

Instructions aux auteurs

1. Objectifs et règles de publication

Les Annales françaises d'anesthésie et de réanimation (Ann Fr Anesth Réanim) publient des travaux scientifiques originaux en français et en anglais se rapportant à l'anesthésie, l'analgésie, la réanimation et la médecine d'urgence. Les articles en anglais sont publiés intégralement sur le site de la revue Sciencedirect.com, seuls le résumé et l'abstract anglais apparaissent dans la version papier.

Ces travaux doivent :

- Apporter des données nouvelles, intéressantes et valides.
- Être conformes aux instructions ci-dessous, qui sont en harmonie avec les normes de présentation des manuscrits proposées par le Comité international des rédacteurs de journaux médicaux, également connu sous le nom de Groupe de Vancouver (International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *N Engl J Med* 1997 ; 336 : 309–16)
- Ne pas avoir déjà été publiés en langue française, que ce soit dans leur totalité ou en partie, à l'exception des résumés.
- Avoir été soumis, s'ils le requièrent, soit à un comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB), soit à un comité d'éthique. Quand un travail a été soumis à l'une de ces institutions, il doit en être fait mention dans le texte. Le consentement écrit du patient, de ses proches en cas d'impossibilité ou des parents pour les mineurs, doit être obtenu et il doit en être fait mention dans le texte.
- Avoir été signalés, avant publication, au correspondant local de matériovigilance, s'il s'agit d'un accident, ou d'un risque d'accident, en relation avec un dispositif médical.

Conflit d'intérêt

La revue suit les pratiques internationales relatives aux conflits d'intérêts en rapport avec les publications soumises. Toute soumission de manuscrits doit être accompagnée d'une déclaration de conflit d'intérêt.

Un conflit d'intérêt existe quand un auteur et/ou un co-auteur a des relations financières ou personnelles avec d'autres personnes ou organisations qui sont susceptibles d'influencer ses jugements professionnels concernant une valeur essentielle (bien du patient, intégrité de la recherche...). Les principaux conflits d'intérêt étant les intérêts financiers, les essais cliniques, les interventions ponctuelles, les relations familiales...

Tous les auteurs de la publication doivent déclarer toutes les relations qui peuvent être considérées comme ayant un potentiel de conflits d'intérêt **uniquement en lien avec le texte publié.**

1. **Au cas où, il n'existe aucun conflit d'intérêt en lien avec l'article soumis**, la mention suivante doit être ajoutée directement dans le manuscrit : **Conflit d'intérêt : aucun**

2. **Au cas où il existe un (ou plusieurs) conflit(s) d'intérêt avec un ou plusieurs des auteurs de l'article**, la liste complète de ceux-ci doit être mentionnée en fin de manuscrit (avant les références bibliographiques) et ce conformément à la présentation ci-dessous. Les initiales de(s) l'auteur(s) concerné(s) et le nom de l'entreprise associé sont à ajouter à la liste exhaustive figurant ci-après des conflits d'intérêt potentiels qui sont à déclarer.

C. R., E. L. Intérêts financiers dans l'entreprise **Barbot S.A.**

E. L. Propriétaire, dirigeant, employé, participation à un organe décisionnel d'une entreprise. Autres activités régulières dans l'entreprise **Chups SAS**

J.-J. E. Essais cliniques : en qualité d'investigateur principal, coordonnateur ou expérimentateur principal pour **RTM SARL**

P. L. Essais cliniques : en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude pour **Light & Co**

F. W. Interventions ponctuelles : rapports d'expertise pour **EFS Associated**

M. D. Interventions ponctuelles : activités de conseil pour **SFC**

C. G. Conférences : invitations en qualité d'intervenant pour **KKS & Son**

M. S. Conférences : invitations en qualité d'auditeur (frais de déplacement et d'hébergement pris en charge par une entreprise) pour **Régis SA**

C.-A. S. Versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable **Aphelion**

M. F. Proches parents salariés dans les entreprises visées ci-dessus

A. D. Aucun conflit d'intérêt

3. **Au cas où aucun conflit d'intérêt en lien avec l'article soumis n'a été transmis** par l'auteur (les co-auteurs) la mention suivante sera publiée dans l'article : **Conflit d'intérêt : les auteurs n'ont pas transmis leurs conflits d'intérêt.**

2. Soumission des manuscrits

2.1. Les lettres à la rédaction doivent être envoyées directement au secrétariat des Afar (colin-c@wanadoo.fr)

2.2. Les manuscrits sont à soumettre en ligne

Configuration requise

- Pour PC Windows
 - NT4, 2000, XP
 - Internet Explorer 5.5 et suivants
 - Netscape 7 et suivants
 - Firefox 0.9 et suivants
 - Opera 7.51 et suivants
 - Adobe Acrobat Reader 6.0 et suivants (téléchargement gratuit :

<http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep2.html>

- Pour Macintosh
 - 9.x, OS X
 - Internet Explorer 5.x et suivants
 - Netscape 7 et suivants
 - Firefox 1.0 et suivants
 - Safari 1.0 et suivants
 - Opera 7 et suivants
 - Adobe Acrobat Reader 6.0 et suivants (téléchargement gratuit :
- <http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep2.html>

Les formats de fichiers textes utilisables sont MS Word et Wordperfect.

