

## Comité des Référentiels Cliniques

### Présentation et règles de fonctionnement

L'élaboration des référentiels cliniques est devenue une activité importante de la SFAR. L'objectif de ces référentiels est de fournir aux praticiens un état de l'art des connaissances scientifiques, afin d'améliorer les pratiques médicales et la qualité des soins donnés aux patients.

Actuellement trois types de référentiels cliniques sont élaborés sous l'égide de la SFAR : a) ceux issus des conférences de consensus ; b) des conférences d'experts ; et d) les "recommandations" issues de groupes "ad-hoc", généralement cooptés par divers comités de la SFAR.

Un quatrième type de référentiels existe : "Les recommandations de pratique clinique (RPC)" et a fait l'objet d'un travail conjoint entre la SRLF et la SFAR sur la prise en charge du traumatisé crânien et sur " la sédation en réanimation". Une troisième RPC est en cours de réalisation sur "allergie et anesthésie".

La genèse des conférences de consensus et des conférences d'experts est sous la responsabilité des membres du Comité Scientifique. Les "recommandations" sont générées soit à partir du bureau de la SFAR, soit des comités concernés par les sujets retenus. Une fois le projet d'élaboration d'un référentiel proposé, puis validé par le bureau et le conseil d'administration, l'habitude a fait que plus aucun contrôle du travail des groupes n'est réalisé jusqu'au rapport final. Par ailleurs, celui-ci n'a jamais fait l'objet d'un projet éditorial cohérent et reproductif.

Ainsi, les textes courts et longs des conférences de consensus et d'experts ont été publiés sous des formes très diverses et surtout aucune directive n'est donnée en termes de date limite de publication. Par ailleurs, il est évident que chaque nouveau groupe auquel est proposée la prise en charge d'un référentiel clinique est conduit à réinventer la roue, se heurtant à d'inévitables problèmes d'organisation et de méthodologie, sans bénéficier de l'expérience acquise au sein de la SFAR. La conclusion de chaque groupe est uniformément la même : "maintenant que nous sommes bien au point nous sommes prêts à recommencer... !!".

Enfin, avec les années, apparaît le besoin d'actualiser les textes référentiels les plus anciens afin de mettre à la disposition de la communauté scientifique les informations les plus pertinentes. La création d'un comité des référentiels cliniques permet de prendre en charge certains des problèmes évoqués plus haut.

Les principes de fonctionnement sont les suivants :

- Centraliser et archiver les thèmes de référentiels cliniques après qu'ils aient été déterminés par le comité scientifique, le bureau de la SFAR ou les comités habilités.
- Contacter le responsable de projet et son groupe de travail afin d'établir avec lui le calendrier précis d'avancement du projet et de l'informer des contraintes méthodologiques à respecter.
- Suivre l'avancement du projet sur le plan organisationnel, s'assurant en particulier du respect du calendrier.
- Assister le responsable du projet lors du processus éditorial des textes, afin que celui-ci respecte les règles établies par le comité des référentiels cliniques proposées en accord avec le comité scientifique et lorsque le besoin existera, une actualisation des référentiels.
- Regrouper les textes sur les méthodologies d'élaboration des différents référentiels afin de les mettre à la disposition des responsables de projet de référentiel.

- Centraliser et archiver les textes des référentiels cliniques et éditer tous les cinq ans un ouvrage en regroupant les versions les plus récentes.

Afin de mener à bien ces missions, le comité des référentiels cliniques doit se cantonner à une activité centrée sur le suivi méthodologique des actions et ne pas intervenir sur le côté scientifique qui reste l'apanage du chargé de projet et de son groupe.

Afin d'aider les groupes qui établissent les référentiels SFAR, une des premières missions du comité a été d'établir un guide simple d'évaluation des articles scientifiques. L'annexe 1 présente les 12 points que le lecteur doit vérifier lors de son évaluation d'un article. Il est possible de déterminer le niveau de preuve des conclusions de l'article en fonction de la méthodologie de la publication (annexe 2). Cela va des études de niveau I, rares mais indiscutables dans leur conclusion, aux études de niveau V de faible pertinence. Afin de mieux cerner ce niveau de pertinence, le comité a établi une cotation de 3 à 12 points, le score obtenu (annexe 2) permettant de mieux situer la qualité de l'article évalué. Les recommandations qui sont faites aux utilisateurs sont la dernière phase de l'activité d'établissement des référentiels. Leur pertinence doit indiquer le niveau de preuve retenu, une recommandation de niveau A ayant beaucoup plus de force qu'une de niveau E (annexe 3).

*Le 31 décembre 1999*

<b>Annexe 1 : Aide à la lecture critique d'une publication médicale</b>	
1. La question est-elle clairement posée ?	7. Le choix des variables est-il adapté aux objectifs ?
2. La méthode est-elle adaptée aux objectifs ?	8. La durée de suivi est-elle suffisante ?
3. La population étudiée est-elle clairement identifiée ?	9. Les méthodes statistiques sont-elles appropriées ?
4. La population témoin est-elle clairement identifiée ?	10. Les résultats sont-ils présentés de façon claire, détaillée et objective ?
5. La taille des échantillons est-elle adaptée ?	11. Les conclusions sont-elles validées ?
6. Les variables analysées sont-elles clairement identifiées ?	12. L'impact de l'article est-il important ?

**Annexe 2 : Grille de lecture**

**Niveau de preuve (I à V) :** .....

**Niveau de pertinence (3 à 12) :** .....

Référence de l'article :

1er auteur : .....Revue : ..... Année :  
.....

**Niveau de preuve (à entourer)**

Niveau I	Etude randomisée avec un faible risque de faux positif ( $\alpha$ ) et faux négatif ( $\beta$ ), (puissance élevée : 5 à 10%)
Niveau II	Etude randomisée avec un risque $\alpha$ élevé, ou puissance faible ou non précisée
Niveau III	Etude non randomisée avec groupe de sujets témoins contemporains Grande étude de cohorte Etude " cas / témoins "
Niveau IV	Etude non randomisée avec groupe de sujets témoins historiques
Niveau V	Etude de cas Avis d'experts

**Niveau de pertinence (à entourer)**

De la question posée	1	2	3	4
De la méthode	1	2	3	4
Des résultats	1	2	3	4

**Score obtenu (3 à 12) :** .....

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>Pas du tout satisfaisant</b>	<b>Peu satisfaisant</b>	<b>Satisfaisant</b>	<b>Très satisfaisant</b>

**Annexe 3 : Recommandations en médecine factuelle**

A : 2 (ou plus) études de niveau I

B : 1 étude de niveau I

C : Etudes de niveau II

D : 1 étude (ou plus) de niveau III

E : (Etude(s) de niveau IV ou V

*D'après SCM (Society of Critical Care Medicine)*