgence de l'Université Laval, à Québec, responsable des activités d'érudition et auteur des Modules d'autoapprentissage – Habiletés de lecture critique et de gestion de l'information. Le Dr Michel Labrecque exerce à l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Saint-François d'Assise et est professeur titulaire au Département de médecine familiale et d'urgence de l'Université Laval et auteur des Modules d'autoapprentissage – Habiletés de lecture critique et de gestion de l'information.

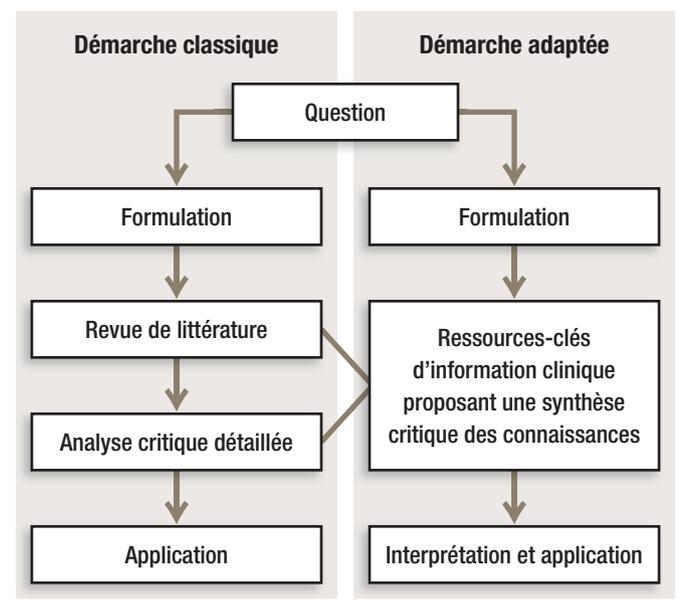
Encadré 1

Démarche en quatre étapes⁴

1. Formuler la question clinique de façon précise
2. Rechercher les données pertinentes de la littérature scientifique
3. Analyser de façon critique la validité des données scientifiques
4. Interpréter les résultats et les appliquer à la pratique

Figure 2

Étapes de la médecine factuelle⁴



les données factuelles de la science et le respect des valeurs et des préférences du patient.

Le médecin consulte régulièrement la littérature scientifique et s'en inspire pour assurer une prise en charge optimale des problèmes de santé de son patient. L'essai clinique à répartition aléatoire est devenu la pierre angulaire pour évaluer une intervention thérapeutique ou préventive alors que la revue systématique constitue la façon méthodique de faire le point sur les connaissances liées à un sujet précis.

Classiquement, la démarche de médecine factuelle comporte quatre étapes énumérées dans l'encadré 1⁴.

De la théorie à la pratique

Les activités d'érudition du programme d'enseignement de l'Université Laval

Le modèle classique d'apprentissage des données probantes s'appuie sur une recherche personnelle effi-

Encadré 2

À la fin du programme, le résident doit être en mesure de⁵ :

1. utiliser efficacement les ressources d'information clinique ;
2. évaluer de façon critique la validité de l'information scientifique ;
3. développer une stratégie de gestion de l'information afin de maintenir sa compétence ;
4. appliquer les principes de la recherche scientifique dans le cadre d'un projet d'érudition ;
5. intégrer avec discernement les données probantes s'appliquant aux soins des patients dans une perspective de prise de décision partagée.

cace dans les bases de données bibliographiques, sur une évaluation de la qualité méthodologique (validité) des différents types d'études (dont principalement l'essai clinique à répartition aléatoire, la revue systématique, le guide de pratique clinique et l'étude de validité des tests diagnostiques) à l'aide de grilles standardisées et sur une hiérarchisation des données scientifiques selon les niveaux de preuves. Or, il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que cette démarche, qui nécessite beaucoup de temps ainsi qu'une expertise importante en recherche documentaire et en analyse critique, soit appliquée par le praticien qui veut prendre une décision clinique pendant qu'il prodigue des soins.

Nous avons mis au point une approche mieux adaptée au contexte clinique (figure 2)⁴ qui met l'accent sur l'accès rapide à une information pertinente dans des ressources-clés qui proposent des synthèses méthodiques et à jour des connaissances scientifiques. Cette approche met l'accent sur l'appréciation de la qualité d'ensemble de l'information scientifique et sur l'interprétation de son utilité clinique réelle par le médecin. Le clinicien évalue l'importance des résultats des études (effet réel sur la mortalité, la morbidité ou la qualité de vie des participants contre effet uniquement sur des critères intermédiaires, tels que les résultats de laboratoire ou d'imagerie), l'ampleur et la précision des avantages et des risques ainsi que leur applicabilité à un patient donné.

