

Rédaction d'un article original

Hervé Maisonneuve

Professeur associé, santé publique

Rédacteur en chef de European Science Editing (1999-2006)

www.redactionmedicale.fr

Liens d'intérêts

- Rédacteur de www.redactionmedicale.fr

- Rédacteur adjoint de



- Consultant en rédaction et en formation professionnelle
- Membre commission HAS sur la qualité des revues (2010-2013)
- Comité de rédaction de

*Journal of
European CME*
The Open-Access Journal on CME-CPD Practice

- Auteur de 'La rédaction médicale', Doin, 2010



- Rédacteur de 'Science Editors' Handbook', EASE 2013



Que répondez-vous ?

Un collègue vous demande :

- 1. Peux-tu définir l'article original et à quelles questions répond l'article original ?**
- 2. Je dois préparer les illustrations de mon article, quels conseils peux-tu me donner ?**
- 3. Je dois préparer la discussion de mon article, quels conseils peux-tu me donner ?**
- 4. Comment améliorer le style de ma rédaction pour que ce soit scientifique ?**
- 5. Comment choisir une revue ? Comment choisir les auteurs de l'article ? Quelles instructions aux auteurs ?**

L'article original

En réponse à une question, c'est la présentation de résultats originaux

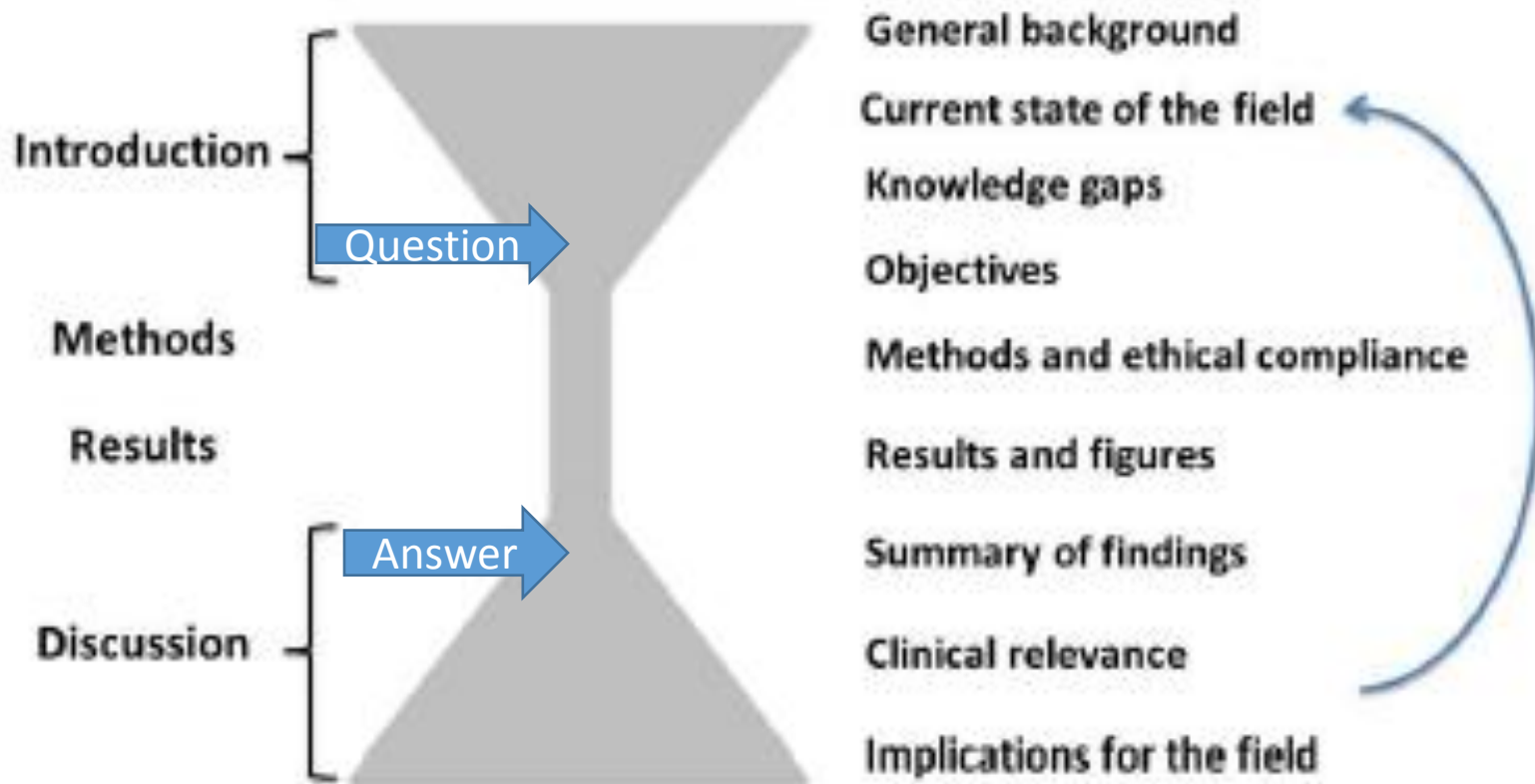
- **pour la première fois**
- **à ses pairs**
- **selon un format permettant de**
 - **comprendre,**
 - **(et de refaire) le travail**

L'article original : **IMRaD**

- **Pourquoi j'ai fait ce travail ?**
- **Comment je l'ai fait ?**
- **Qu'est ce que j'ai observé ?**
- **Qu'est ce que j'en pense ?**

L'article original : IMRaD

- **Introduction**
- **Méthodes**
- **Résultats**
- **Discussion**
- **Titre**
- **Résumé**
- **Illustrations**
 - **Tableaux**
 - **Figures**
- **Références**



<http://www.edanzediting.com/sites/all/files/clinical-manuscript-english-201312.pdf>

IMRaD : Introduction

Une démarche scientifique logique

- Connu**
- Inconnu**
- Question**

Introduction

- **Longueur de l'introduction ? Moins de 10 % de la longueur de l'article ?**
- **3 paragraphes suffisent**
- **Temps des verbes ? Passé et parfois présent**
- **Donner des informations, et ne pas être vague.. Ne pas définir la maladie car les pairs connaissent..**
- **Faut-il le résultat en fin d'introduction ?**

IMRaD : Méthodes

Une démarche scientifique logique

- **Sélection**
- **Interventions**
- **Observations**
- **Evaluation**

Méthodes

- La partie la plus longue de l'article ?
- Très détaillé car peu de lecteurs vont s'y intéresser mais ceux qui lisent veulent des détails pour refaire le travail
- Pas de style télégraphique
- Ne pas mettre les caractéristiques de la population (ce sont des résultats) mais les critères d'inclusion, de non-inclusion
- Méthodes : un plagiat accepté ?

IMRaD : Résultats

- Une démarche scientifique logique
- **Des résultats originaux**
 - **Tableaux en priorité**
 - **Figures**
 - **Texte**
 - **Pas de références**

Tableaux

Définition

Peu trompeurs, difficiles à lire

Ordre des lignes, des colonnes

Inversion des lignes et colonnes ?

Titre et notes

Où est l'information ?

Tableau XX : Style et qualité des articles et cas cliniques reçus à la rédaction*

de tableau et titre

Souche

Caractéristiques

**Articles
originaux
(n = 225)**

**Cas
cliniques
(n = 234)**

*Têtes de
colonnes*

Style

Précision

84 (37)

55 (23)

Clarté

132 (59)

171 (73)

Brièveté

104 (46)

195 (83)

Lisibilité

53 (24)

86 (37)

*Têtes de
lignes
avec
sous-
titres*

Score de qualité

0 à 5

60 (27)

98 (42)

6 à 10

106 (47)

70 (30)

11 à 15

44 (19)

47 (20)

16 à 20

15 (7)

19 (8)

*Champ
contenant
des
cellules
avec des
résultats*

Acceptés

Avec modifications

195 (87)

172 (73)

Sans modifications

30 (13)

62 (27)

* Les données sont des effectifs (avec pourcentages).
Le score de qualité de Newton a été modifié pour cette étude (voir méthodes).

*Notes de bas
de tableau*

Exemple factice

**Tableau XX : Score de sévérité de la dépression
chez 164 malades traités par du thé vert**

Score de sévérité de la dépression	Malades N (%)
0 - 4	23 (14)
5 - 9	51 (31)
10 - 19	72 (44)
> 19	18 (11)

Parmi les 164 malades, 23 (14 %) avaient un score de sévérité de la dépression (SSD) de 0 à 4 ; 51 (31 %) avaient un SSD de 5 à 9 ; 72 (44 %) avaient un SSD de 10 à 19 ; 18 (11 %) avaient un SSD supérieur à 19.

Figure 3. La même information est exposée dans le tableau ci-dessus et les trois lignes de texte : choisissez la forme appropriée à votre travail.

Tableau 1 : Tolérance de 6 molécules

Voie	Formule	Tolérance	
		Bonne	Mauvaise
Percutanée	Huileuse	A	D
	Aqueuse	B	D
Orale	Huileuse	C	F
	Aqueuse	C	E

Exemple factice

Tableau 2 : Tolérance de 6 molécules

Tolérance	Molécule	Voie	Formule
Bonne	A	Percutanée	Huileuse
	B	Percutanée	Aqueuse
	C	Orale	Indifférent
Mauvaise	D	Percutanée	Indifférent
	E	Orale	Aqueuse
	F	Orale	Huileuse

Exemple factice

Tableau 3 : Tolérance de 6 molécules

Molécule	Voie	Formule
Bonne tolérance		
A	Percutanée	Huileuse
B	Percutanée	Aqueuse
C	Orale	Indifférent
Mauvaise tolérance		
D	Percutanée	Indifférent
E	Orale	Aqueuse
F	Orale	Huileuse

Exemple factice

Tableau 4 : Tolérance de 6 molécules

Molécule	Voie	Formule
Bonne tolérance		
A	Percutanée	Huileuse
B	Percutanée	Aqueuse
C	Orale	Indifférent
Mauvaise tolérance		
D	Percutanée	Indifférent
E	Orale	Aqueuse
F	Orale	Huileuse

Exemple factice

Tableau 5 : Tolérance de 6 molécules

Voie	Formule	Tolérance	
		Bonne	Mauvaise
Percutanée	Huileuse	A	D
	Aqueuse	B	D
Orale	Huileuse	C	F
	Aqueuse	C	E

Exemple factice

Tableau 6 : Tolérance de 6 molécules

Molécule	Voie	Formule	Tolérance
A	Percutanée	Huileuse	Bonne
B	Percutanée	Aqueuse	
C	Orale	Indifférent	
D	Percutanée	Indifférent	Mauvaise
E	Orale	Aqueuse	
F	Orale	Huileuse	

Exemple factice

Tableau 1 : Tolérance de 6 molécules

Voie	Formule	Tolérance	
		Bonne	Mauvaise
Percutanée	Huileuse	A	D
	Aqueuse	B	D
Orale	Huileuse	C	F
	Aqueuse	C	E

Tableau 2 : Tolérance de 6 molécules

Tolérance	Molécule	Voie	Formule
Bonne	A	Percutanée	Huileuse
	B	Percutanée	Aqueuse
	C	Orale	Indifférent
Mauvaise	D	Percutanée	Indifférent
	E	Orale	Aqueuse
	F	Orale	Huileuse

Tableau 3 : Tolérance de 6 molécules

Molécule	Voie	Formule
Bonne tolérance		
A	Percutanée	Huileuse
B	Percutanée	Aqueuse
C	Orale	Indifférent
Mauvaise tolérance		
D	Percutanée	Indifférent
E	Orale	Aqueuse
F	Orale	Huileuse

Tableau 4 : Tolérance de 6 molécules

Molécule	Voie	Formule
Bonne tolérance		
A	Percutanée	Huileuse
B	Percutanée	Aqueuse
C	Orale	Indifférent
Mauvaise tolérance		
D	Percutanée	Indifférent
E	Orale	Aqueuse
F	Orale	Huileuse

Tableau 5 : Tolérance de 6 molécules

Voie	Formule	Tolérance	
		Bonne	Mauvaise
Percutanée	Huileuse	A	D
	Aqueuse	B	D
Orale	Huileuse	C	F
	Aqueuse	C	E

Tableau 6 : Tolérance de 6 molécules

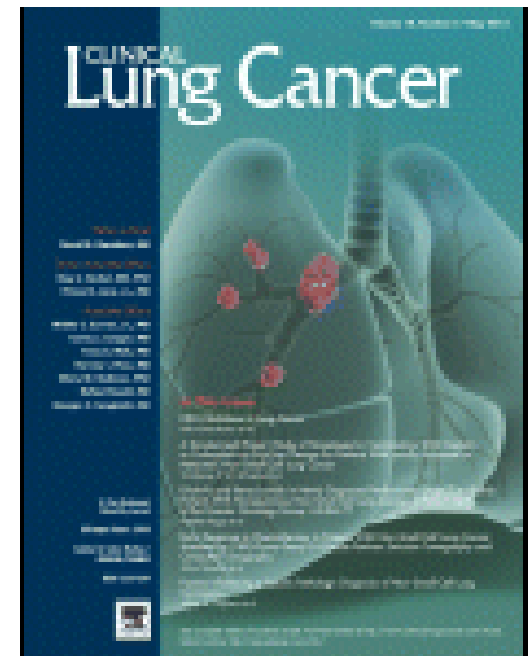
Molécule	Voie	Formule	Tolérance
A	Percutanée	Huileuse	Bonne
B	Percutanée	Aqueuse	
C	Orale	Indifférent	
D	Percutanée	Indifférent	Mauvaise
E	Orale	Aqueuse	
F	Orale	Huileuse	

Duplication texte / tableaux

Original Study

Factors Influencing a Specific Pathologic Diagnosis of Non-Small-Cell Lung Carcinoma

- Clin Lung Cancer 2013;14(3): 240-241



Clin Lung Cancer 2013;14(3):p240

A total of 739 patients were included in the final analysis. Three hundred and seventy seven (51%) were male, 299 (40%) were over the age of 70 years, and 510 (69%) had an ECOG performance status of 0-2. Baseline factors are shown in Table 1. Three hundred and eighty five (52%) of patients were diagnosed in a tertiary academic center, 220 (30%) in a teaching secondary hospital, and 126 (17%) in a community hospital. The most common specialties that make the initial diagnosis of lung cancer were thoracic surgeons (n 239, 32%) and respirologists (n 195, 26%). Four hundred and seventy seven (65%) of specimens consisted of a cytologic sample alone. The lung primary was sampled in 503 (68%) of patients, and 370 (50%) of sampling procedures were under computed tomography or fluoroscopic guidance. Bronchoscopy was performed in 179 (24%) of cases. Fine needle aspirates were collected in 401 (54%) of cases. The results of the diagnostic techniques are shown in Table 2.

Clin Lung Cancer 2013;14(3):p240

Table 1 Baseline Demographics

Baseline Characteristic (n = 739)	Frequency, No. (%)
Age	
<70 y	440 (60)
≥70 y	299 (40)
Sex	
Men	377 (51)
Women	362 (49)
ECOG PS	
≤2	510 (69)
≥3	119 (16)
Unknown	110 (15)

Clin Lung Cancer 2013;14(3):p241

Table 2 Diagnostic Characteristics of Biopsy Specimens

Diagnostic Characteristics (n = 739)	Frequency, No. (%)
Hospital	
Academic tertiary	385 (52)
Teaching secondary	220 (30)
Community	126 (17)
Unknown	8 (1)
Specialist	
Thoracic surgeon	239 (32)
Respirologist	195 (26)
Internist	91 (12)
Oncologist	80 (11)
Other	57 (8)
Family physician	45 (6)
Neurosurgeon	27 (4)
Unknown	5 (<1)
Laboratory Sample	
Cytology alone	477 (65)
Histology (with/without cytology)	257 (35)
Unknown	5 (<1)

Clin Lung Cancer 2013;14(3):p241

Anatomical Source	
Lung primary	503 (68)
Metastasis	82 (11)
Lymph node	52 (7)
Bronchial brushings	51 (7)
Pleural effusion	30 (4)
Pleural biopsy	16 (2)
Sputum	3 (<1)
Unknown	2 (<1)
Biopsy Technique	
CT/fluoroscopy	370 (50)
Bronchoscopy	179 (24)
Other	43 (6)
Ultrasound guidance	41 (6)
Open	41 (6)
Thoracoscopy/mediastinoscopy	36 (5)
Core needle biopsy	16 (2)
Pleuroscopy	11 (1)
Unknown	2 (<1)
Biopsy Type	
FNA	401 (54)
Endobronchial biopsy	117 (16)

Comparons texte et tableau

ARTICLE ORIGINAL

Intérêt de la réhabilitation respiratoire après résection pulmonaire pour tumeur



Revue des maladies respiratoires 2013;30:56-61

Revue des maladies respiratoires 2013;30:56-61

Nous avons évalué l'effet du RR-i sur les paramètres fonctionnels respiratoires chez 154 patients. **La durée médiane de séjour était de 28 jours.** Le nombre moyen de séances de REE réalisées était de 13 (± 6). Nous avons observé une amélioration significative sur la douleur, la fonction pulmonaire, le TM6 et le test d'endurance (Tableau 2). Un avantage statistiquement significatif pour le TM6 était observé chez 119 patients (77 %).