Utilisation du système EES en bref

- Le nouvel utilisateur accède à la page d'accueil du site de soumission en ligne des Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, à l'adresse suivante : <http://ees.elsevier.com/annfar/> et clique sur le bouton « register » dans la liste horizontale de liens figurant en haut de l'écran. L'utilisateur est d'abord invité à indiquer ses prénoms (first name), nom (last name) et adresse e-mail. Puis des informations complémentaires lui sont demandées : titre, mode de contact à privilégier, pays, autre adresse, nom d'utilisateur choisi. Une fois ces informations indiquées, l'utilisateur recevra un mail de confirmation contenant son nom d'utilisateur (username) et son mot de passe (password).
- L'enregistrement ne s'effectue qu'une seule fois lors de la toute première utilisation. À chaque connexion suivante, il suffit de cliquer directement sur « log in » pour s'identifier, de saisir le nom d'utilisateur et le mot de passe puis de cliquer sur le bouton « author login » pour entrer dans le système.
- Une fois identifié et entré dans le système, l'auteur souhaitant soumettre un manuscrit suit le cheminement indiqué pour saisir les différentes informations afférant à la soumission, ainsi que pour télécharger les fichiers de son manuscrit.

Des fichiers distincts sont nécessaires pour :

- **La page de titre** : titre de l'article en français et en anglais ; auteurs ; coordonnées complètes.

- **Le manuscrit** : résumé et mots clés français et anglais ; texte ; références bibliographiques ; tableaux et légendes des tableaux ; légendes des figures.

- **Les figures** (schémas, dessins, photos couleur ou noir et blanc) doivent toujours être fournies en fichiers séparés, **à raison d'un fichier par figure, ou d'un dossier compressé (zippé) avec un fichier par figure**. Les auteurs sont invités à consulter des instructions détaillées concernant l'iconographie à l'adresse suivante : <http://france.elsevier.com/direct/artworks>

Pour tout problème technique, merci de s'adresser à notre service d'aide aux auteurs : authorsupport@elsevier.com

3. Présentation du manuscrit

3.1. Page de titre

La page de titre comporte les mentions suivantes :

Le titre, concis, indique de manière précise le sujet du travail, ne dépasse pas au total 120 caractères et espaces et ne comporte pas d'abréviation.

La traduction du titre en langue anglaise.

3.2. Résumé

Pour les articles originaux, à l'exclusion des autres, sa présentation se fait sous forme structurée. Il comporte les rubriques suivantes : (a) objectif(s) ; (b) type d'étude ; (c) patients, animaux ou matériel étudiés ; (d) méthodes, c'est-à-dire conduite de l'essai, mesures effectuées, modalités d'analyse statistique ; les rubriques c et d peuvent être regroupées sous le paragraphe : patients et méthodes ; (e) résultats (principaux) ; (f) conclusions, en insistant sur les données nouvelles. Le résumé s'écrit au passé composé et/ou à l'imparfait. Il ne doit comporter que des mots indispensables. Il ne dépasse pas 250 mots. Le style télégraphique est accepté. Le résumé se termine par trois à dix mots clés.

3.3. Résumé anglais

Il obéit aux mêmes critères de présentation que le résumé français. L'abstract structuré (articles originaux uniquement) comporte les rubriques : Objective(s), Study design, Patients, Methods, Results, Conclusions, Keywords.

3.4. Texte proprement dit

3.4.1. Style. Le texte doit être clair, concis et précis, sans verbiage ni jargon. Adopter le terme français, quand il existe et qu'il est explicite, plutôt que le terme anglais. Éviter les retours à la ligne trop fréquents.

3.4.2. Temps des verbes. Les événements passés sont rapportés à l'imparfait ou plus souvent au passé composé. Tel est le cas des rubriques « patients et méthodes », « résultats », « présentation d'une observation », « discussion » ou « commentaires » (présentation de l'expérience rapportée par d'autres auteurs).

3.4.3. Citation de noms d'auteurs dans le texte. Les noms des auteurs sont cités le moins souvent possible pour ne pas surcharger le texte. Cette restriction ne s'applique pas aux auteurs de publications princeps portant sur un médicament, un appareil ou une technique. En cas de mention du nom des auteurs dans le texte, s'ils ne sont que deux, les deux auteurs sont cités ; s'il y a plus de deux auteurs, le nom du premier auteur est suivi de « et al ». Les noms portent une majuscule à l'initiale.

3.4.4. Abréviations. Elles sont données entre parenthèses après la première apparition dans le texte du terme écrit en entier. Les abréviations usuelles sont utilisées lorsqu'elles existent (cf. unités de mesures et symboles). Leur emploi est proscrit dans le titre de l'article, ainsi que les titres des chapitres et, si possible, évité dans les résumés. En cas de recours à un grand nombre d'abréviations non usuelles, leur signification est donnée en annexe.