L'art de choisir ses sources, de juger de la qualité de l'information et de l'interpréter correctement est au cœur du programme d'enseignement depuis plus de dix ans à l'Université Laval. La connaissance des concepts-clés et le développement des habiletés de lecture critique

font partie intégrante des compétences⁵ que les futurs médecins doivent acquérir (*encadré 2*)⁵.

Les outils d'apprentissage⁶ des habiletés de lecture critique

Le Département de médecine familiale et d'urgence de l'Université Laval a délaissé quelque peu les cours magistraux en grands groupes afin de favoriser une approche active et interactive d'appropriation des concepts et des habiletés à l'aide d'exercices pratiques et d'activités entre les pairs. Nous avons opté pour des activités d'autoapprentissage individuelles et en petits groupes, axées sur la résolution de problèmes cliniques et sur l'évaluation de publications scientifiques récentes proposant de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques.

Le site Internet InfoCritique, qui offre des modules d'autoapprentissage interactif en ligne⁷ des habiletés de gestion critique de l'information scientifique, est au cœur du programme de formation (*encadré 3*)⁷.

Il contient essentiellement des exercices interactifs de lecture critique de différents types de publications scientifiques (essai clinique à répartition aléatoire, revue systématique/méta-analyse, mais aussi d'informations provenant de l'industrie pharmaceutique, d'activités de formation continue, de guides de pratique et d'opinions d'experts) afin de créer une démarche claire d'appréciation autant de l'utilité clinique réelle des résultats (importance, ampleur, précision et applicabilité) que de la qualité méthodologique (risques de biais, conflits d'intérêts). Les modules reposent sur un apprentissage actif et autonome avec un suivi du parcours de l'apprenant, des tests d'évaluation des connaissances, des rétroactions et un accompagnement par un tuteur.

Pour compléter cet apprentissage et démontrer leurs acquis, les résidents doivent, au cours de leur formation, animer au moins un club de lecture et rédiger un résumé critique structuré d'un article scientifique récent, qui présente un intérêt pour la pratique clinique.

Les résumés sont diffusés sur le site des modules destiné à l'ensemble des milieux de formation et certains sont sélectionnés pour publication, après une révision par les pairs, sur le site Internet de l'Association médicale canadienne dans la chronique InfoPratique⁸. Plus d'une centaine de résidents ont publié un article à ce jour.

Enfin, chaque résident doit également réaliser un projet d'érudition, le plus souvent une évaluation de la qualité de l'exercice professionnel selon un guide méthodologique⁹ ou encore la révision d'un document de référence faisant une synthèse des plus récentes connais-

Encadré 3

Thèmes des modules d'autoapprentissage des habiletés de lecture critique⁷

Module 1	Comment trouver rapidement l'information médicale pertinente et valide à l'aide de bases de données cliniques ?
Module 2	Interagir de façon critique et éthique avec l'industrie pharmaceutique
Module 3	Les interventions thérapeutiques et préventives (essai clinique à répartition aléatoire)
Module 4	Faire le tour de la question : articles de révision, revues systématiques et méta-analyses
Module 5	Les guides de pratique
Module 6	Les tests diagnostiques
Module 7	Les règles de décision clinique

sances sur la prise en charge d'un problème de santé courant, accompagné d'une activité de discussion de cas cliniques.

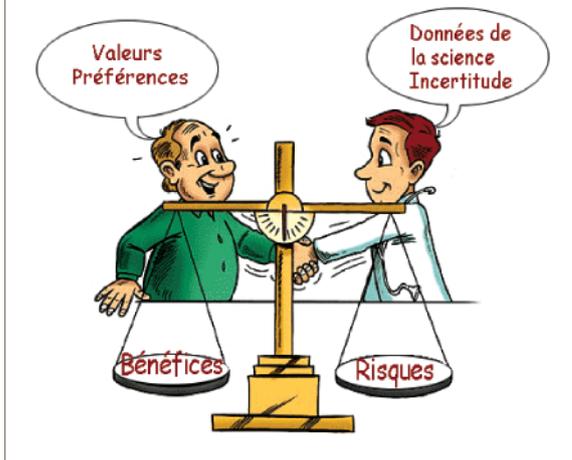
Au-delà des données probantes, la prise de décision partagée

Les données probantes ne sont pas les ingrédients d'une recette à appliquer à la lettre chez tous les patients. Elles concernent l'évaluation d'une intervention (thérapeutique, préventive ou diagnostique) ou de l'exposition à un ou à plusieurs facteurs dans une population donnée et indiquent la probabilité des bienfaits et de risques de ces interventions ou expositions. L'extrapolation de ces données à une personne en particulier reste toujours difficile et incertaine. Qui plus est, les données scientifiques sont souvent limitées ou même inexistantes à propos des patients qui souffrent de problèmes médicaux complexes ou qui sont âgés et ont de multiples maladies.