Revue des maladies respiratoires 2013;30:56-61

Tableau 1 Caractéristiques des patients étudiés.

n = 175	Patients exclus (n = 21)	Patients inclus (n = 154)
<i>Démographie</i>		
Âge	72 (63,5–75)	66,5 (63–73)
Sex-ratio	1,1	2,2
IMC	23,8 (20–30)	23,6 (21–26)
<i>Durée moyenne de séjour (jours)</i>	10 (7–15)	28 (23–28)
	n (%)	n (%)
<i>Type de chirurgie</i>		
Lobectomie	15 (71,5)	129 (84)
Bilobectomie	2 (9,5)	5 (3)
Pneumonectomie	4 (19)	20 (13)
<i>Histologie</i>		
CBNPC ^a	18 (86)	135 (87,5)
Autres ^b	3 (14)	19 (12,5)
<i>Classification ASA^c</i>		
1	4 (19)	22 (14)
2	8 (38)	74 (48)
3	7 (33,5)	27 (18)
Non disponible	2 (9,5)	31 (20)

^a Carcinome bronchique non à petites cellules.

^b Autres (métastases, n = 15 ; tumeurs carcinoïde, n = 3 ; cancers à petites cellules, n = 2 ; mésothéliome, n = 1 ; malrome, n = 1).

^c Classification de l'état physique par la Société américaine d'anesthésie.

Revue des maladies respiratoires 2013;30:56-61

Tableau 2 Changements entre le début et la fin du programme de RR-i.

	Début	Fin	p
<i>Douleur (n = 154)</i>			
EVA	3,44 (± 1,8)	1,62 (± 1,3)	< 0,0001
<i>Spirométrie (n = 112)</i>			
CVF (%)	69,9 (± 17)	79,6 (± 19)	< 0,0001
VEMS (%)	61,2 (± 15)	69,9 (± 17)	< 0,0001
<i>GDS capillaire (n = 96)</i>			
PO ₂ (mmHg)	69,2 (± 8,8)	71,8 (± 10,2)	NS
PCO ₂ (mmHg)	36,7 (± 5,9)	36,6 (± 9,6)	NS
<i>TM6 (n = 154)</i>			
Distance (m)	356 (± 95)	444 (± 93)	< 0,0001
<i>Test d'endurance (n = 139)</i>			
Durée (seconds)	281 (± 158)	683 (± 396)	< 0,0001
EVA dyspnée	6,24 (± 1,7)	5,59 (± 1,9)	< 0,0001
EVA fatigue	5,41 (± 2,4)	4,56 (± 2,5)	< 0,0001

EVA : échelle visuelle analogique ; CVF : capacité vitale forcée ; VEMS : volume expiré maximal en une seconde ; GDS : gaz du sang ; TM6 : test de marche de six minutes ; NS : non significatif.

TABLE 4. Factors predictive of LN growth

Characteristic (per patient)	No growth, n = 133	Growth ≥ 0.3 cm		Growth ≥ 0.5 cm ^a	
		n = 33	P value	n = 15	P value
Age (yr)	43 \pm 14	43 \pm 13	NS	39 \pm 12	NS
Female gender	86/133 (65%)	19/33 (58%)	NS	5/15 (33%)	0.02
Size of largest LN at study entry (cm)	1.4 \pm 0.5	1.1 \pm 0.4	<0.01	1.15 \pm 0.4	0.03
Tall cell variant of PTC	8/133 (6%)	2/33 (6%)	NS	1/15 (7%)	NS
Primary tumor size	2.3 \pm 1.53	2.3 \pm 1.7	NS	2.77 \pm 1.34	NS
ETE in primary tumor	66/133 (50%)	17/33 (52%)	NS	10/15 (67%)	NS
Multifocal primary tumor	73/133 (55%)	20/33 (61%)	NS	7/15 (47%)	NS
Tg at study entry	3.2 \pm 10	15.7 \pm 75	NS	34 \pm 112	NS
Tg increase ≥ 0.5 ng/ml during follow-up	6/133 (5%)	5/33 (15%)	0.04	3/15 (20%)	0.03
Central neck dissection at primary surgery	61/133 (48%)	11/33 (33%)	NS	5/15 (33%)	NS
Lateral neck dissection at primary surgery	41/133 (31%)	10/33 (30%)	NS	5/15 (33%)	NS
Previous salvage surgery	39/133 (29%)	13/33 (39%)	NS	4/15 (27%)	NS
Cumulative RAI dose (mCi)	233 \pm 182	254 \pm 185	NS	275 \pm 196	NS
FDG-avid LN ^b	12/133 (9%)	7/33 (21%)	NS	4/15 (27%)	0.05
Thyroid bed nodules at study entry ^c	63/133 (47%)	15/33 (45%)	NS	6/15 (40%)	NS
Abnormal LN features (per patient)					
Number of abnormal features	2 \pm 0.8	1.9 \pm 0.9	NS	1.8 \pm 0.9	NS
Increased vascularity	50/133 (38%)	18/33 (55%)	NS	10/15 (67%)	0.04
Calcifications	55/133 (41%)	12/33 (36%)	NS	3/15 (20%)	NS
Cystic	33/133 (25%)	7/33 (21%)	NS	6/15 (40%)	NS
Round	26/133 (20%)	8/33 (24%)	NS	3/15 (20%)	NS
No hilum	27/133 (20%)	9/33 (27%)	NS	6/15 (40%)	NS
Hypoechoic	25/133 (19%)	5/33 (15%)	NS	1/15 (7%)	NS
Heterogeneous	20/133 (15%)	5 (15%)	NS	2/15 (13%)	NS
Lobulated	9/133 (7%)	1 (3%)	NS	0/15 (0%)	NS

Continuous variables are presented as mean \pm SD, all others as n (percent). ETE, Extra-thyroidal extension; NS, not significant.

^a This is a subgroup of the 33 patients with LN growth of at least 0.3 cm.

^b Total number of patients with FDG-avid LN = 19.

^c Thyroid bed nodules are masses found on US in the neck area where the thyroid was located.

TABLE 2. Absolute frequencies of pregnant women screened for thyroid disorders according to age and laboratory findings

Age (yr)	TSH suppressed, TPOAb ⁻	TSH elevated, TPOAb ⁻	TSH normal, TPOAb ⁺	TSH suppressed, TPOAb ⁺	TSH elevated, TPOAb ⁺	Total positive	Total negative	Total
16	0	0	0	0	0	0	1	1
17	0	0	2	0	0	2	1	3
18	0	0	0	0	0	0	7	7
19	1	0	0	0	0	1	10	11
20	1	0	0	0	0	1	10	11
21	1	2	1	0	3	7	38	45
22	2	4	4	0	1	11	46	57
23	0	2	13	0	0	15	56	71
24	3	0	4	0	1	8	100	108
25	8	9	4	0	4	25	106	131
26	3	14	11	3	3	34	145	179
27	5	7	20	0	6	38	265	303
28	10	9	27	0	16	62	336	398
29	10	10	45	0	14	79	419	498
30	12	19	51	2	8	92	482	574
31	10	10	35	3	15	73	453	526
32	13	16	41	2	14	86	402	488
33	7	16	30	0	6	59	325	384
34	15	12	31	1	13	72	280	352
35	4	16	23	2	4	49	236	285
36	8	11	18	3	9	49	199	248
37	8	5	17	0	4	34	145	179
38	2	1	17	0	2	22	99	121
39	3	2	8	0	0	13	74	87
40	3	0	13	0	2	18	61	79
41	1	2	0	0	0	3	33	36
42	0	0	2	0	0	2	11	13
43	0	0	0	0	0	0	12	12
44	0	0	0	0	2	2	10	12
45	0	0	0	0	0	0	2	2
46	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	130	167	417	16	127	857	4366	5223

The values are stated as numbers of women in age subgroups. TSH suppression is TSH below 0.06 mU/liter; TSH elevation is TSH above 3.67 mU/liter; and TPOAb⁺ is TPOAb above 143 kU/liter.

www.redactionmedicale.fr 1 juillet 2014

TABLE 2. Absolute frequencies of pregnant women screened for thyroid disorders according to age and laboratory findings

Age (yr)	TSH suppressed, TPOAb ⁻	TSH elevated, TPOAb ⁻	TSH normal, TPOAb ⁺	TSH suppressed, TPOAb ⁺	TSH elevated, TPOAb ⁺	Total positive	Total negative	Total
16	0	0	0	0	0	0	1	1
17	0	0	2	0	0	2	1	3
18	0	0	0	0	0	0	7	7
19	1	0	0	0	0	1	10	11
20	1	0	0	0	0	1	10	11
21	1	2	1	0	3	7	38	45
22	2	4	4	0	1	11	46	57
23	0	2	13	0	0	15	56	71
24	3	0	4	0	1	8	100	108
25	8	9	4	0	4	25	106	131
26	3	14	11	3	3	34	145	179
27	5	7	20	0	6	38	265	303
28	10	9	27	0	16	62	336	398
29	10	10	45	0	14	79	419	498
30	12	19	51	2	8	92	482	574
31	10	10	35	3	15	73	453	526
32	13	16	41	2	14	86	402	488
33	7	16	30	0	6	59	325	384
34	15	12	31	1	13	72	280	352
35	4	16	23	2	4	49	236	285
36	8	11	18	3	9	49	199	248
37	8	5	17	0	4	34	145	179
38	2	1	17	0	2	22	99	121
39	3	2	8	0	0	13	74	87
40	3	0	13	0	2	18	61	79
41	1	2	0	0	0	3	33	36
42	0	0	2	0	0	2	11	13
43	0	0	0	0	0	0	12	12
44	0	0	0	0	2	2	10	12
45	0	0	0	0	0	0	2	2
46	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	130	167	417	16	127	857	4366	5223

The values are stated as numbers of women in age subgroups. TSH suppression is TSH below 0.06 mU/liter; TSH elevation is TSH above 3.67 mU/liter; and TPOAb⁺ is TPOAb above 143 kU/liter.

www.redactionmedicale.fr 1 juillet 2014

Tableau 2

Répartition des patients en PASS selon les différents seuils d'activité Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) et Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)-protéine C-réactive (CRP).

Score activité	PASS+ n (%)	PASS- n (%)	p
<i>BASDAI</i>			
$\leq 4/10$	85 (73,9)	12 (15)	10^{-4}
$> 4/10$	30 (26,1)	68 (85)	10^{-4}
<i>ASDAS-CRP</i>			
$\leq 1,3$	28 (30,4)	1 (1,7)	10^{-4}
$1,3 > \text{ASDAS-CRP} \leq 2,1$	28 (30,4)	2 (3,4)	10^{-4}
$2,1 > \text{ASDAS-CRP} \leq 3,5$	33 (35,9)	36 (62,1)	10^{-4}
$> 3,5$	3 (3,3)	19 (32,7)	10^{-4}

Tableau 1

Caractéristiques cliniques des patients ayant bénéficié d'une cimentoplastie sur vertèbre en galette.

Patients	1	2	3	4	5
Sexe	F	F	M	F	F
Âge(ans)	68	76	68	76	83
Traitement anti ostéoporotique	Oui	Non	Non	Non	Non
Traitement vitamino-calcique	Oui	Oui	Non	Non	Non
Facteurs de risque d'ostéoporose	PR, corticoïdes, ATCD familial	PR, corticoïdes, tabac	Hormonothérapie	Hyperthyroïdie	0
EPP	Normale	Normale	Hypogammaglobulinémie	Normale	Normale
Calcémie/phosphorémie (mmol/L)	2,19/0,85	2,23/1,27	2,53/1,15	2,25/1,04	2,25/1,12
25 (OH) vit D (ng/mL)	47	NC	NC	22	NC
DMO (T-score lombaire)	-2,2	NC	NC	-4,2	NC
DMO T-score col fémoral	-4	NC	NC	-3,1	NC
Patients	6	7	8	9	10
Sexe	F	F	F	F	F
Âge(ans)	87	55	85	86	65
Traitement anti ostéoporotique	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Traitement vitamino-calcique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Facteurs de risque d'ostéoporose	ATCD familial	0	Tabac, ATCD familial	Tabac, ménopause précoce	0
EPP	Normale	Normale	Normale	Normale	Normale
Calcémie/phosphorémie (mmol/L)	2,39/1,11	NC	2,40/1,03	2,13/0,90	2,18/0,80
25 (OH) vit D (ng/mL)	105,9	NC	94,1	90,2	88,2
DMO (T-score lombaire)	-2,8	NC	-2,9	-3,2	-2,7
DMO T-score col fémoral	-3,2	NC	-2,4	-3,5	-3

F: femme; H: homme; NC: non connu; PR: polyarthrite rhumatoïde; HTA: hypertension artérielle; hypogammaglobulinémie: hypogammaglobulinémie; Ca: calcémie (2,1 > N > 2,65 mmol/L); Ph: phosphorémie (0,8 > N > 1,35 mmol/L); DMO: densitométrie osseuse.

Tableau 2

Caractéristiques des cimentoplasties et évaluation après la procédure.

Patients	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vertèbres tassées (nombre)	3	2	1	3	2	1	1	2	5	7
T (thoracique)	T12	T11, T12	0	T6, T11	T10, T11	T7	T12	0	T9, T10, T11, T12	T10, T12
L (lombaire)	L1, L2	0	L2	L1	0	0	0	L1, L2	L1	L1, L2, L3, L4, L5
Tassement grade III	L1	T12	L2	T11	T11	T7	T12	L1	T10, T12	T12, L3
Vertèbres en hypersignal à l'IRM	NC	T11, T12	L2	NC	T11	T7	T12	L1, L2	T12, L2, L3, L4, L5	T10, T12
Vertèbres cimentées	T12, L1, L2	T11, T12, L1	L2	L1, T11, T12	T10, T11, T12	T7	T12	L1, L2	T10, T12	T12, L2, L3, L4, L5
Durée des symptômes avant procédure (mois)	5	5	11	9	6	6	NC	6	6	10
EVA avant vertébroplastie (0-10)	9	7	8	8	8	10	10	10	10	10
EVA post-vertébroplastie (0-10)	2	2	5	6	0	0	4	1	1	3
Impression globale (0-10)	10	8	8	7	5	5	NC	7	7	6
Amélioration jugée par le patient (%)	80	20	NC	NC	100	100	80	90	90	80
Traitement antalgique avant cimentoplastie (palier)	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3
Traitement antalgique après cimentoplastie (palier)	1	0	2	1	0	1	1	1	1	0
Existence de fuite	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Fracture post-vertébroplastie	T8	0	0	0	L1	0	0	0	0	0
Complications à court et moyen terme	^a	Non	Non	Non	Non	ACPA	Non	Non	Non	EP
Recul (mois)	42	16	11	13	43	2	67	2	2	8

NC : non connu ; EVA : échelle visuelle analogique douleur ; ACPA : arythmie complète par fibrillation auriculaire ; EP : embolie pulmonaire ; IRM : imagerie par résonance magnétique.

^a Hématome au point de ponction.