3.4.5. Médicaments et appareils. Les médicaments sont identifiés par leur dénomination commune internationale (sans majuscule), éventuellement suivie entre parenthèses, lors de la première apparition dans le texte, du nom de spécialité (avec une majuscule) avec le sigle® et le nom de la firme pharmaceutique, si le médicament est peu connu. Le nom de vente d'un appareil porte le sigle™ et entre parenthèses le nom du fabricant et/ou du distributeur.

3.4.6 Chiffres. Mis à part les données chiffrées (résultats), les nombres 0 à 9 s'écrivent en toutes lettres.

3.4.7. Noms latins taxinomiques. Ils s'écrivent en italique, le nom de genre avec une majuscule et le nom d'espèce avec une minuscule. Exemple : *Saccharomyces boulardii*.

3.5. Références

3.5.1. Elles sont numérotées selon l'ordre d'apparition dans le texte. Les titres et sous-titres n'en comportent pas.

3.5.2. L'article ne comporte que des références à des textes qui ont été réellement consultés pour la rédaction du travail. Dans le cas exceptionnel où l'auteur souhaite citer un texte, généralement ancien, qu'il n'a pas été en mesure de se procurer, il doit indiquer la référence du travail qui en fait mention, précédée par [cité par...]. Les références citées doivent être accessibles aux lecteurs. Les références de travaux publiés dans des revues non indexées dans les bases de données internationales (Biological Abstracts/Biosis ; Current Contents/Clinical Medicine ; Excerpta Medica/EMbase ; Index Medicus/Medline) peuvent être citées sous forme de note de bas de page si elles sont indispensables. Il en est de même des communications personnelles, des thèses, des manuscrits en cours de préparation ou de soumission.

3.5.3. Toutes les références citées dans le texte figurent dans la liste des références et vice versa. Les références en langue française doivent comporter le titre français.

3.5.4. Les références des éditoriaux doivent comporter la mention « éditorial » ou « editorial » entre crochets après le titre, selon que la référence est en langue française ou anglaise. Les références des lettres à la rédaction doivent comporter la mention « lettre » ou « letter », entre crochets après le titre, selon que la référence est en langue française ou anglaise.

3.5.5. Seuls les résumés publiés depuis moins de cinq ans révolus sont acceptés et la mention « résumé » ou « abstract » doit figurer entre crochets après le titre, selon que la référence est en langue française ou anglaise.

3.5.6. Ne sont pas acceptées les références à des communications personnelles, des thèses, des manuscrits en cours de préparation ou de soumission. Si toutefois une telle référence était jugée indispensable, il conviendrait de la citer dans le texte entre parenthèses.

3.5.7. Les références d'articles acceptés, mais non encore publiés, doivent être conforme à la présentation proposée sur Medline.

3.5.8. Présentation des références. Elle est conforme aux règles suivantes :

- Référence d'un article d'une revue :

Nom(s) et initiale(s) des prénoms de tous les auteurs*, titre complet de l'article en langue originale, abréviation du titre de la revue conforme à celle de l'Index Medicus, année de parution, volume, première et dernière pages.

Exemple : Hollande J, Riou B, Guerrero M, Landault C, Viars P. Comparaison des effets hémodynamiques du masque laryngé et du tube orotrachéal. Ann Fr Anesth Réanim 1993 ; 12 : 372-5.

- Référence d'un article du supplément à une revue :

Nom(s) et initiale(s) des prénoms des auteurs*, titre complet de l'article en langue originale, abréviation du titre de la revue conforme à celle de l'Index Medicus, année de parution, volume, supplément et son numéro entre parenthèses, première et dernière pages.

Exemple : Janvier G, Annat G. Y a-t-il des limites à l'hémodilution ? Ann Fr Anesth Réanim 1995 ; 14 Suppl 1 : 9-20.

- Référence d'un chapitre de livre, le ou les auteurs du chapitre et du livre étant le(s) même(s) :

Nom(s) et initiale(s) des prénoms du ou des auteurs*, titre du livre en langue originale, ville d'édition, maison d'édition, année de parution, première et dernière pages.

Exemple : Dalens B. Anesthésie locorégionale de la naissance à l'âge adulte. Paris : Pradel ; 1993. p. 4-5

- Référence d'un chapitre d'un livre ou du volume d'une collection, le ou les auteur(s)* n'étant pas le(s) même(s) :

Nom(s) et initiale(s) des prénoms des auteurs du chapitre, titre du chapitre, éditeurs du livre, ville d'édition, maison d'édition, année de parution, première et dernière pages du chapitre.

Exemples : Mashabi Y, Alhomme P. Voies veineuses centrales, pression veineuse centrale, cathétérisme artériel. In : Pourriat JL, Martin C, editors. Principes de réanimation chirurgicale. Paris : Arnette Blackwell ; 1995. p. 3-11.

Baron JF. Monitoring de la volémie au cours de l'anesthésie. In : Sfar, editor. Conférences d'actualisation. 37^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Paris : Elsevier ; 1996. p. 7-23.

* Quand le nombre des auteurs dépasse six, les six premiers sont cités, suivis de et al.

- Référence d'un article dans l'EMC :

Exemple : Dureuil B. Mécanique respiratoire. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Anesthésie-Réanimation. 1990 ; 36-030-A-10 :14.