Les données probantes sont nécessaires, mais insuffisantes pour prendre des décisions cliniques, car ces dernières doivent tenir compte du contexte, des valeurs et des préférences des patients, qui varient grandement d'une personne à l'autre. Ultimement, devant plusieurs options thérapeutiques pour un problème de santé donné, le patient devrait être en mesure de partager avec son médecin la valeur qu'il attribue aux bienfaits et aux risques des différentes options et à leur probabilité. Cette intégration est un défi important qui ouvre la voie à un

Figure 3

Éléments contribuant à la prise de décision clinique fondée sur les données probantes et à la prise de décision partagée⁷



nouveau paradigme de la pratique clinique axée sur le partage d'information, la discussion et la réflexion : la prise de décision partagée¹⁰ (figure 3)⁷.

Afin de favoriser cet ancrage des données probantes à l'approche centrée sur le patient, nous avons créé des modules d'autoapprentissage de la prise de décision partagée, un atelier pour les résidents de même qu'un outil d'aide à la décision¹¹ sur le thème de la prescription d'antibiotiques contre les infections aiguës des voies respiratoires.

Au-delà des activités d'érudition, développer l'esprit critique

Ce programme structuré d'enseignement, adopté par d'autres départements universitaires de médecine familiale, est exigeant. Il est toutefois apprécié des résidents qui se sentent davantage « outillés » pour pratiquer selon les préceptes de la médecine factuelle.

Le Département de médecine familiale et d'urgence de l'Université Laval ne tente pas d'en faire des « chercheurs », mais souhaite leur donner les moyens nécessaires pour devenir des « consommateurs avertis » des nouvelles données émanant de la recherche scientifique en santé. Avoir accès efficacement à l'information scientifique clinique, juger de sa qualité, l'interpréter et l'appliquer judicieusement pour soigner ses patients sont le fondement de la pratique de la profession de médecin.

Évidemment, ces apprentissages doivent, par la suite, se poursuivre et être consolidés dans des milieux de pra-

tique qui doivent offrir un accès à des ressources-clés électroniques d'information scientifique lors des activités cliniques, encourager l'esprit critique et organiser des activités de formation continue et d'échanges entre collègues selon cette vision stimulante et intégratrice des données probantes.

Êtes-vous prêts à relever ce défi dans votre milieu ? 🤔

Date de réception : le 31 mars 2013

Date d'acceptation : le 9 avril 2013

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

Bibliographie

1. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Cadre CanMEDS 2005. Ottawa : Le Collège ; 2005. Site Internet : www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/the_7_canmeds_roles_f.pdf (Date de consultation : le 19 mars 2013).
2. Tannenbaum D, Konkin J, Parsons E et coll. *Cursus Triple C axé sur le développement des compétences. Rapport du groupe de travail sur la révision du cursus postdoctoral – Partie 1*. Mississauga : Collège des médecins de famille du Canada ; 2011. Site Internet : www.cfpc.ca/uploadedfiles/Education/_PDFs/Triple_C_Compentency_FR_w_cover_Sep29.pdf (Date de consultation : le 19 mars 2013).
3. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS et coll. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. 2^e éd. avec CD-ROM. Philadelphie : Churchill Livingstone ; 2010.
4. Guyatt G, Rennie D, Meade M et coll. *Users' guide to the medical literature: A manual for evidence-based clinical practice*. 2^e éd. Chicago : American Medical Association ; 2008.
5. Département de médecine familiale et d'urgence de l'Université Laval. *Préparer des médecins de famille pour le Québec de demain. Objectifs et compétence*. juillet 2003. 149 p.
6. Département de médecine familiale et d'urgence de l'Université Laval. *Les activités d'érudition*. 2007. 22 p.
7. Cauchon M, Labrecque M, Baillargeon L et coll. *Modules d'autoapprentissage/Habilités de lecture critique et de gestion de l'information* [En ligne]. Site Internet : <http://infocritique.fmed.ulaval.ca> (Date de consultation : le 19 mars 2013).
8. InfoPratique, club de lecture de l'Association médicale canadienne [En ligne]. Site Internet : www.amc.ca/ressourcescliniques/infoprati-quearchives (Date de consultation : le 19 mars 2013).
9. Département de médecine familiale et d'urgence de l'Université Laval. *Guide méthodologique des projets d'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel (méthode par critères explicites)* ; 2006. 39 p.
10. 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.
11. Chaire de recherche du Canada et implantation de la prise de décision partagée dans les soins primaires, Université Laval. *Programme Décision+ sur la prise de décision partagée pour traiter ou non avec des antibiotiques les infections aiguës des voies respiratoires* [En ligne]. Site Internet : www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/index.php?id=66&L=0 (Date de consultation : le 19 mars 2013).