Tableau 1. Résultats des essais inter-laboratoires de 2009 et 2010 (suite)

	2009		2010	
	nb discordants/ total	% discordants et intervalle de confiance	nb discordants/ total	% discordants et intervalle de confiance
RTCIT				
Nombre de laboratoires	4/16	30 [8,3-52,3]	5/22	22,7 [8,7-45,8]
Prélèvements négatifs	0/40	0 [0,0-10,9]	3/66	4,6 [1,2-13,6]
Prélèvements positifs	6/96	6,3 [2,6-13,6]	7/88	8 [3,5-16,2]
GS7	0/16	0 [0,0-24,1]	0/22	0 [0,0-18,5]
Ariana	2/16	12,5 [2,2-39,6]	–	–
Ariana (weak)	0/16	0 [0,0-24,1]	–	–
Chien viverrin	1/16	6,3 [0,3-32,3]	–	–
EBLV-1a	–	–	3/22	13,6 [3,6-36,0]
EBLV-1b	0/16	0 [0,0-24,1]	–	–
EBLV-2	3/16	18,8 [5,0-46,3]	1/22	4,5 [0,2-24,9]
ABLV	–	–	3/22	13,6 [3,6-36,0]
MIT				
Nombre de laboratoires	6/8	75 [35,6-95,5]		
Prélèvements négatifs	0/16	0 [0,0-24,1]		
Prélèvements positifs	11/48	22,9 [12,5-37,7]		
GS7	1/8	12,5 [0,7-53,32]		
Ariana	2/8	25 [4,45-64,4]		
Ariana (weak)	0/8	0 [0,0-40,3]		
Chien viverrin	1/8	12,5 [0,7-53,3]		
EBLV-1b	1/8	12,5 [0,7-53,3]		
EBLV-2	6/8	75 [35,6-95,5]		

Figures

Définition

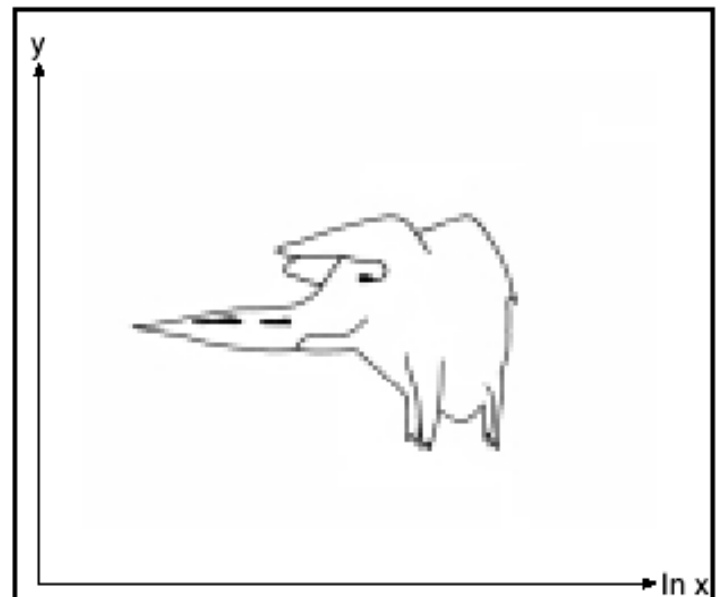
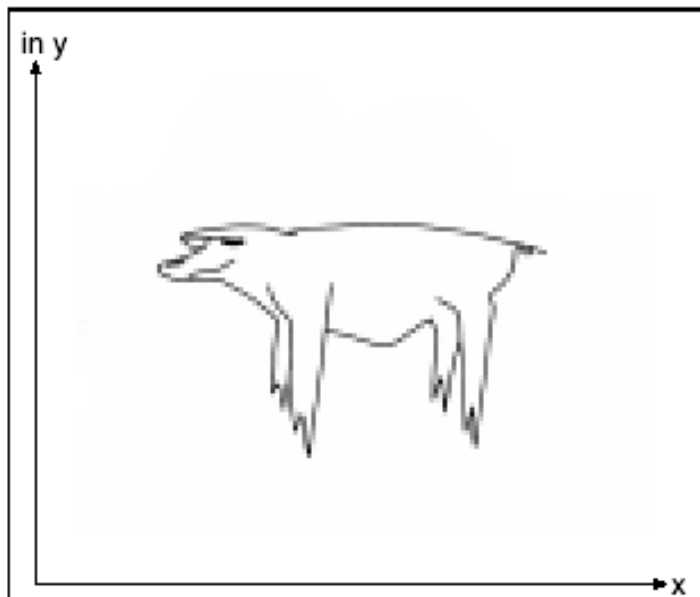
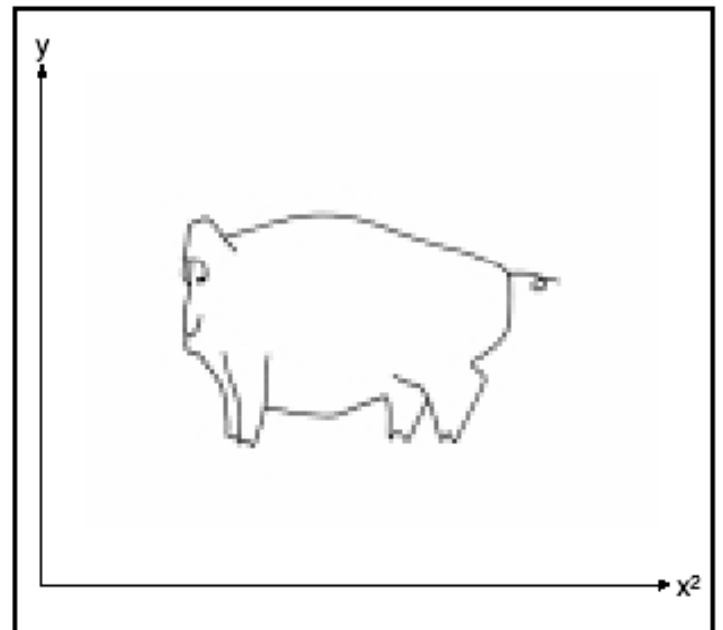
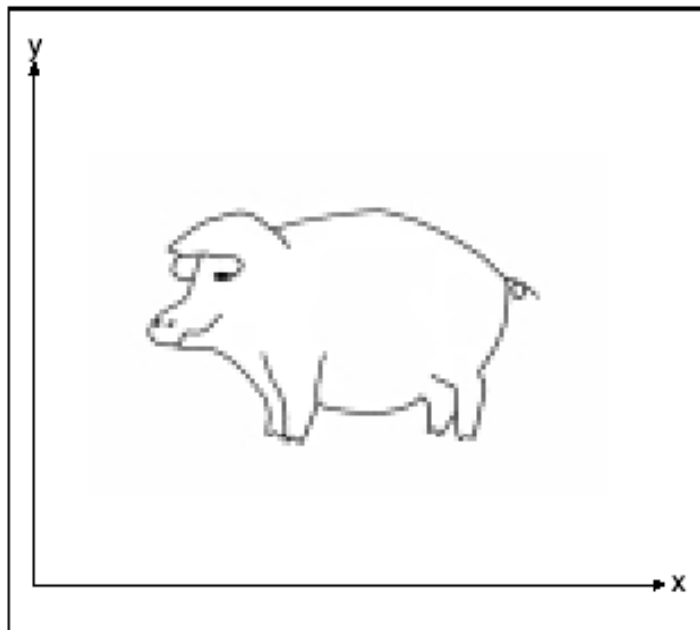
Biais nombreux, faciles à lire

Unités des axes

Reproduction par les revues

Éviter les 3 dimensions

Où est l'information ?



Exemple factice

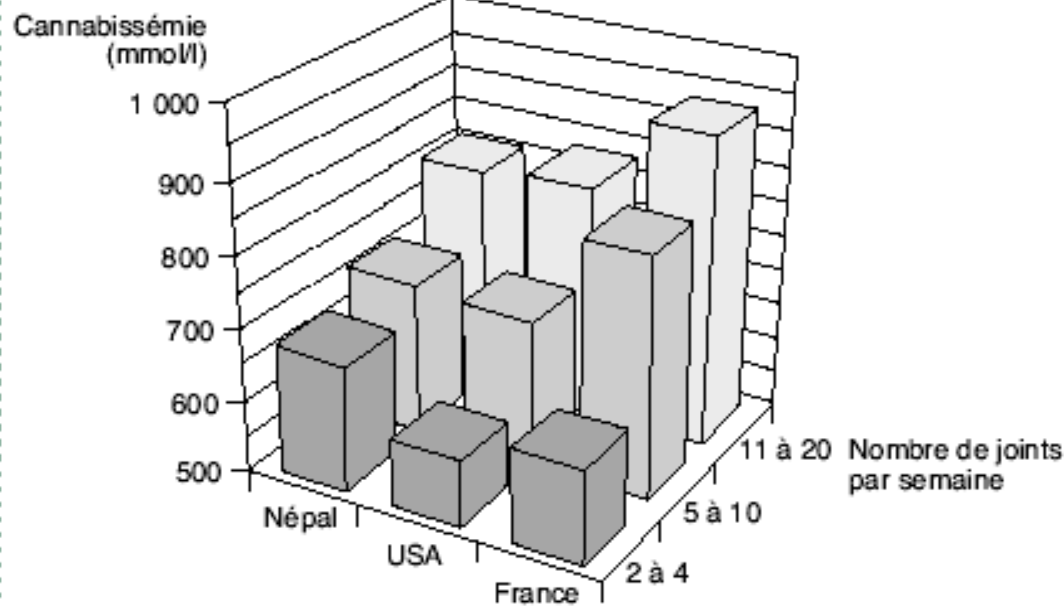
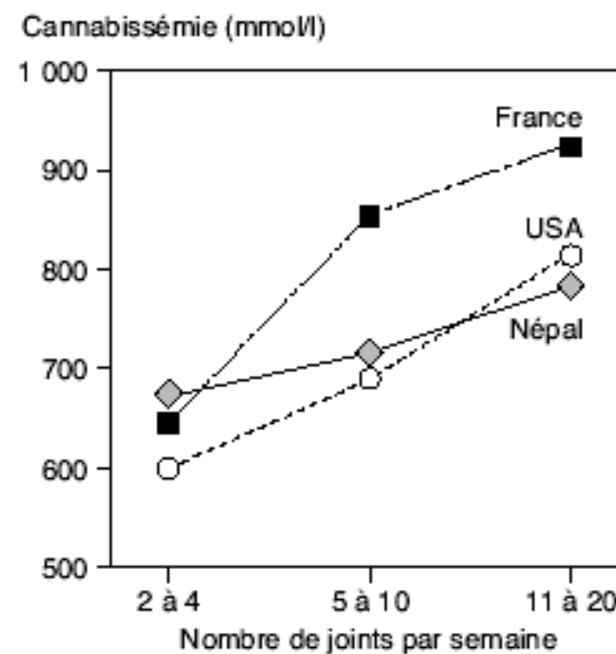
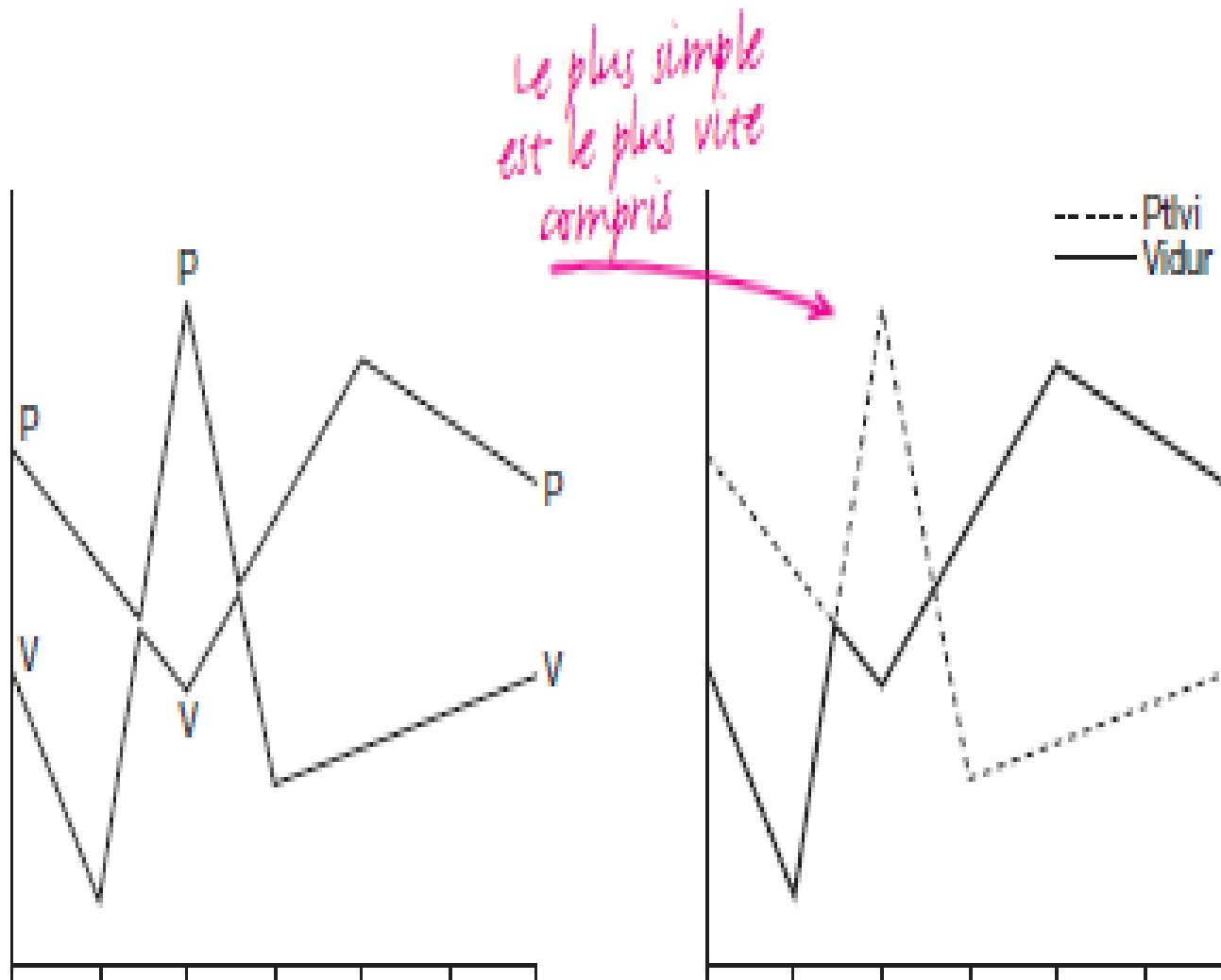
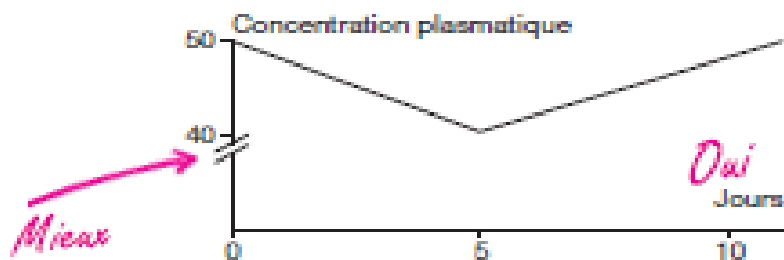
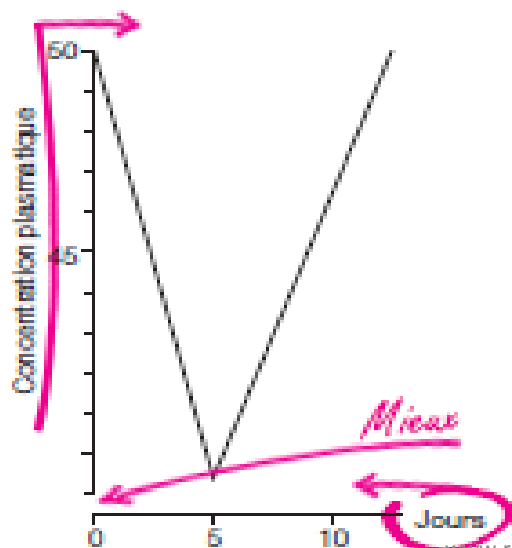
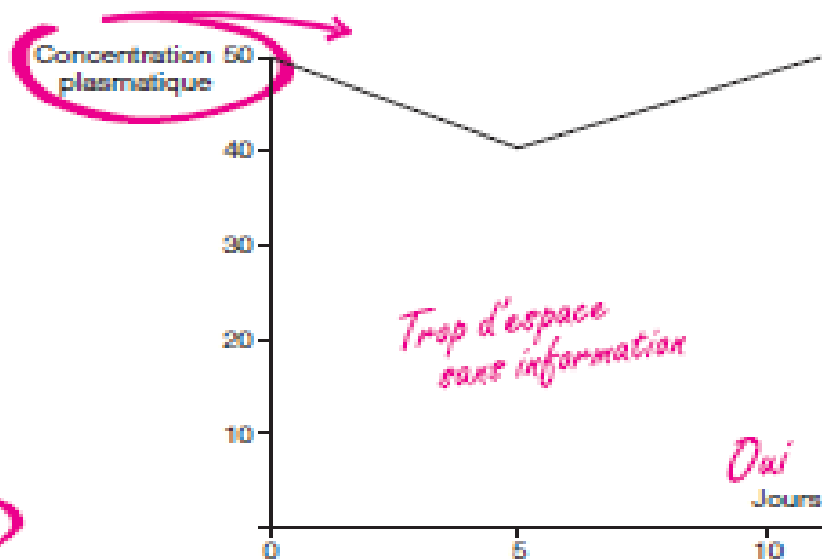
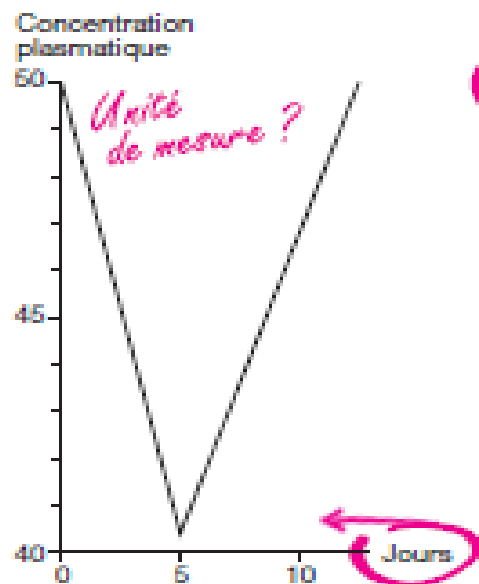


Figure 10.
Une information
identique est exposée
dans ces deux dessins.
Le rapport quantité
d'encre/quantité
d'information
peut varier
(les données
sont inventées).