3.6. Tableaux

3.6.1. Les tableaux sont dotés d'un numéro en chiffre arabe et d'un titre bref, éventuellement d'une légende concise, expliquant notamment les abréviations utilisées.

3.6.2. Les têtes de colonnes sont succinctes et mentionnent les unités utilisées.

3.7. Figures

3.7.1. Chaque figure (graphique, schéma, photographie) est dotée d'un numéro en chiffre arabe. Les unités utilisées sont mentionnées et explicitées dans la légende.

3.7.2. Les dessins sont de bonne qualité et réalisés de préférence avec un logiciel de graphique.

3.7.3. Les figures empruntées à un autre travail ne peuvent être reproduites qu'avec l'accord écrit de leur(s) auteur(s) et de l'éditeur.

4. Rubriques

4.1. Article original

4.1.1. Il apporte des informations obtenues à partir d'une étude clinique ou de laboratoire. Il ne dépasse pas 15 pages dactylographiées et 30 références. Il est accompagné d'un résumé structuré français et anglais.

4.1.2. Il comporte les parties suivantes : introduction, patients (ou matériel) et méthodes, résultats, discussion, conclusion.

4.1.3. *Introduction*. Elle justifie le travail et en expose les buts, en rappelant brièvement les données de la littérature.

4.1.4. *Patients (ou matériel) et méthodes*. Cette partie précise les critères de sélection des patients, définit les groupes, décrit les techniques utilisées (avec renvoi éventuel à une référence décrivant une technique inhabituelle) et les paramètres retenus pour apprécier les résultats.

Ce chapitre se termine par l'exposé des tests statistiques utilisés.

Cette partie s'écrit au passé composé et/ou à l'imparfait.

4.1.5. *Résultats*. En fonction de leur nombre et de leur type, ils sont donnés sous forme de chiffres isolés, de moyennes avec leur indice de dispersion (DS : déviation standard, ESM : erreur standard sur la moyenne), de médianes avec les valeurs extrêmes ou leurs intervalles de confiance, de tableau(x) et/ou de figure(s).

Les résultats indiqués sous forme de tableau(x) ou de figure(s) ne sont pas redonnés dans le texte et vice versa.

La signification statistique des différences ou relations observées doit s'appuyer sur les tests appropriés.

Cette partie s'écrit au passé composé et/ou à l'imparfait.

4.1.6. *Discussion*. Elle commente les résultats sans les répéter et les confronte aux données de la littérature. Rien n'est affirmé qui ne soit démontré ou attesté.

4.1.7. *Conclusion*. Elle répond à la ou aux question(s) posée(s) dans l'introduction et doit être logiquement déductible des résultats et de la discussion. Elle ne doit pas affirmer des faits qu'aucune donnée du texte ne justifie. Elle ne doit pas faire double emploi avec le résumé.

4.2. Cas clinique

4.2.1. Il permet de publier une ou plusieurs observations originales ou particulièrement bien documentées, à valeur didactique.

4.2.2. Il comporte une courte introduction, l'observation réduite aux faits significatifs, un commentaire, une conclusion, un résumé français et un résumé anglais. Le commentaire ne doit pas être une revue générale du sujet ou de la littérature.

4.2.3. L'observation se rapporte au passé composé et/ou à l'imparfait.

4.2.4. Il ne dépasse pas six pages dactylographiées, deux tableaux ou figures et 20 références. Il est signé par cinq auteurs au plus.

4.3. Communication brève

Elle permet de publier rapidement et sous forme condensée, un fait ou des résultats originaux.

Elle n'excède pas deux pages dactylographiées, cinq références, un tableau ou une figure. Elle est signée par cinq auteurs au plus. Elle comporte un résumé français et un résumé anglais.

4.4. Note technique

Elle étudie un appareillage nouveau, une nouvelle méthode de mesure ou rapporte des incidents techniques.

Elle n'excède pas dix pages dactylographiées, quatre illustrations et 20 références. Elle est signée par cinq auteurs au plus. Elle comporte un résumé français et un résumé anglais.

4.5. Article spécial

L'article spécial est un travail qui ne peut être classé dans l'une des rubriques précédentes (exemples : histoire de l'anesthésiologie, démographie des médecins anesthésistes-réanimateurs, etc.). Il comporte un résumé français et un résumé anglais.

4.6. Articles de commande

4.6.1. *Editorial*. Il concerne un sujet d'actualité, souvent traité dans le même numéro. Il n'excède pas six pages dactylographiées et ne comporte pas plus de 20 références. Les éditoriaux peuvent être soumis directement au secrétariat de la revue.

4.6.2. *Revue générale*

- Une revue générale est une synthèse critique des travaux publiés sur un thème donné et débouchant sur des propositions utiles et constructives.

- La rédaction d'une revue générale est soit demandée par le Rédacteur en chef à un auteur, soit proposée par ce dernier. Dans cette dernière éventualité, l'auteur doit contacter le secrétariat des Afar avant de commencer la rédaction pour : (a) s'assurer qu'un tel sujet est susceptible d'intéresser le comité de rédaction et qu'un sujet similaire n'est pas en cours de publication dans la revue ; (b) fournir un plan détaillé de la revue ; (c) demander les « instructions » spécifiques pour la rédaction d'un tel article.