Comprendre sans le texte ?

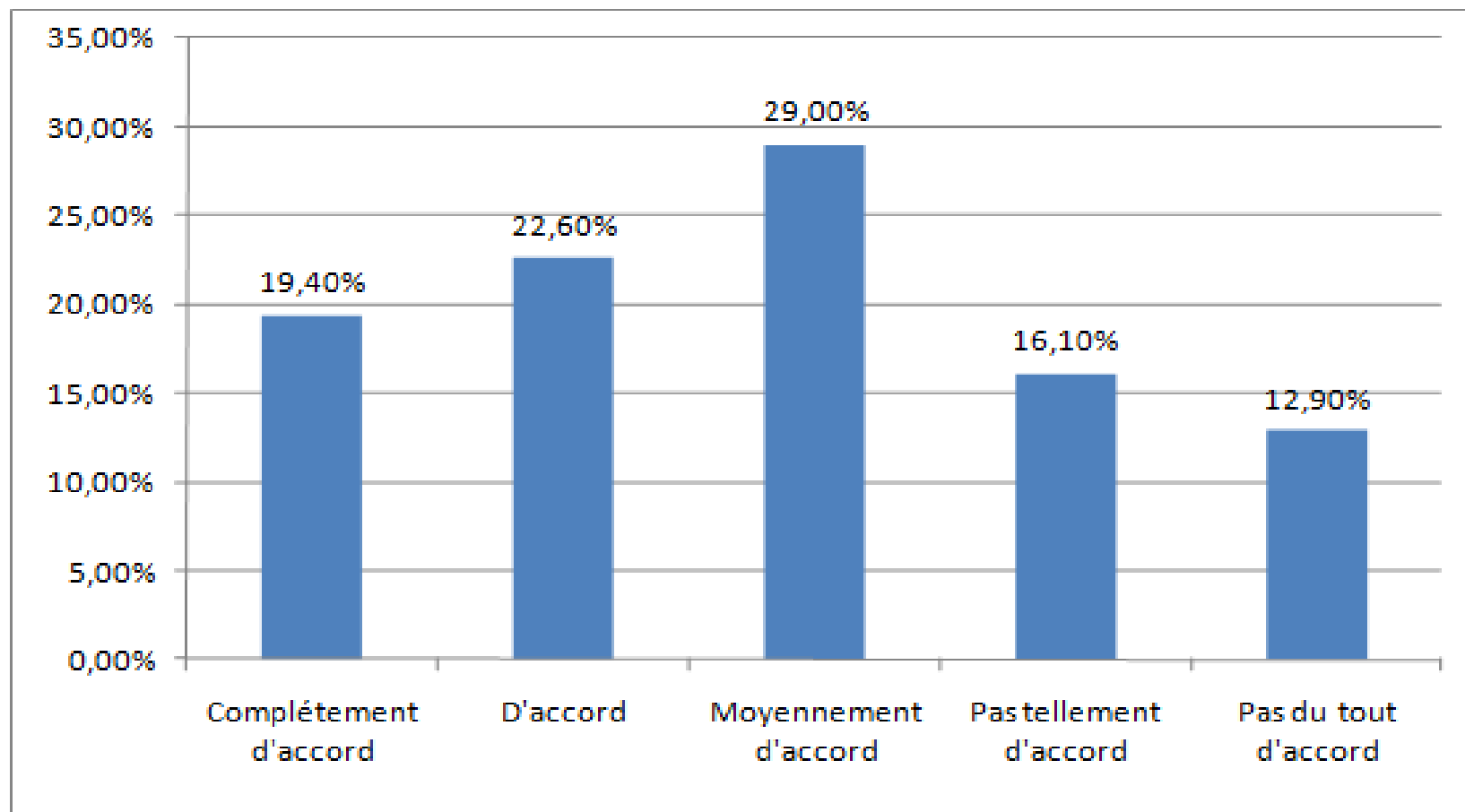


Figure 3 : le fait d'être une femme est-il un obstacle au TR ?

Flow charts ou diagrammes de flux

SÉRIE « SOINS DE SUPPORT EN ONCOLOGIE PULMONAIRE »

Coordonnée par Christos Chouaid

Spécificités de la prise en charge nutritionnelle en oncologie thoracique



Revue des maladies respiratoires 2013;30:490-497

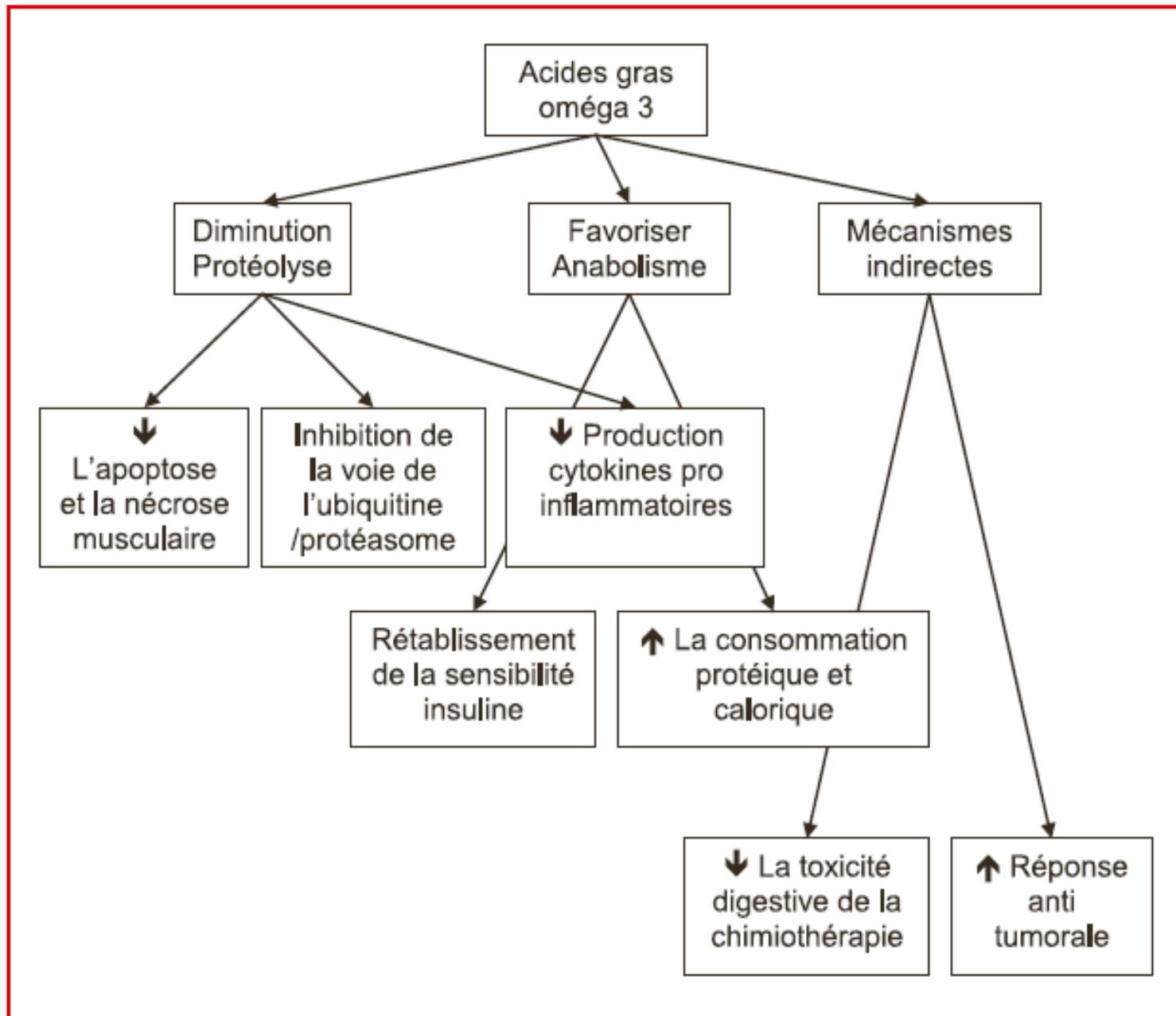
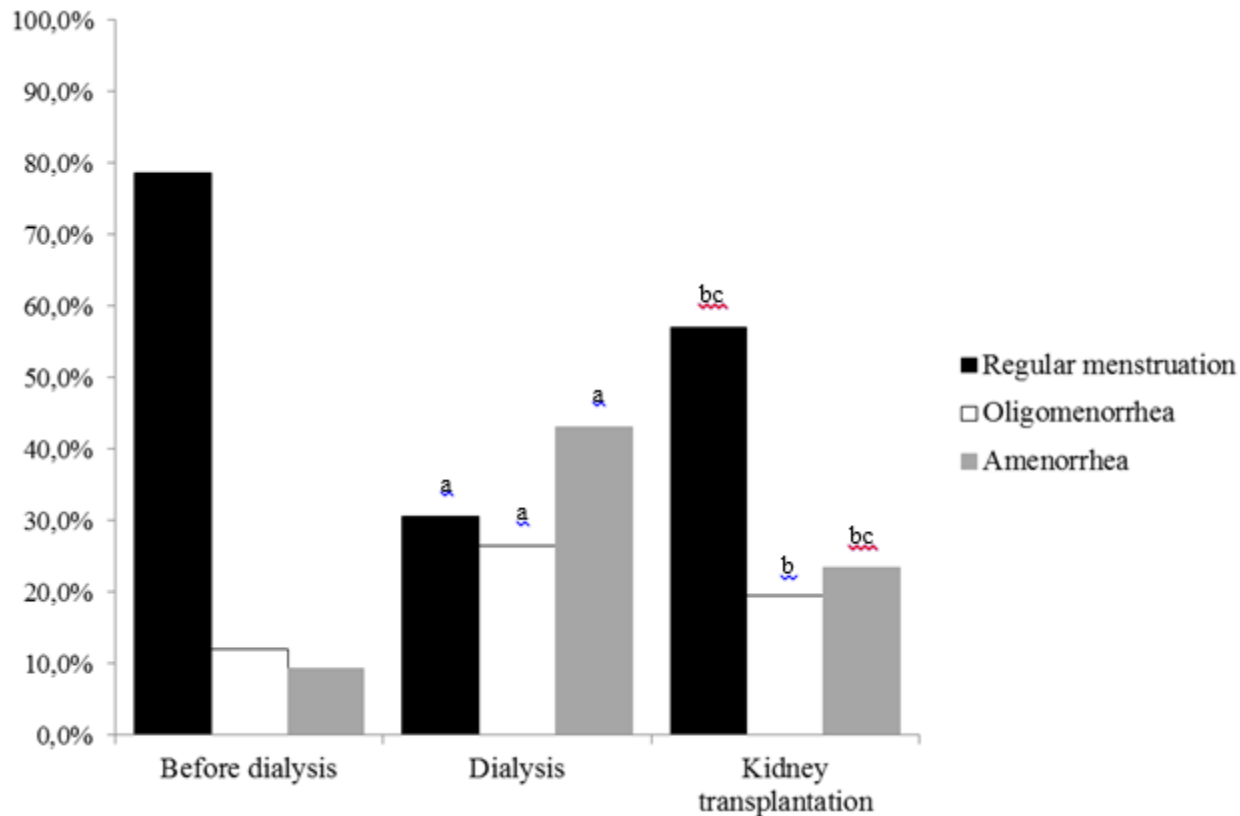


Figure 2. Mécanisme d'action des acides gras oméga 3 sur la dénutrition au cours du cancer.

Figure 1: Menstrual patterns in patients before, on dialysis and after kidney transplantation



a: $p < 0.05$ between patients before and on dialysis

b: $p < 0.05$ between patients before dialysis and after transplantation

c: $p < 0.05$ between patients on dialysis and after transplantation

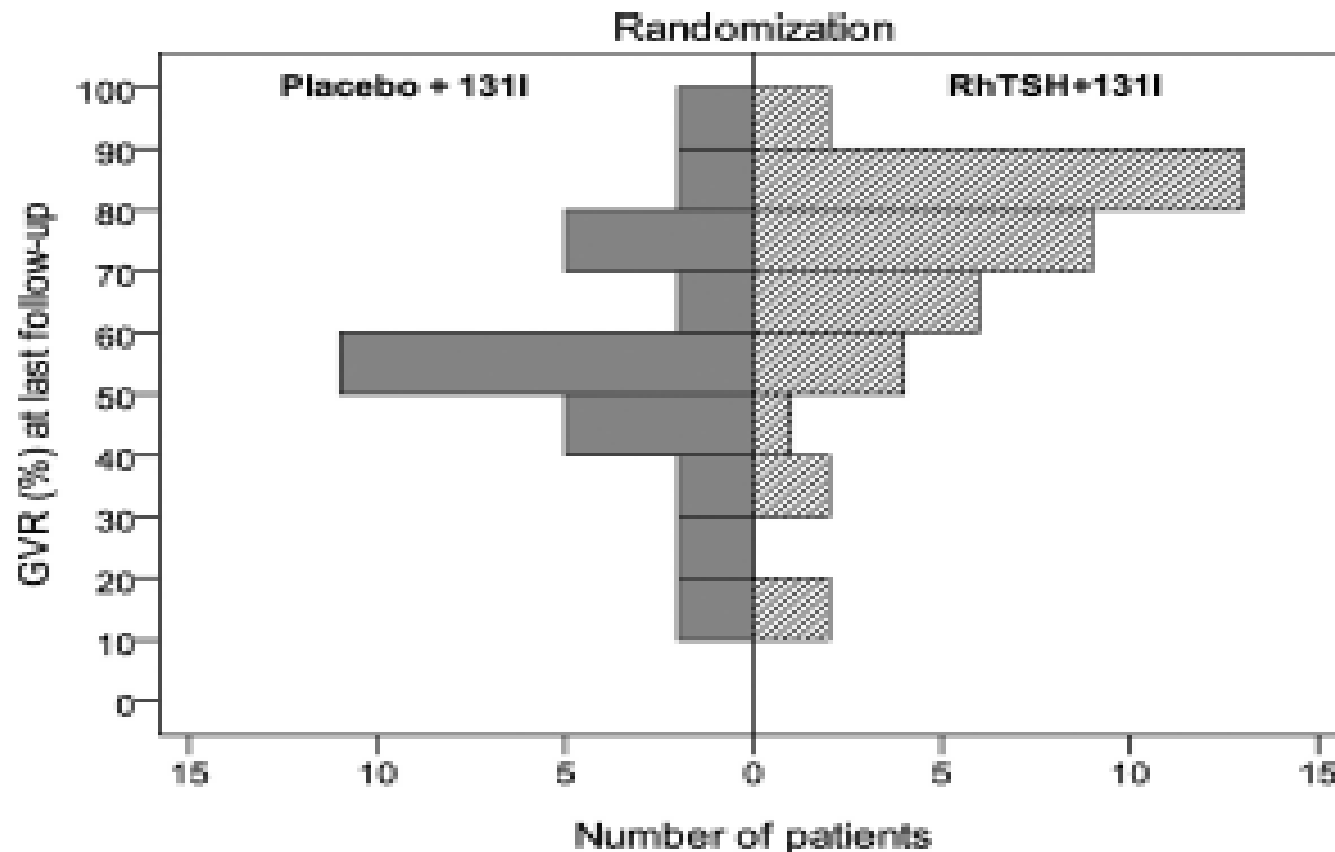
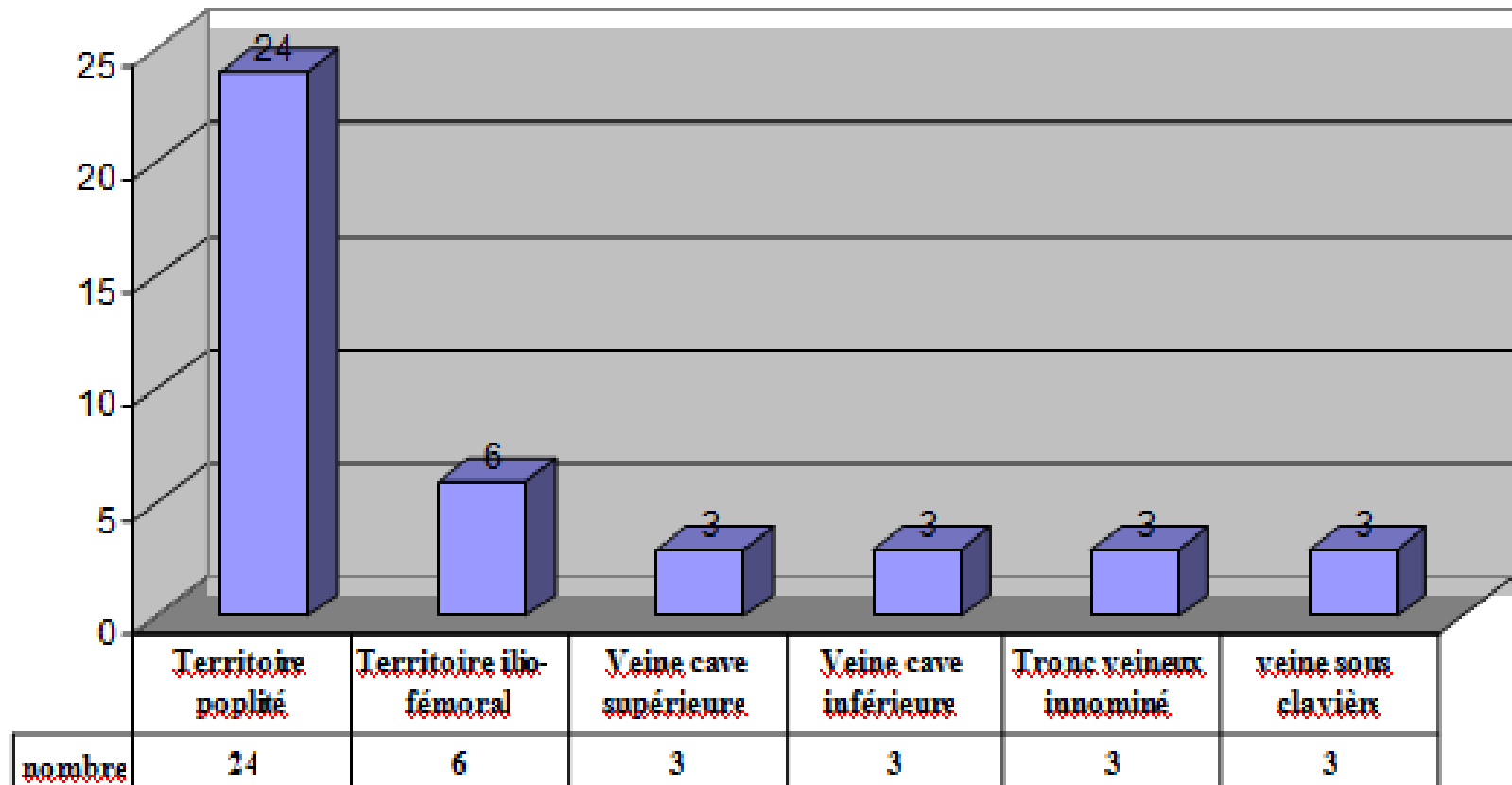


FIG. 4. Distribution of GVR (percentage) at final FU in the placebo+ ^{131}I (n = 33) and rhTSH+ ^{131}I (n = 39) groups, respectively. Of the 80 patients completing the FU visit, some individuals receiving additional therapy were excluded from this analysis (see Fig. 1). Because more patients had received additional therapy in the ^{131}I -alone group, the median time of final FU was slightly shorter compared with that of the rhTSH+ ^{131}I group (65 and 73 months, respectively).

Redondances, et 3D inutile



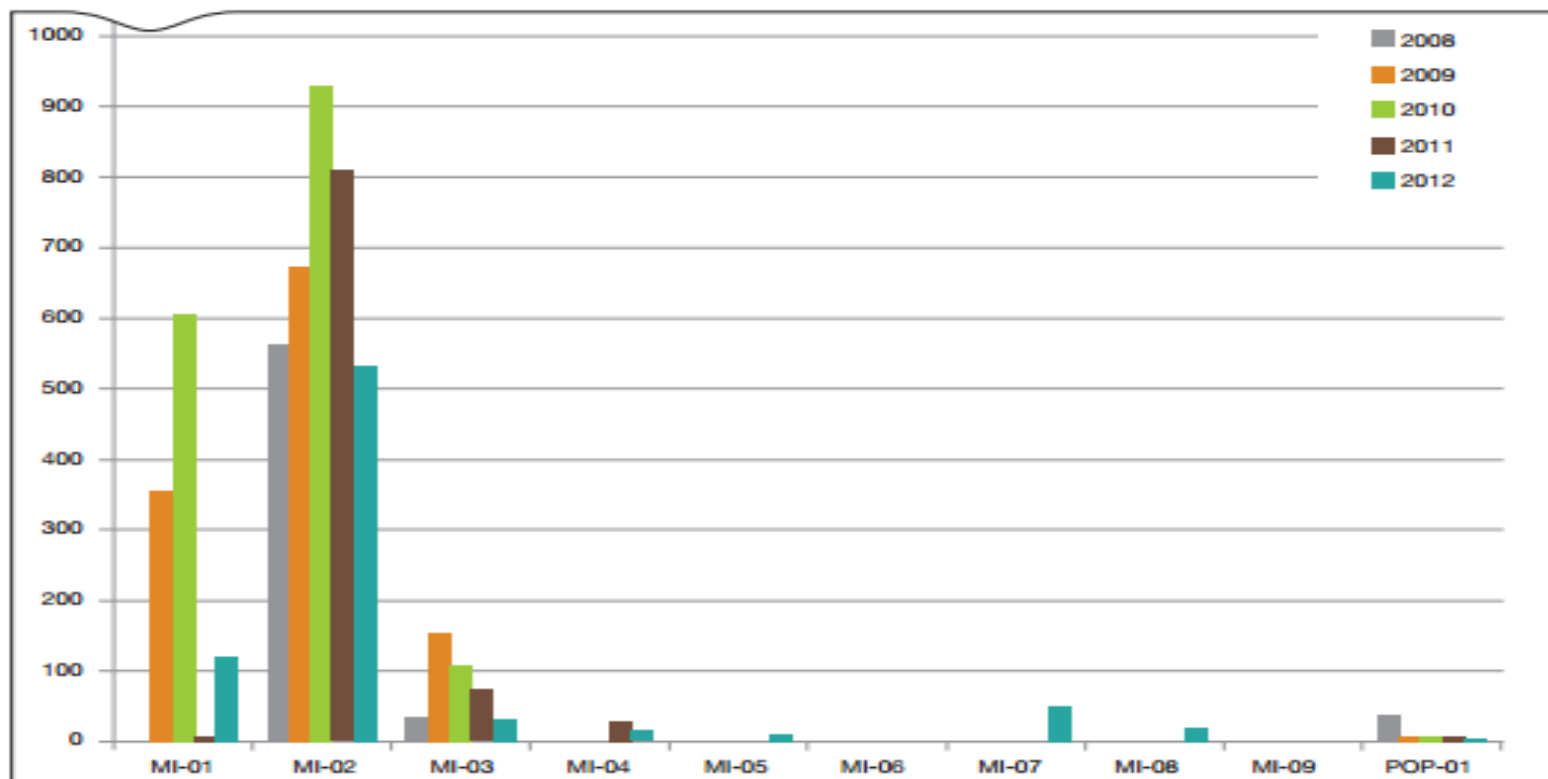


Figure 4 : échantillons analysés au LR-UE-P, selon des méthodes approuvées, entre 2008 et 2012 ;

MI-01 : détection d'anticorps anti-*Trichinella* dans du sérum de porc par dosage ELISA indirect ;

MI-02 : identification de larves musculaires de *Trichinella* au niveau de l'espèce par analyse PCR multiplex ;

MI-03 : détection d'anticorps anti-*Trichinella* dans des sérums humains par dosage ELISA indirect ;

MI-04 : identification de parasites de la famille des anisakidés au niveau de l'espèce par PCR/RFLP ;

MI-05 : identification de complexes *Echinococcus granulosus*, à partir de kystes hydatiques, au niveau du génotype/de l'espèce par PCR et séquençage ;

MI-06 : identification d'ocystes de *Cryptosporidium* au niveau de l'espèce par PCR/RFLP ;

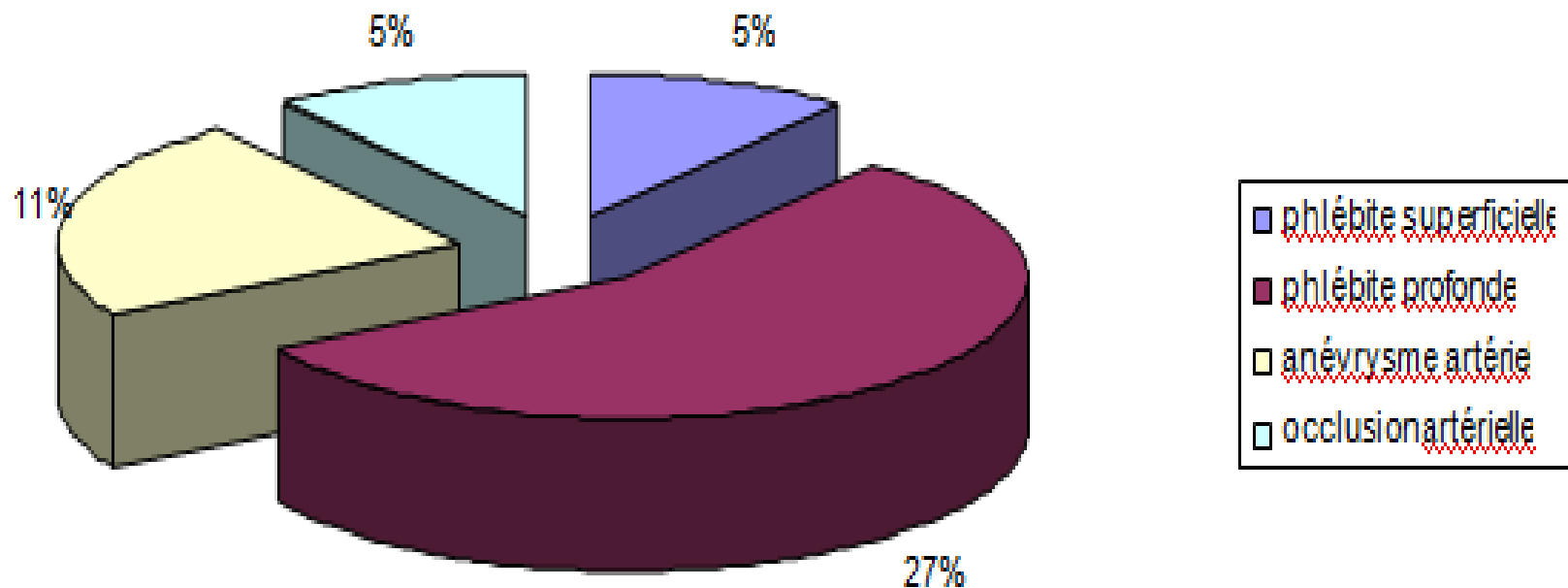
MI-07 : détection d'anticorps anti-*Opisthorchis* dans des sérums humains ;

MI-08 : identification d'œufs d'*Opisthorchis* spp. au niveau de l'espèce par PCR ;

MI-09 : identification de kystes de *Giardia duodenalis* au niveau de l'assemblage par PCR/RFLP ;

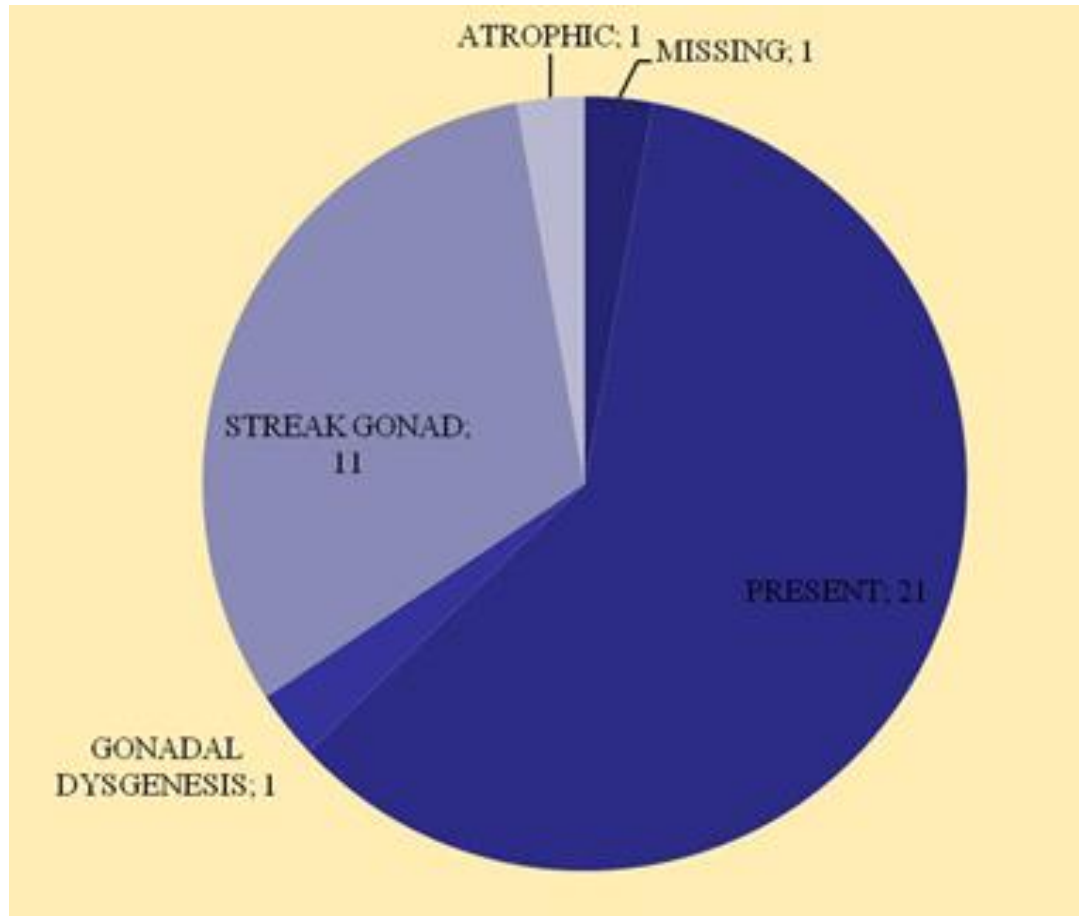
POP-01 : méthode de la digestion d'échantillons collectifs utilisant un agitateur magnétique pour la détection de *Trichinella* dans de la viande fraîche (Règlement n° 2075/2005 de la Commission).

Le total : 48 % ?



Graphique 1: Répartition des patients en fonction du type d'atteinte vasculaire

Photocopies en noir et blanc ?