- Elle n'excède pas 30 pages dactylographiées et 200 références et comporte un résumé français et un résumé anglais.

4.6.3. *Mise au point*

- Elle traite en profondeur les développements récents du sujet choisi. A part quelques références essentielles, la littérature analysée est celle des cinq dernières années.

- Elle obéit aux mêmes instructions générales que celles concernant une revue générale.
- Elle diffère de la revue générale par son caractère moins exhaustif. Elle n'excède pas 15 pages dactylographiées et 50 références et comporte un résumé français et un résumé anglais.

4.7. Lettre à la rédaction (à soumettre directement au secrétariat de rédaction colin-c@wanadoo.fr)

4.7.1. Elle permet soit de donner un avis sur un article déjà publié, soit d'ouvrir un débat, soit de livrer une expérience personnelle. Sa parution, après accord du comité de rédaction, a lieu dans les plus brefs délais.

4.7.2. Elle n'excède pas deux pages dactylographiées et cinq références. Elle est signée par cinq auteurs au plus.

4.7.3. Elle comporte un titre en anglais et deux ou trois mots clés.

RÉDACTION D'UNE REVUE GÉNÉRALE OU D'UNE MISE AU POINT

La rédaction d'une revue générale (RG) ou d'une mise au point (MAP) est le plus souvent demandée par le rédacteur en chef à un auteur. Dans le cas contraire, ce dernier doit contacter le secrétariat avant de commencer le travail, pour s'assurer que le sujet est susceptible d'intéresser le comité de rédaction et n'est pas déjà en cours de préparation. En principe l'auteur a déjà fait la preuve de son expérience dans le domaine concerné, en particulier par des publications portant sur le même thème. De plus, il a une certaine ancienneté dans la spécialité.

Une RG n'excède pas 30 pages dactylographiées et 200 références ; elle comporte un résumé français et un résumé anglais ; elle ne comporte pas de sommaire.

La RG fait le point sur un sujet précis à partir de l'analyse exhaustive des travaux consacrés au sujet. Elle ne se justifie que si elle apporte suffisamment d'éléments nouveaux par rapport aux revues et mises au point déjà consacrées au même thème. Elle peut éventuellement fournir des données nouvelles provenant de la recherche effectuée par l'auteur et non encore publiées. Une RG est rédigée sans parti pris et ne sert pas à démontrer une hypothèse [1].

Une MAP n'excède pas 15 pages dactylographiées et 50 références ; elle comporte un résumé français et un résumé anglais. La MAP diffère de la RG par son caractère moins exhaustif. Elle traite en profondeur les développements récents du sujet choisi. À part quelques références essentielles, la littérature analysée est celle des 5 dernières années. Comme la RG, elle ne se justifie que si elle apporte suffisamment d'éléments nouveaux par rapport aux revues et mises au point déjà consacrées au même thème. Elle peut éventuellement présenter des données nouvelles provenant de la recherche effectuée par l'auteur et non encore publiées. Une MAP est rédigée sans parti pris et ne sert pas à démontrer une hypothèse.

1. Texte proprement dit

Il comporte quatre parties : introduction, modalités d'acquisition des données, synthèse de données, conclusion.

1.1. Introduction

Elle justifie le travail, définit clairement le problème traité et délimite avec précision le domaine considéré. Elle cite les principales RG et MAP et chapitres de livres récents, consacrés au même thème. Ces références ne seront plus redonnées dans le corps du texte, puisqu'elles ne permettent pas de prouver un fait. Il faut dire les limites des RG et MAP antérieures pour justifier une nouvelle. Il est en effet inutile de refaire ce que d'autres ont déjà fait. Le motif généralement avancé est que celles déjà publiées n'envisagent pas les données récentes ou particulières.

1.2. Acquisition des données

• Définition de termes

Pour certains thèmes, il est indispensable de définir en début de texte le sens de certains termes utilisés dans l'article. Il s'agit par exemple des critères d'intubation difficile, ceux du SDRA, des limites d'âge des patients, la définition du polytraumatisé, etc. Ces définitions sont indispensables d'une part en vue des recherches bibliographiques et d'autre part pour bien préciser au lecteur ce que l'auteur met dans le contenu des mots. En effet, il n'est pas inhabituel que l'un et l'autre ne donnent pas le même sens à un mot. Ainsi, un syndrome de détresse respiratoire aiguë est une entité différente d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte. Ces éléments doivent déjà être définis avant la rédaction du travail.

Un glossaire des termes utilisés est justifié quand la revue contient des expressions peu familières aux lecteurs non spécialisés.

• Modalités de recherche bibliographique

Ce paragraphe précise les bases de données et les index bibliographiques consultés, ainsi que les langues retenues et la période de temps explorée. Il est quelquefois utile de donner les mots clés utilisés, voire de les discuter, car en fonction des pays une même affection peut être désignée par des termes différents. Ainsi le mot clé français « syndrome de Claude Bernard » ou « syndrome de Claude Bernard-Horner » correspond *au keyword* « Horner's syndrome ». Il en est de même de la « maladie de Basedow » et de « Graves' disease ». Alors que « délivrance » correspond à l'expulsion du placenta, « delivery » correspond à l'expulsion du fœtus. Alors qu'une « fenêtre thérapeutique » correspond à une interruption provisoire d'un traitement, un « therapeutic window » correspond à un schéma posologique. Par ailleurs il n'est pas exceptionnel que le mot clé désignant une maladie ne soit plus le même que celui employé dans le passé, ce qui n'est pas sans poser de problème dans certaines revues générales exhaustives.