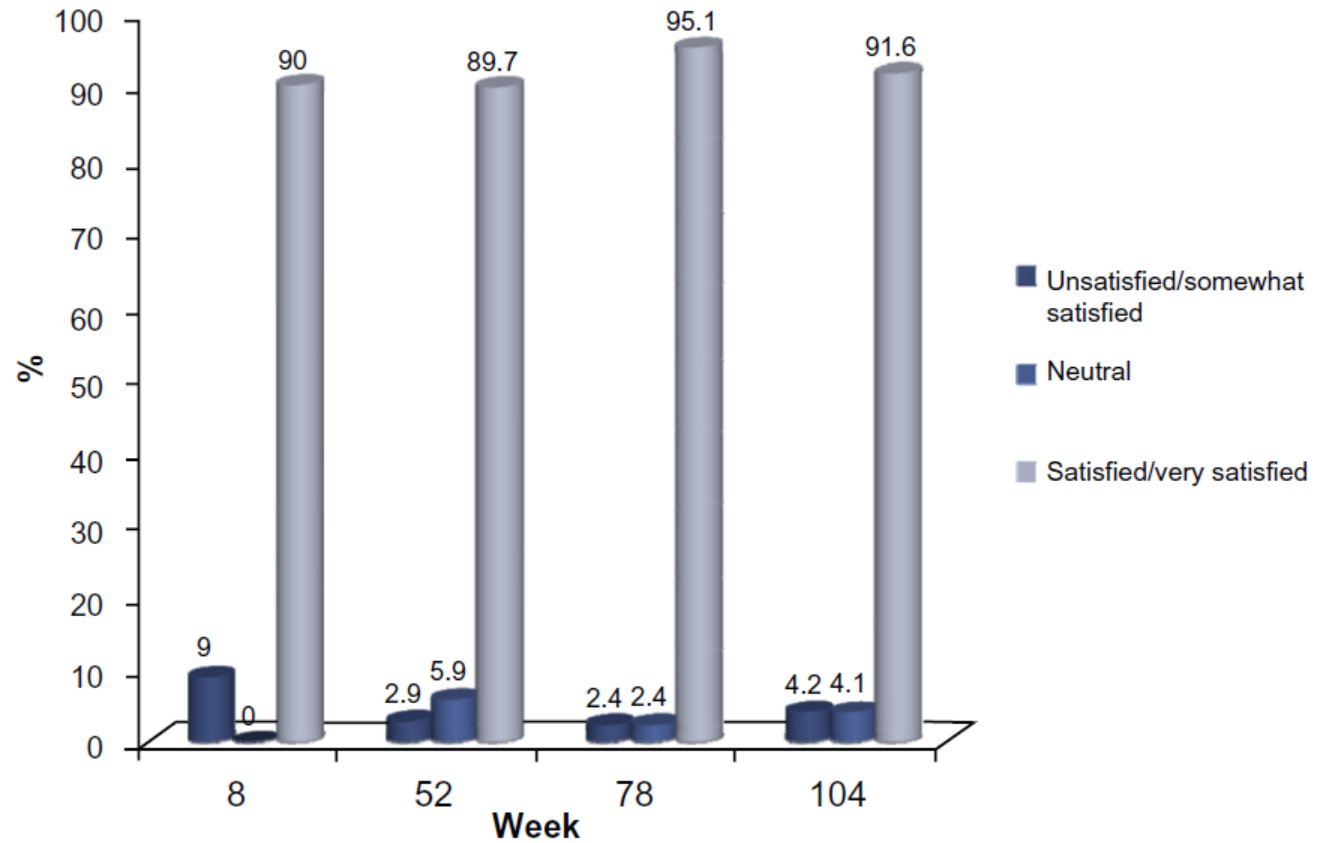


Figure 6 Treatment Satisfaction of the Study Subjects (all observed subjects).



Figure 2. Modified Fitzpatrick wrinkle grading scale. Grade 0: absence of wrinkles; Grade 0.5: very shallow yet visible wrinkle; Grade 1: visible wrinkle with slight indentation; Grade 1.5: visible wrinkle and clear indentation less than 1 mm in depth; Grade 2: clearly visible wrinkle 1 to 2 mm in depth; Grade 2.5: prominent and visible wrinkle more than 2 mm and up to 3 mm in depth; Grade 3: deep furrow appearing to measure more than 3 mm in depth.

appearance of wrinkles on a subjective scale as follows: Grade 0 was assigned to the absence of wrinkles, Grade 0.5 described a very shallow yet visible wrinkle, Grade 1 was a visible wrinkle with slight indentation, Grade 1.5 was assigned to a visible wrinkle and clear indentation less than 1 mm in depth, Grade 2 was a clearly visible wrinkle 1 to 2 mm in depth, Grade 2.5 was a prominent and visible wrinkle more than 2 mm and up to 3 mm in depth, and Grade 3 described a deep furrow appearing to measure more than 3 mm in depth (Figure 2). Photo grading was performed by two plastic surgeons and two general surgery residents (BMM, GAC, FNE, AR). All graders were blinded to the laterality of treatments during grading, and grading data were collected separately from treatment data. Patients were randomly assigned to one of the four graders, with each grader scoring all photo sessions for a particular patient. Each grader scored a total of 13 to 14 sets of photos.

Eyebrow height in the frontal view was measured with the Mirrormeasuring tool, with pictures taken when the patient was asked to look surprised or frown for facial animation. Forehead wrinkles were graded on the previously-described scale in the frontal view with the face at rest and when the patient was asked to look surprised. Glabellar wrinkles were also graded on the frontal view with the face

FIGURE 4. Clinical management of patients residing in IMWs and risk factors for IPA

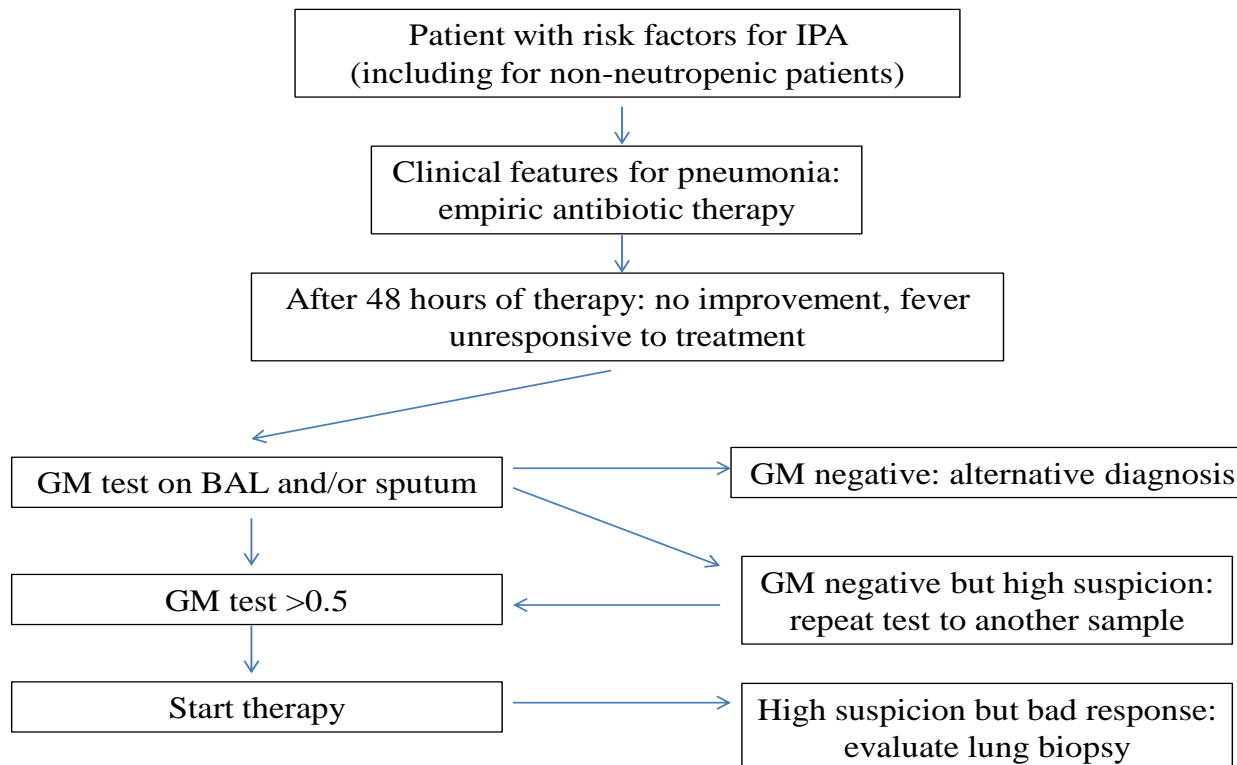
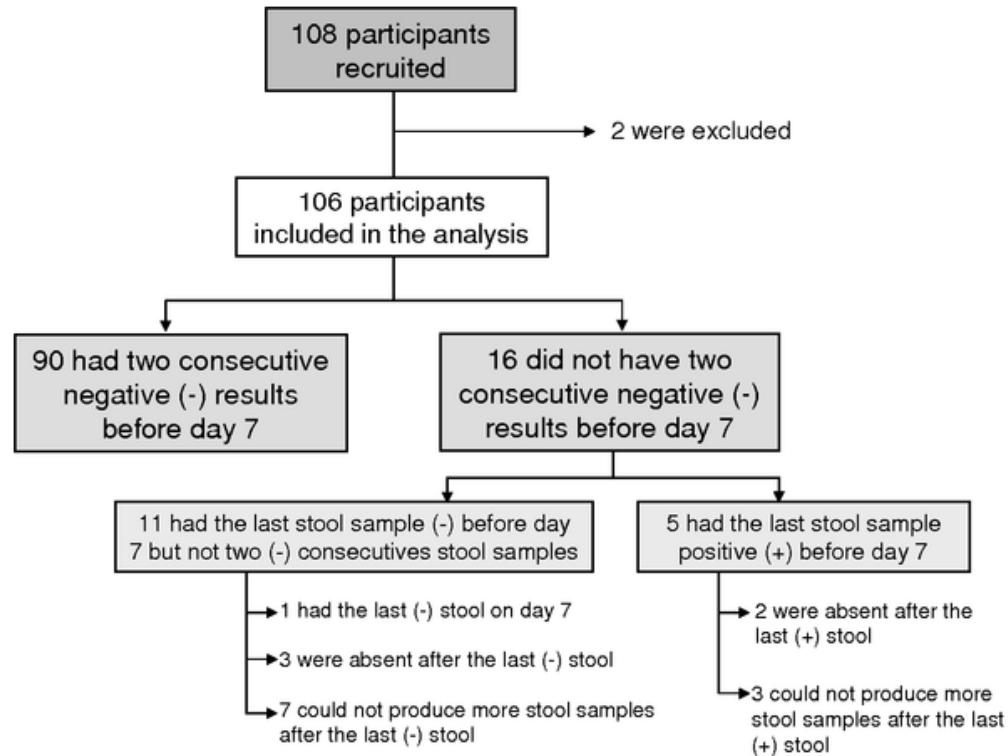


Figure 1. Study participants, exclusions and follow-up results, Kabak, 2012.



Martinez-Pino I, Luquero FJ, Sakoba K, Sylla S, et al. (2013) Use of a Cholera Rapid Diagnostic Test during a Mass Vaccination Campaign in Response to an Epidemic in Guinea, 2012. PLoS Negl Trop Dis 7(8): e2366. doi:10.1371/journal.pntd.0002366
<http://www.plosntd.org/article/info:doi/10.1371/journal.pntd.0002366>

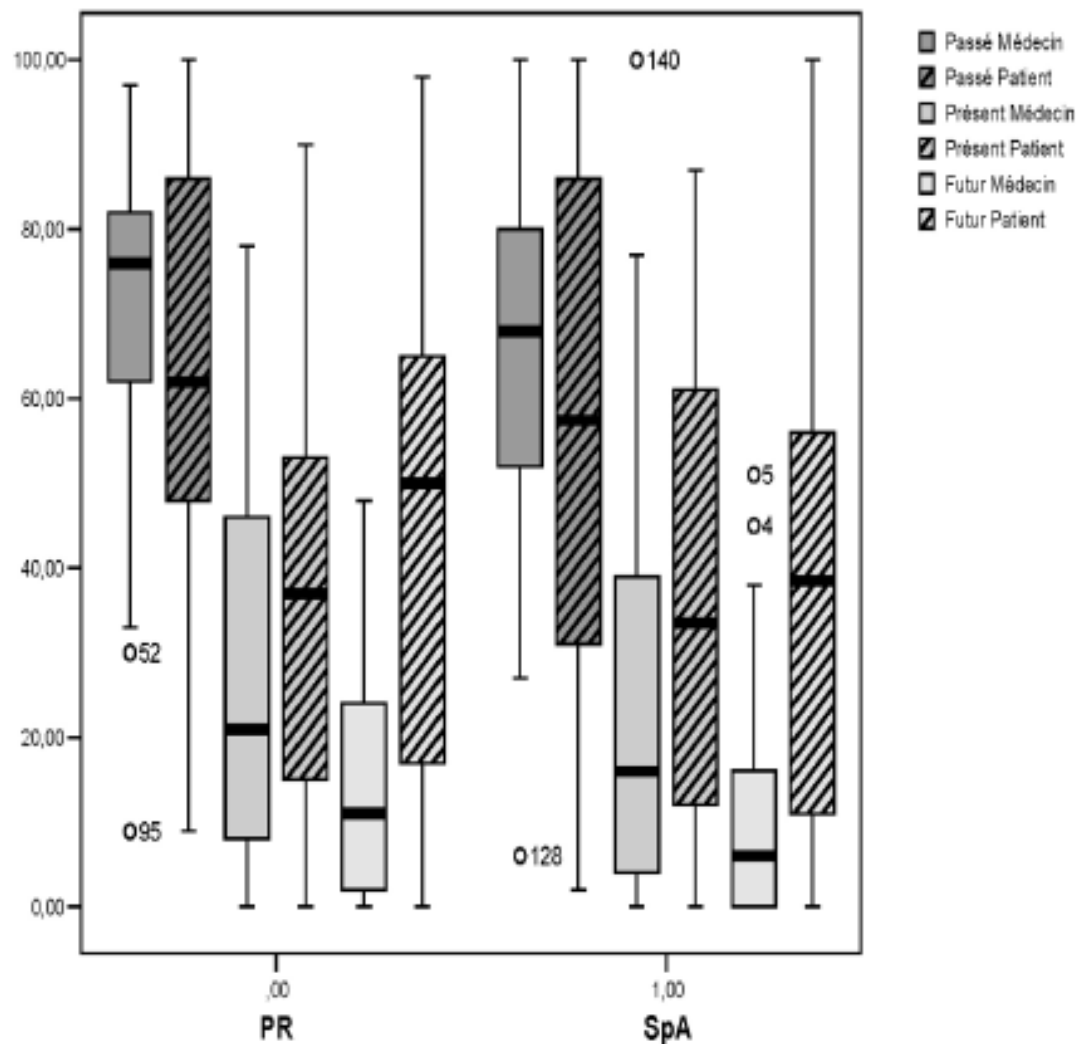


Fig 4. Jugement des médecins et des patients sur l'activité passée, présente et future du rhumatisme inflammatoire (de 0 = très peu d'activité, à 100 = activité extrême). Le jugement des médecins était plus pessimiste que celui des patients pour l'activité passée du rhumatisme, mais plus optimiste pour l'activité présente, et surtout future, du rhumatisme.

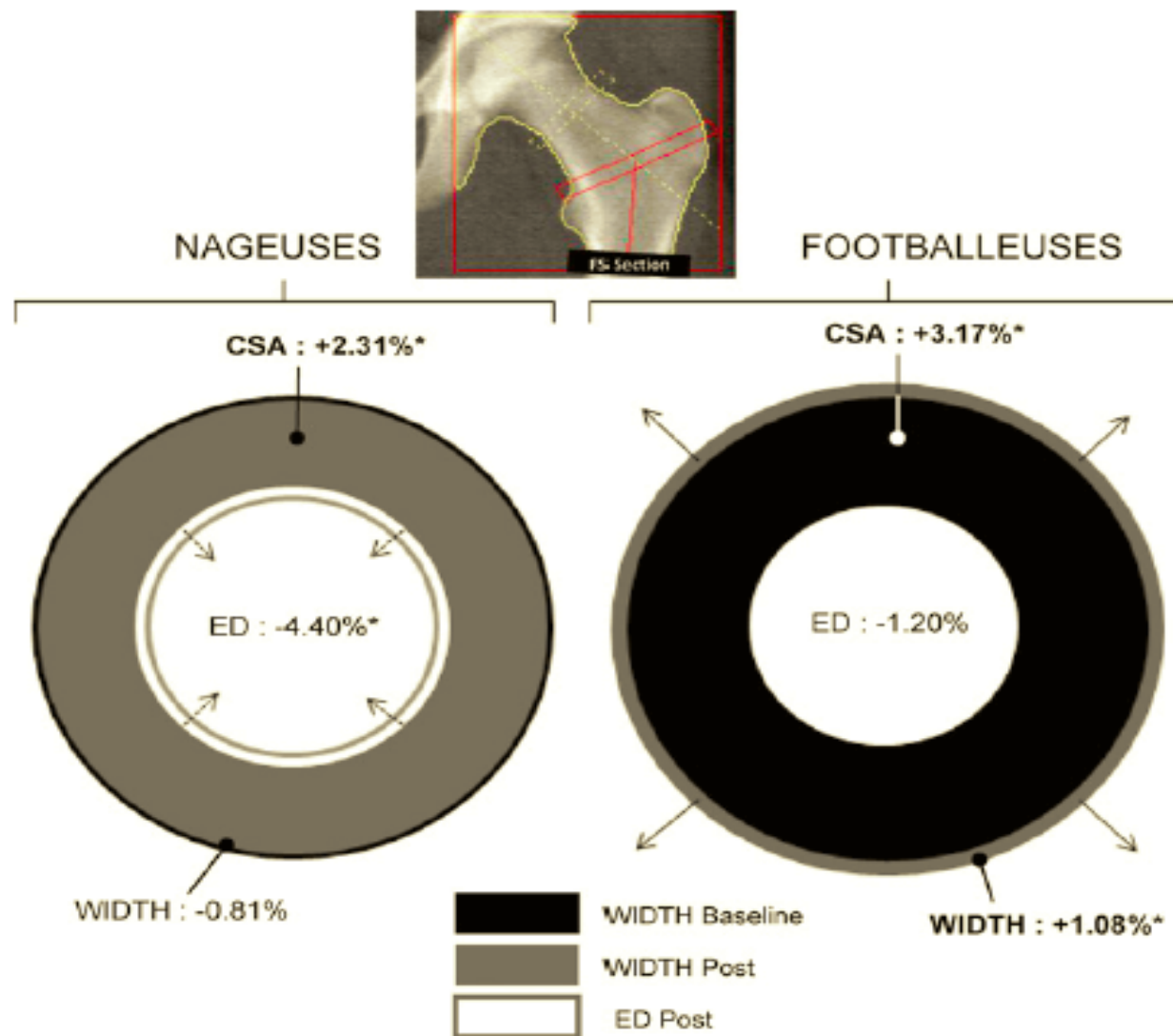


Fig. 1. Représentation schématique des modifications géométriques en pourcentage à la diaphyse fémorale après huit mois d'entraînement : WIDTH a augmenté significativement chez les SOC, pas chez les SWIMt tandis que ED a diminué chez les SWIM, pas chez les SOC.

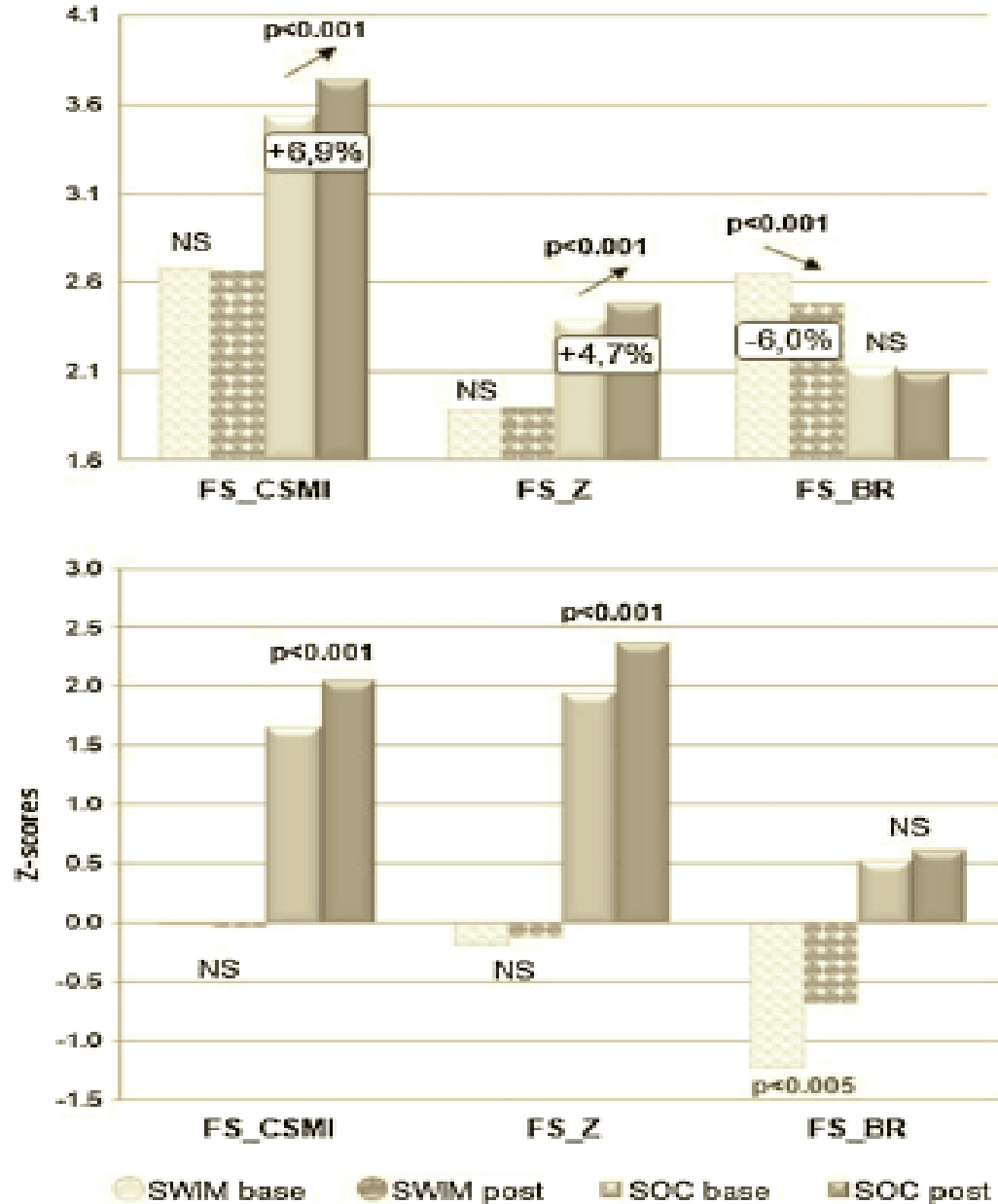


Fig. 2. Évolution des paramètres mécaniques à la diaphyse humérale (FS) exprimés en valeurs absolues (en haut) et en Z-score (en bas) pour le CSMI (cm⁴), le Z (cm²) et le BR. Le groupe des SWIM est représenté sous forme de bulles, les SOC en couleur unie; couleur claire pour les valeurs initiales (base) et foncée pour les valeurs à huit mois (post).

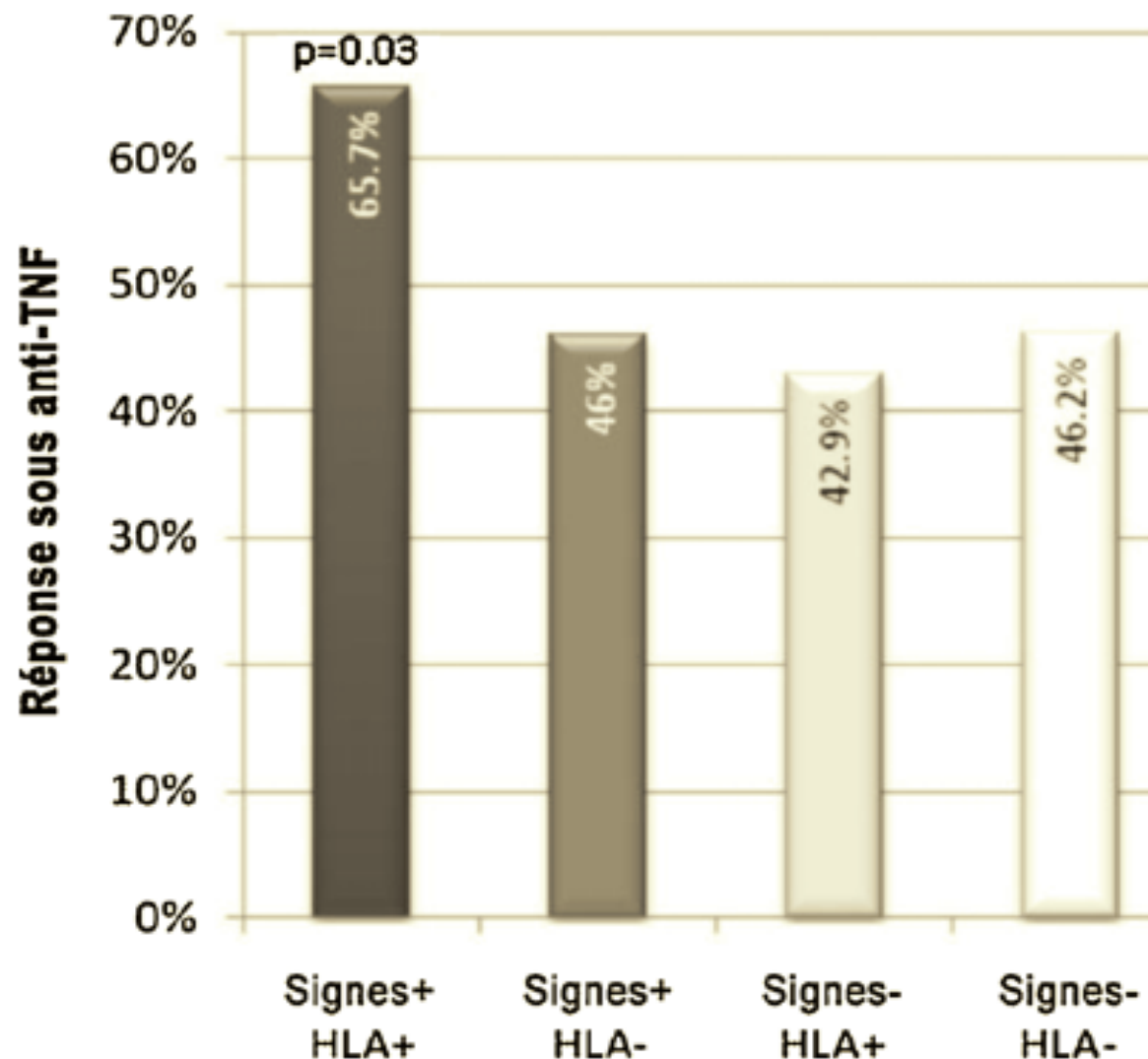
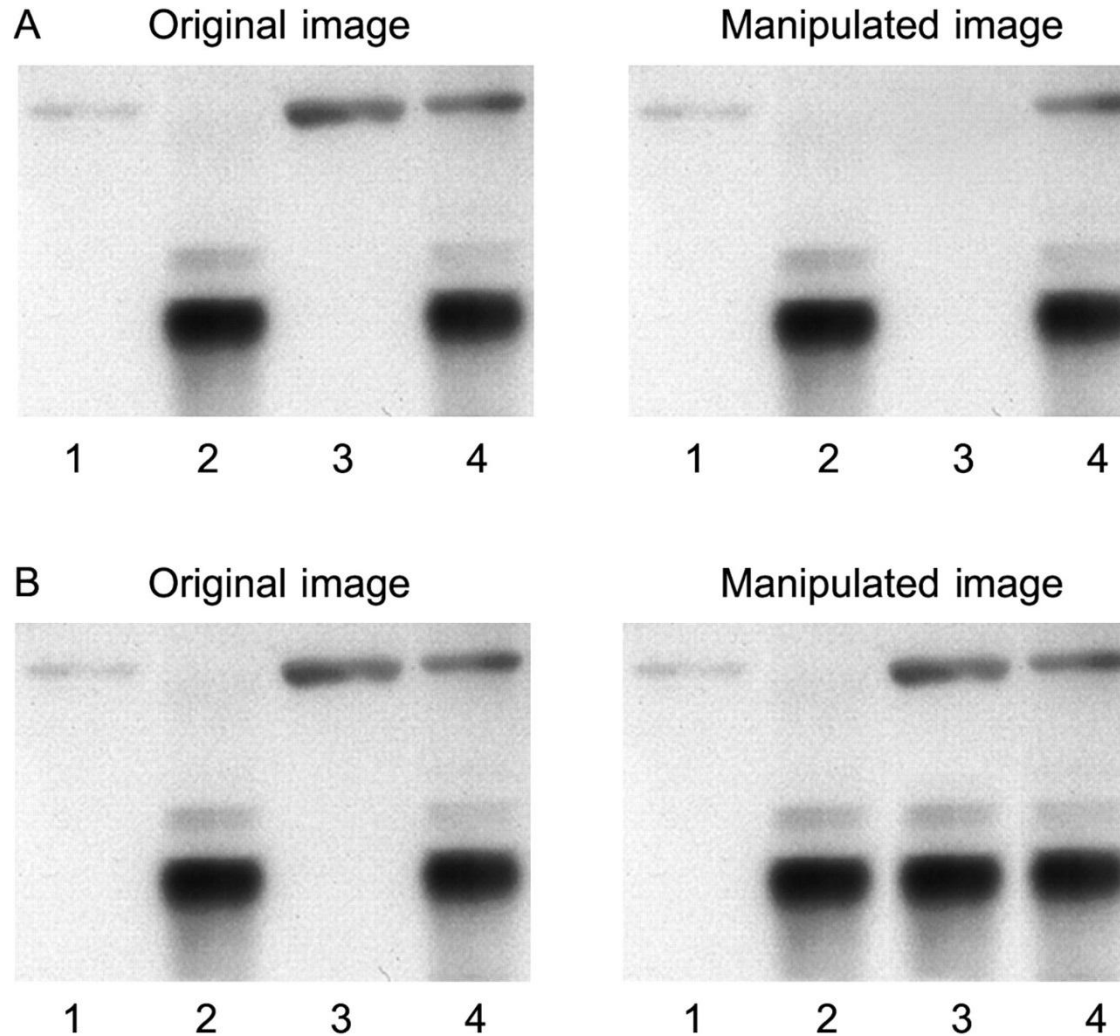


Fig. 1. Pourcentage des répondeurs aux anti-TNF en fonction de leur statut d'imagerie de SpA (signes+, signes-) et/ou du portage de l'allèle HLA-B27. Les patients avec des signes à l'imagerie et porteurs de l'allèle HLA-B27 avaient un taux de réponse significativement plus important (65,7 %, $p = 0,03$).

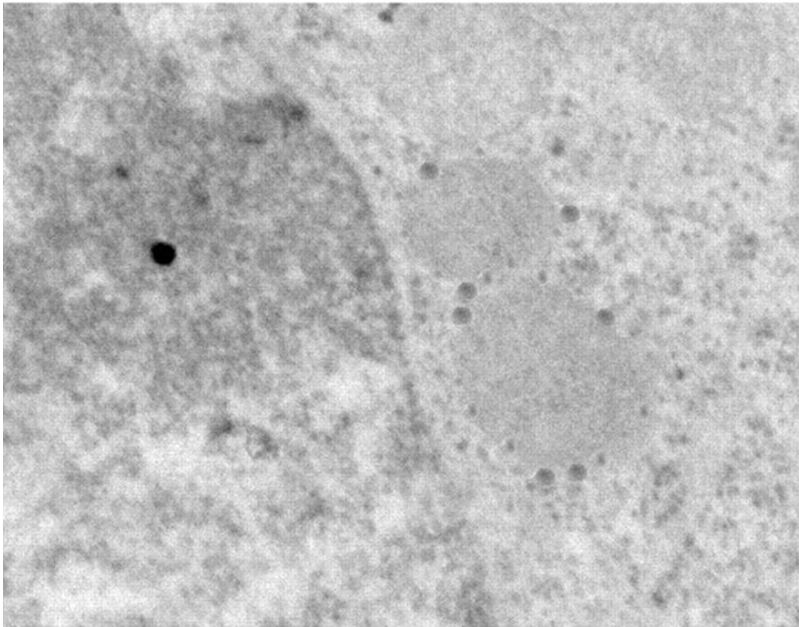
Gross manipulation of blots.



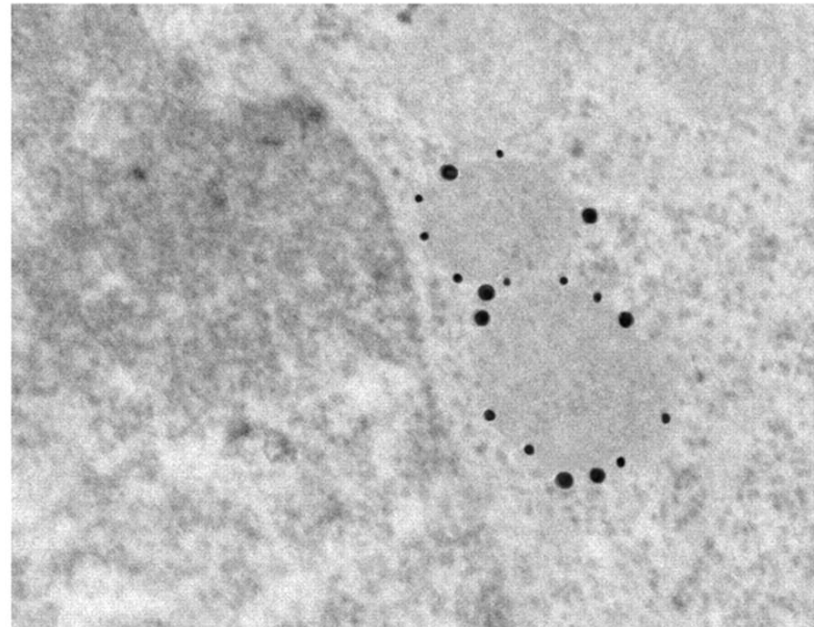
Rossner M, Yamada K. JCB 2004;166:11-15

Misrepresentation of immunogold data.