• Modalités de sélection des articles

Les catégories d'articles retenues sont précisées. Pour les RG et MAP portant sur un problème pharmacologique, seules les études randomisées contrôlées sont généralement prises en considération. À l'inverse, pour une RG ou MAP portant sur une conduite à tenir, des analyses rétrospectives de séries de cas ou des observations cliniques isolées peuvent être retenues. L'auteur peut citer une série personnelle de cas, même si elle n'a pas été publiée.

Le fait de donner les critères de sélection des articles permet au lecteur de se faire une opinion de la validité des informations données par l'auteur. Pour les RG ou MAP, consacrées en totalité ou en partie à des problèmes de pharmacologie, ou de thérapeutique, le recours à la classification des travaux en fonction de leur pouvoir de réponse, ou niveau d'évidence, proposée par Sackett [2] et utilisée pour les conférences de consensus organisées par l'Andem, est recommandé :

	Pouvoir de réponse	Valeur des données
Niveau I :	Essais randomisés portant sur un grand nombre de sujets et ayant des résultats nets, avec un faible risque d'erreur	Grade A
Niveau II :	Essais randomisés portant sur un faible nombre de sujets et ayant des résultats incertains et un risque d'erreur ± important	Grade B
Niveau III :	Étude comparative non randomisée ;	Grade C
Niveau IV :	Étude comparative avec une série historique	Grade C
Niveau V :	Analyse d'une série de cas, sans groupe témoin	Grade C

Les données ont une valeur de grade A quand elles proviennent d'au moins un ou, de préférence, deux travaux de niveau I ; elles ont un grade B quand elles ont pour origine au moins un travail de niveau II et de grade C quand elles sont tirées d'un travail de niveau III, IV, ou V.

• Modalités d'extraction des données

Ce paragraphe spécifie quelles données ont été recherchées dans les articles.

1.3. Synthèse des données

Cette partie comporte un ensemble de chapitres, dont les intitulés dépendent du sujet traité. Un exemple de plan peut être : (1) problème posé ; (2) historique ; (3) données scientifiques ; (4) méthodologie ; (5) études chez l'animal ; (6) études chez l'homme ; (7) discussion.

Les travaux cités en référence ont été lus dans leur intégralité. Une erreur fréquente est la citation en fin de phrase d'un travail sans relation directe avec celle-ci. Elle est caractéristique des RG et MAP dont l'auteur souhaite citer l'ensemble des articles qu'il s'est efforcé de collecter. La constatation d'une telle attitude fait douter à juste titre de la qualité du travail. Le texte n'est pas inondé de citations de noms d'auteurs avec les années de publication. Leur numéro de référence suffit. Un nom est seulement cité s'il concerne l'auteur d'un travail princeps ou celui de la première publication sur une technique ou un médicament. Des travaux consacrés à un thème donné gagnent à être présentés dans un tableau. D'une façon générale le recours à des tableaux et à des figures est encouragé. La description de techniques, de méthodologies ou des développements mathématiques complexes peut être donnée en annexe, pour ne pas couper de façon excessive le texte et rendre sa lecture plus difficile.

Un chapitre n'est pas une simple énumération ou juxtaposition de travaux. Le premier objectif d'une RG ou d'une MAP étant de fournir sous forme condensée et digeste les résultats d'un grand nombre d'articles, leurs données doivent être présentées en quelques mots. Des détails sur les patients (ou le matériel) et les méthodes ne sont données que dans le cadre de l'analyse critique d'un article particulier. Une succession de pages avec un enchaînement de phrases du type : « Dès 1960 Dupont et son équipe marseillaise ont montré chez le chimpanzé

que... Indépendamment Durand et al, à Lyon constatent la même année chez 50 orangs-outans que... En fait, à Paris, Dubois et son groupe démontreront en 1970 chez le gorille... » se conçoit dans un article consacré à l'histoire d'une technique ou d'un médicament, mais non pas dans une RG ou d'une MAP usuelle.

Une RG ou MAP analyse la méthodologie et la validité c'est-à-dire les points forts et faibles des travaux cités. Les données contradictoires sont analysées et expliquées. Toute affirmation inhabituelle est suivie d'au moins une référence. L'auteur donne son opinion personnelle pour aider le lecteur à clarifier ses idées. Chaque chapitre se termine par une à deux phrases de synthèse et une prise de position de l'auteur.

1.4. Conclusion

Elle donne le(s) message(s) essentiel(s), sans faire double emploi avec le résumé. Elle fait des recommandations. Elle envisage les perspectives. Elle souligne les problèmes non encore résolus et nécessitant des travaux complémentaires.