Original image



Manipulated image



Rossner M, Yamada K. JCB 2004;166:11-15

IMRaD : Discussion (1)

- **Qu'est ce que je pense de mon travail ?**
- **Une méthode pour réfléchir avant d'écrire**
- **Une grille en 5 points pour lister les idées à discuter, et n'exposer que quelques points**
- **Répondre à la question de la fin de l'introduction**

IMRaD : Discussion (2)

Qu'est ce que je pense de mon travail ?

- 1. Fait principal de mon travail et son implication majeure, en 5 à 10 lignes**
 - Répondre à la question de la fin de l'introduction : c'est le premier paragraphe de la discussion (que l'on pourrait qualifier de conclusion)

IMRaD : Discussion (3)

Qu'est ce que je pense de mon travail ?

- 2. Forces et faiblesses de mon travail : dire d'abord que mon travail est bon... limites et biais pour plus tard**

Forces et faiblesses

- de l'introduction,
- des méthodes,
- des résultats,...
- Ai-je obtenu les résultats attendus ?

IMRaD : Discussion (4)

Qu'est ce que je pense de mon travail ?

3. Forces et faiblesses en comparaison avec les autres

- Se comparer avec 3 à 5 autres travaux : similitudes et différences.. Mêmes méthodes ? Mêmes résultats ?
- Souvent ce sont des références exposées dans le paragraphe « connu » de l'introduction

IMRaD : Discussion (5)

Qu'est ce que je pense de mon travail ?

- 4. Signification du travail : mécanismes, hypothèses, changement de pratique, implication en santé publique, comment expliquer mes résultats...**
- 5. Perspectives et questions sans réponses ?**

Erreurs des discussions

- Les **répétitions** : trop de discussions ne consistent qu'en une répétition de tous les résultats, en les malaxant un peu différemment.... Rien d'original
- La **pédagogie** : vous écrivez pour vos pairs qui connaissent l'état de l'art sur la question, et qui ne lisent pas votre article pour lire un chapitre de livre

Résumé

- **Facile, et à faire en dernier**
- **Uniquement des informations de l'article**
- **Structuré pour de nombreux journaux**
 - Dernière phrase de l'introduction
 - 1^{ère} phrase de chaque paragraphe des méthodes
 - Une phrase par illustration
 - 1^{ère} phrase de la discussion

Que retenir ?

- **Le meilleur style est l'absence de style**
précision, clarté, brièveté
- **IMRaD :**
 - **Pourquoi j'ai fait ce travail ?**
 - **Comment je l'ai fait ?**
 - **Qu'est ce que j'ai observé ?**
 - **Qu'est ce que j'en pense ?**

Revue choisie

Titre

Lister tous les auteurs

Pourquoi j'ai fait ce travail ? (introduction)

Connu :

Inconnu :

Ma question :

Comment j'ai fait ce travail ? (méthodes)

Sélection

Interventions / Observations

Evaluation

Qu'est ce que j'ai observé ? (résultats)

Les résultats principaux en 5 lignes

Illustrations

Titres des tableaux :

Légendes des figures :

Qu'est-ce que j'en pense ? (discussion)

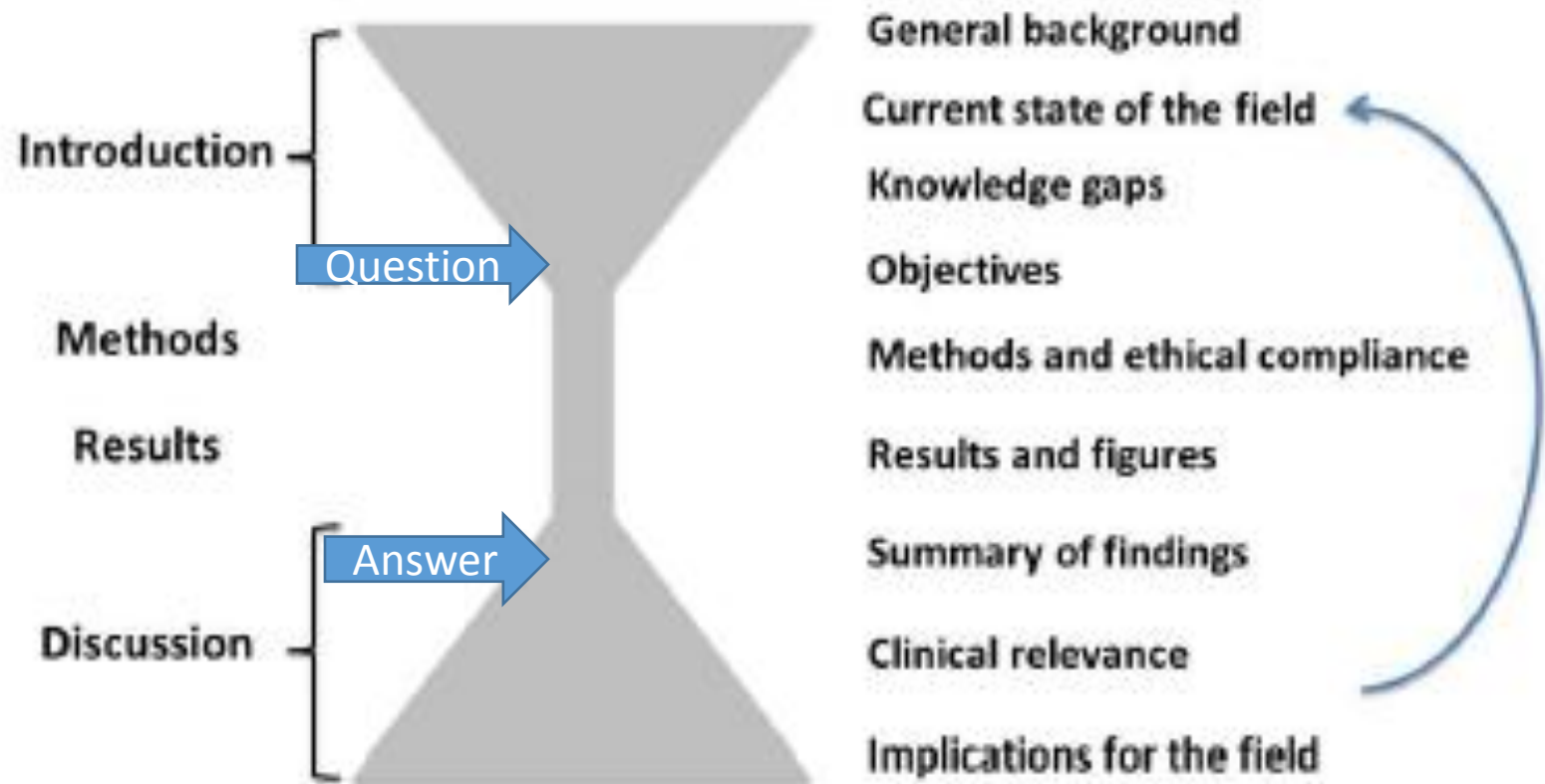
1. Réponse à la question

2. Forces et faiblesses de mon travail

3. Forces et faiblesses pas rapport aux autres

4. Signification du travail : physiopath, changements de pratiques, risques.....

5. Perspectives



<http://www.edanzediting.com/sites/all/files/clinical-manuscript-english-201312.pdf>

www.redactionmedicale.fr



Questions ?

Le meilleur style est l'absence de style

- **Précision**
 - **Clarté**
 - **Brièveté**
- **Lisibilité (15 à 20 mots par phrase)**

Le meilleur style est l'absence de style : **la précision**

- **Mots**
- **Chiffres / totaux**
- **Faits / opinions**
- **Illustrations**
- **Références**

Le meilleur style est l'absence de style : la clarté

- **Position forte : début de phrase,
de paragraphe, du titre...**
 - **Voix active**
- **Pas de variation élégante**
- **Temps des verbes : passé**
 - **Pas de double négation**
- **Titres/légendes des illustrations**

Le meilleur style est l'absence de style : **la brièveté**

- **Pas d'expressions émotionnelles**
 - **Enlever les bois morts**
 - **Peu d'adverbes**
 - **Abréviations ?**
 - **Pas d'ellipses**

En dépit d'une efficacité démontrée de la thrombolyse chimique intraveineuse au cours de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCi) sur la réduction de la morbi-mortalité [1-4], moins de 5 % des patients bénéficient de ce traitement [5-10]. En effet, le délai de prise en charge de ces patients (depuis l'apparition des symptômes jusqu'à la réalisation de la thrombolyse) est souvent incompatible avec la réalisation de ce traitement qui doit être administré au plus tard dans les 4 h30 min suivant le début des symptômes [2].

Plusieurs études étrangères ont mis en évidence que ces retards de prise en charge résidaient principalement dans le délai d'admission à l'hôpital et dans la méconnaissance de l'urgence thérapeutique de cette pathologie par les patients [11-16].

Le délai d'admission en France des patients présentant une suspicion d'accident vasculaire cérébral est mal connu (17, 18). L'objectif de notre étude est de mettre en évidence, parmi une population de patients admis aux urgences et présentant un AVCi, le délai d'admission des patients ainsi que les facteurs influençant ce dernier.

94 mots au lieu de 172 *

La thrombolyse réduit la morbi-mortalité des accidents vasculaires cérébraux ischémiques (AVCi) [1-4]. Elle doit être faite dans les 4 h 30 min suivant le début des symptômes [2]. Moins de 5 % des AVCi ont eu une thrombolyse dans une série de 255 cas en 2013 [5]. Le délai d'admission à l'hôpital, la méconnaissance de l'urgence thérapeutique des AVCi par les patients étaient les causes du retard de la thrombolyse [6].

Le délai d'admission en France des patients ayant une suspicion d'AVCi est mal connu.

Nous avons évalué le délai d'admission et les facteurs l'influençant chez des patients de notre hôpital.

Moins de mots ; des mots informatifs ; des 'position fortes' ; des phrases informatives ; moins de références.

Connu – Inconnu - Question

Avertissement

- **La plupart des chercheurs sont honnêtes**
- **La plupart des chercheurs sont honnêtes**
- Les fraudes sont médiatisées mais très rares
- L'intégrité scientifique : une culture qui ne s'enseigne pas

Des petits arrangements ?

- Les pratiques des chercheurs et professionnels de santé sont parfois 'déviantes', et ce phénomène semble en augmentation (meilleure détection ou réelle augmentation ?)
- Les raisons sont nombreuses :
 - Personnalité de certains professionnels : le manipulateur, le tricheur, le bricoleur et le fraudeur
 - Conflits d'intérêts nombreux
 - Système de promotion basé sur le volume des publications plutôt que sur la qualité des recherches
 - Autres

- 327 essais randomisés de chirurgie (2007 / 2012)
- 152 enregistrés avec protocole avant la fin de l'essai
- 75 / 152 (49 %) « ***showed some evidence of discrepancies between outcomes registered and the outcomes published, most often related to omitting or introducing a primary outcome*** »

TABLE 4. Discrepancies Between Primary Outcomes in Trial Registration and Published Studies With Trial Registration Mentioned in Paper, and Discrepancies Favoring Significant Outcomes of the 152 Papers Registered Before the End the Trial

	All	General Medical Journals	Surgical Journals
No. papers, n (%)	152 (100)	88 (57.9)	64 (42.1)
Number of papers with discrepancies between trial registration and publication, n (%)	75 (49.3)	36 (40.9)	39 (60.9)
Registered primary outcome reported as secondary outcome in text*	8 (5.3)	1 (1.1)	7 (10.9)
Registered primary outcome omitted in text*	32 (21.1)	18 (20.5)	14 (21.9)
New primary outcome introduced in text*	24 (15.8)	14 (15.9)	10 (15.6)
Published primary outcome described as secondary outcome in registry*	14 (9.2)	5 (5.7)	9 (14.1)
Different timing of assessment of primary outcome*	9 (5.9)	4 (4.5)	5 (7.8)
Papers with discrepancies in primary outcome favoring statistically significant results, n (%)	21 (28.0)	9 (25.0)	12 (30.8)

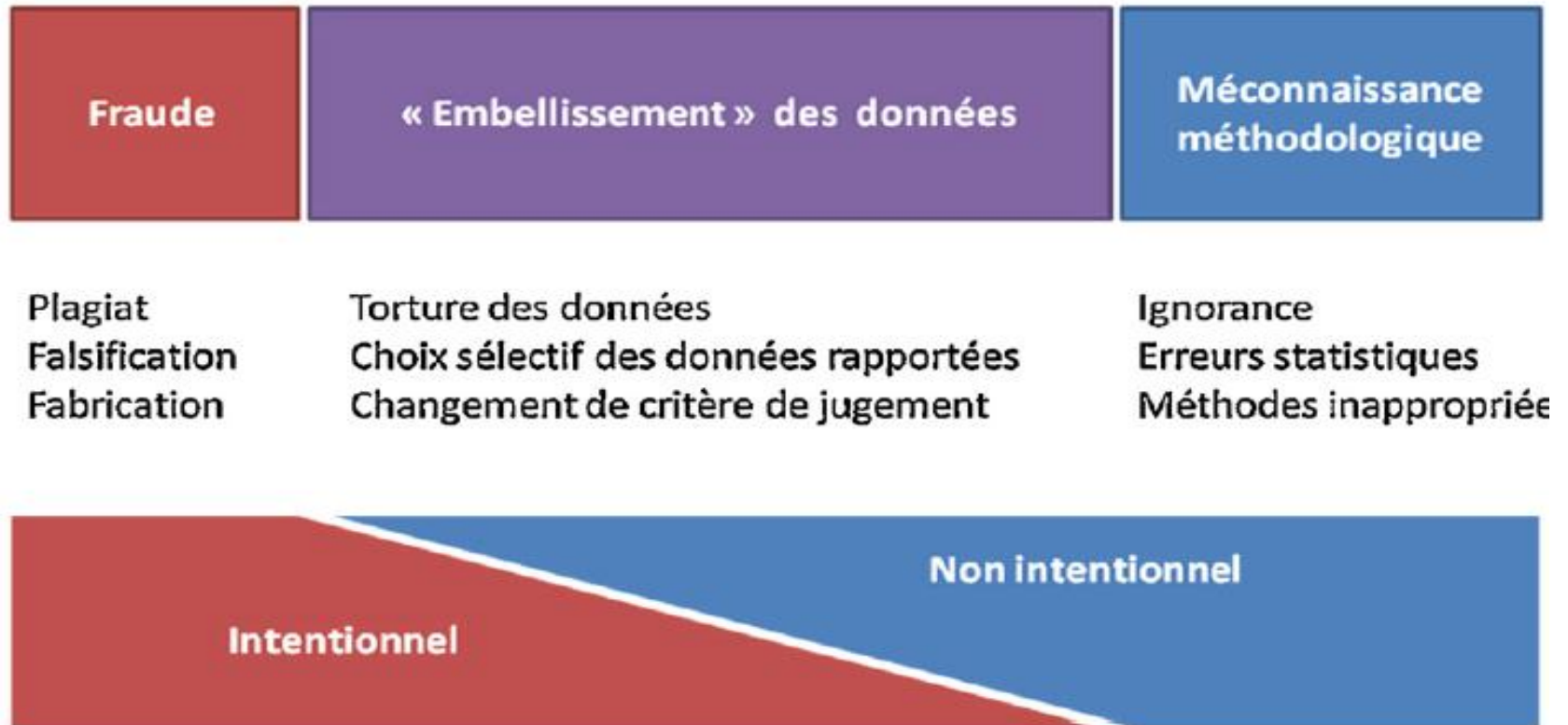
*Numbers represent the number of papers with at least 1 primary outcome with a discrepancy. Note that some papers reported more than one primary outcome (Table 3). Percentages were calculated from the total number of papers registered before the end of the trial.



Janvier 2013,
pages 1-6

Présence du critère sur 152 articles	%	N
Critère principal de jugement du protocole a été omis dans l'article	21,1	32
Critère principal de jugement dans l'article n'était pas dans le protocole	15,8	24
Variations du critère principal pour favoriser un résultat statistiquement significatif	13,8	21
Critère principal de jugement dans l'article était un critère secondaire du protocole	9,2	14
Mesure du critère de jugement principal dans l'article n'a pas été faite au moment décrit dans le protocole	5,9	9
Critère principal de jugement du protocole était un critère secondaire dans l'article	5,3	8

Embellissement des données*



* Seror, Ravaud. Presse Médicale, septembre 2012