2. Résumé structuré d'une revue générale ou d'une mise au point

Le résumé comporte six rubriques :

2.1. Objectif (*Objective*)

Indication claire du problème auquel l'article est consacré.

Exemple : « Analyser la morbidité et la mortalité en cas d'anesthésie pour césarienne et proposer une conduite à tenir réactualisée en fonction des données récentes de la littérature ».

2.2. Sources des données (*Data sources*)

Description des modalités de recherche des données de la littérature. Exemple : « Recherche dans la banque de données Medline des articles de langue anglaise et française, publiés depuis le début de l'année 1990. Les mots clés, employés séparément ou en combinaison, étaient : Les données comprennent aussi les résultats d'une analyse rétrospective de césariennes effectuées par notre groupe au cours des deux dernières années ».

2.3. Sélection des travaux (*Study selection*)

Description des catégories d'articles retenus.

Exemple : « Ont été sélectionnés les articles originaux. Ont été exclus les cas cliniques isolés et les lettres à la rédaction ».

2.4. Extraction des données (*Data extraction*)

Exemple : « Les articles ont été analysés pour les avantages et les inconvénients ainsi que les risques des différentes techniques anesthésiques. Les algorithmes de l'intubation difficile ont été comparés sous l'angle des... ».

2.5. Synthèse des données (*Data synthesis*)

Présentations des résultats essentiels du travail. Exemple :

« La césarienne reste une intervention à haut risque, surtout lorsqu'elle est pratiquée en urgence. Compte tenu de sa gravité, la compression cave doit être prévenue systématiquement. Les pertes sanguines sont généralement modérées et ne nécessitent qu'exceptionnellement une transfusion ; les situations à risque hémorragique ne sont pas toujours aisées à prévoir.

En cas d'anesthésie générale, le risque d'inhalation de liquide gastrique impose une prophylaxie mécanique et antiacide systématique. Des protocoles existent pour faire face à l'intubation difficile.

L'anesthésie locorégionale représente un choix réaliste dans la plupart des situations d'urgence. La rachianesthésie est de plus en plus utilisée, essentiellement en raison de la réduction de l'incidence des céphalées grâce à l'emploi des aiguilles « pointe crayon ». La rachianesthésie-péridurale combinée présente des avantages de vitesse d'installation du bloc et de flexibilité, mais son évaluation est encore insuffisante pour connaître sa place réelle.

L'analésie postopératoire « balancée » et l'administration de très faibles doses de morphiniques par voie périmédullaire représentent un progrès réel ». Ce paragraphe correspond aux « Points essentiels » d'une conférence d'actualisation de D. Benhamou sur « Anesthésie pour césarienne ».

2.6. Conclusion (Conclusion)

Présentation du message principal et formulation de propositions.

Exemple : « *Compte tenu de ses avantages, l'anesthésie locorégionale est recommandée en cas de césarienne d'urgence. Compte tenu du risque d'intubation difficile, chaque équipe anesthésique doit avoir mis au point une conduite à tenir adaptée et disposer des moyens pour pallier cette situation* ».

Références

1 Murlow CD. The medical review article: state of the science. Ann Intern Med 1987;106:4858

2 Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. Chest 1989;95 (Suppl): 2S-4S

UNITÉS DE MESURE ET SYMBOLES

1. UNITÉS DE MESURE

Longueur :	mètre (m), millimètre (mm), micromètre (μm). L'usage de l'unité micron (μ) est déconseillé au profit de celui du micromètre ; $1 \mu = 1 \mu\text{m}$
Temps :	seconde (s), minute (min), heure (h), jour (j). Dans le SI, d (day) est l'abréviation de jour ; si l'abréviation j est maintenue dans les Annales, celle de J ne peut être acceptée, puisqu'elle correspond au joule
Poids :	kilogramme (kg), gramme (g), milligramme (mg), microgramme (μg), nanogramme (ng), picogramme (pg). L'emploi du gamma (γ) n'est pas accepté : utiliser le μg
Volume :	litre (l), millilitre (ml), microlitre (μl). L'enchaînement de plusieurs unités doit être formulé de la manière suivante : ml/m par minute
Quantité :	mole (mol), millimole (mmol), micromole (μmol), nanomole (nmol), picomole (pmol) milliéquivalent (mEq) : remplacer par mmol qui est préférable, milliosmole (mOsm)
Concentration :	Dans la mesure du possible, les concentrations ou quantités de substance sont données en unités molaires (ex. : mmol/l) plutôt qu'en unités de masse (ex. : mg/l). Taux n'est pas synonyme de concentration
Pression :	Les pressions sont exprimées en mmHg, kPa, hPa, cmH_2O et bar. L'emploi du torr n'est pas accepté. Si une pression est exprimée en kPa, il faut donner entre parenthèses la valeur correspondante en mmHg
Pression osmotique :	milliosmole (mOsm), osmolarité : mOsm/l, osmolalité : mOsm/kg
Température :	degrés Celsius ($^{\circ}\text{C}$)
Métabolisme :	En nutrition, l'emploi de la kilocalorie thermochimique (kcal_{th}) reste toléré. L'emploi du joule (J) qui est l'unité dans le SI doit être accompagné de la valeur correspondante en kcal (le sigle " th " n'est pas indispensable). Dans la pratique, on utilisera deux multiples du joule : le kilojoule (kJ) et le mégajoule (MJ)
Numération :	Le nombre de cellules sanguines est exprimé par mm^3 ou par litre. Exemples : leucocytes = $7500/\text{mm}^3$ ou 7,5 G/l plaquettes = $325000/\text{mm}^3$ ou 325 G/l

2. SYMBOLES EN RAPPORT AVEC LA CIRCULATION

FC	fréquence cardiaque	b/min (b = battement)
PA	pression artérielle	mmHg (kPa)
PAS	pression artérielle systolique	mmHg (kPa)
PAD	pression artérielle diastolique	mmHg (kPa)
PAM	pression artérielle moyenne	mmHg (kPa)
PVC	pression veineuse centrale	cmH_2O (hPa) ou mmHg (kPa)
POD	pression dans l'oreillette droite	mmHg (kPa)
POG	pression dans l'oreillette gauche	mmHg (kPa)
PVD	pression ventriculaire droite	mmHg (kPa)
PVG	pression ventriculaire gauche	mmHg (kPa)
PAP	pression artérielle pulmonaire	mmHg (kPa)
PAPS	pression artérielle pulmonaire systolique	mmHg (kPa)
PAPD	pression artérielle pulmonaire diastolique	mmHg (kPa)
PAPM	pression artérielle pulmonaire moyenne	mmHg (kPa)
PAPO	pression artérielle pulmonaire d'occlusion	mmHg (kPa)
QC	débit cardiaque	l/min
IC	index cardiaque	$\text{l}/\text{min}/\text{m}^2$
VES	volume d'éjection systolique	ml/b
IS	index systolique	$\text{ml}/\text{b}/\text{m}^2$
ISTVD	index systolique du travail du ventricule droit	$\text{g}/\text{m}/\text{m}^2$
ISTVG	index systolique du travail du ventricule gauche	$\text{g}/\text{m}/\text{m}^2$
PPF	produit pression fréquence	$\text{mmHg}/\text{b}/\text{m}^2$

RAS	résistances artérielles systémiques	dyn/s/cm ⁵
IRAS	index des résistances artérielles systémiques	dyn/s/cm ⁵ /m ²
RAP	résistances artérielles pulmonaires	dyn/s/cm ⁵

3. SYMBOLES EN RAPPORT AVEC LA RESPIRATION

3.1. Ventilation

FR	fréquence respiratoire	c/min (c = cycle)
VT	volume courant	l (litre)
PI	pression d'insufflation de crête	cmH ₂ O (hPa)
PP	pression de plateau	cmH ₂ O (hPa)
PEP (ou Peep)	pression expiratoire positive	cmH ₂ O (hPa)
VE	volume expiré par minute (BTPS)	l/min
TI	temps inspiratoire	s
TE	temps expiratoire	s
Ttot	temps total du cycle respiratoire	s
TP	temps de plateau	s

3.2. Oxygène

FIO ₂	conc. fractionnelle d'O ₂ dans le mélange inspiré	vol %
PETO ₂	pression télé-expiratoire en O ₂	mmHg (kPa)
FETO ₂	conc. fractionnelle télé-expiratoire en O ₂	vol %
PAO ₂	pression partielle alvéolaire en O ₂	mmHg (kPa)
PaO ₂	pression partielle artérielle en O ₂	mmHg (kPa)
SaO ₂	saturation de l'Hb en O ₂ dans le sang artériel	%
SpO ₂	saturation de l'Hb en O ₂ mesurée par oxymètre de pouls	%
PtcO ₂	pression partielle en O ₂ mesurée par voie transcutanée	mmHg (kPa)
SrO ₂	saturation régionale en O ₂	%
SvO ₂	saturation de l'Hb en O ₂ dans le sang veineux mêlé	%
SjO ₂	saturation de l'Hb en O ₂ mesurée dans le bulbe supérieur de la veine jugulaire interne	%
[A - a] DO ₂	différence alvéolo-artérielle des pressions en oxygène	mmHg (kPa)
QS/QT x 100	shunt intrapulmonaire	%
VA/Q	rapport ventilation-perfusion	0 à ∞
CaO ₂	contenu artériel en O ₂	ml/100 ml
CvO ₂	contenu veineux en O ₂	ml/100 ml
CvO ₂	contenu veineux mêlé en O ₂	ml/100 ml
CcO ₂	contenu capillaire en O ₂	ml/100 ml
VO ₂	consommation d'O ₂ par minute (STPD)	ml/min

3.3. Gaz carbonique

FICO ₂	conc. fractionnelle de CO ₂ dans le mélange inspiré	vol %
FETCO ₂	conc. fractionnelle télé-expiratoire en gaz carbonique	vol %
PETCO ₂	pression télé-expiratoire en CO ₂	mmHg (kPa)
PACO ₂	pression partielle alvéolaire en CO ₂	mmHg (kPa)
PaCO ₂	pression partielle artérielle en CO ₂	mmHg (kPa)
PtcCO ₂	pression transcutanée en CO ₂	mmHg (kPa)
VCO ₂	production de CO ₂ par minute (STPD)	ml/min