

Normes à satisfaire pour les données factuelles dans le cadre des recherches sur « ce qui marche » dans la prise en charge de la MAM

Patrick Webb, Ph.D.

Professor, Friedman School of Nutrition Science and Policy,
Tufts University, Boston, USA

Qu'englobe la présente FAQ (foire aux questions) ?

Ce document présente un aperçu des examens systématiques classiques et des méta-analyses statistiques sur lesquels reposent les évaluations scientifiques de la qualité des données factuelles portant sur les interventions dans le domaine de la santé publique. Il explique en quoi ces approches contribuent aux connaissances en vigueur sur l'efficacité des interventions en matière de MAM. Ce document ne traite pas des autres formes d'évaluations des données factuelles, comme les « examens réalistes »⁽¹⁾ ou les « modèles de plateformes d'évaluation »⁽²⁾, qui proposent des approches alternatives et des normes relatives à la rigueur.

Toile de fond

La reconnaissance par la communauté internationale de l'importance d'une prise en charge efficace de la malnutrition aigüe modérée (MAM) a rapidement augmenté. La série de 2008 du Lancet sur la sous-nutrition maternelle et infantile, par exemple, ne traitait que de la malnutrition aigüe sévère (MAS) et ne mentionnait pas une seule fois la MAM dans le document sur « ce qui marche » en termes d'interventions fondées sur des données factuelles pour lutter contre la sous-nutrition⁽³⁾. À peine cinq ans plus tard, la deuxième série du Lancet non seulement accordait une attention considérable à la MAM en tant que problème d'envergure en soi, mais citait par ailleurs la prise en charge de la MAM parmi les 10 interventions ayant fait leurs preuves qui devraient être rapidement élargies dans les pays pour lesquels le fardeau de la malnutrition est le plus lourd⁽⁴⁾. Si tel est le cas, pourquoi avons-nous besoin de recherches supplémentaires sur ce sujet ?

La réponse est double : d'une part, il reste un très grand nombre de lacunes à combler sur le plan des données factuelles auxquelles il faut accorder une attention prioritaire si l'on veut que les politiques et les programmes soient correctement conçus et mis en œuvre. Par exemple, l'International Symposium on « Understanding Moderate Malnutrition in Children » (Symposium international sur la compréhension de la malnutrition modérée chez les enfants), qui s'est tenu à Vienne en 2014, a fait remarquer qu'« il faut d'autres données factuelles sur les approches programmatiques efficaces pour gérer l'émaciation modérée »⁽⁵⁾. Le Global Nutrition Cluster's MAM Task Force (Groupe de travail sur la MAM du Cluster nutrition mondial) est du même avis, et suggère que l'efficacité (et le coût) de diverses interventions en matière de MAM requièrent bien plus d'attention : « la quantité de changements qui peuvent être obtenus et les conditions dans lesquelles [différentes approches sont] appropriées pour améliorer les résultats en matière de nutrition nécessitent des recherches supplémentaires. »⁽⁶⁾ D'un autre côté, la qualité des données factuelles utilisées pour soutenir la formulation des politiques et la programmation doit être améliorée. Si le nombre d'études portant sur la prise en charge de la MAM est à la hausse, la

rigueur de ces études laisse néanmoins beaucoup à désirer. Comme l'ont conclu les auteurs de la série 2013 du Lancet, il faut mener « des recherches programmatiques de qualité » pour contribuer à améliorer la conception, la mise en œuvre et les résultats des interventions en matière de nutrition lorsque l'émaciation est l'une des principales préoccupations »⁽⁴⁾.

Pourquoi avons-nous besoin de normes exigeantes pour les recherches sur la MAM ?

Les normes, standards et protocoles mondiaux relatifs à l'action dans les secteurs de la santé publique et de la nutrition sont généralement fixés par des organisations supranationales (comme l'Organisation mondiale de la santé) qui suivent une séquence définie : consultations d'experts, examen de documents publiés, interactions avec des interlocuteurs clés et synthèse des données factuelles relatives aux meilleures pratiques. De nombreuses actions ciblées en matière de nutrition, comme la supplémentation en vitamine A, l'iодisation du sel, la supplémentation en fer/folate et même le traitement de la MAS au niveau des communautés, ont acquis le statut d'« interventions fondées sur des données factuelles » suite à une accumulation de conclusions statistiquement significatives issues de multiples études rigoureusement conçues et reproduites. Lorsqu'elles sont examinées de près, ces études sur des interventions présentent des conclusions communes cohérentes qui tiennent debout lorsque les données individuelles sont mises en commun (pour des analyses qui excluent tout biais éventuel et confirment les résultats). Elles forment la base d'un accord commun sur les aspects scientifiques et de politiques générales concernant « ce qui marche ». Elles fournissent le contenu de conseils opérationnels basés sur « ce qui marche » mais pas suffisamment sur « la manière » de faire en sorte que cela marche.

Et nous n'avons pas encore cela pour la MAM ?

Non, pas encore. En ce qui concerne les données factuelles empiriques sur l'efficacité des approches pour la prévention de la malnutrition aigüe et la prise en charge de la MAM, on ne dispose toujours pas d'un ensemble de données factuelles de qualité de ce type. Un récent examen des documents publiés consacrés à la MAM a conclu que, si la nécessité d'agir est claire, « la base de données factuelles est peu abondante. Il manque en particulier des données factuelles sur la prévention de la malnutrition aigüe ». ⁽⁷⁾ De même, l'Emergency Nutrition Network soutient que pour ce qui est des performances de la mise en œuvre et des meilleures pratiques, la profession se heurte à une « pénurie de données factuelles publiées en provenance d'une variété de contextes »⁽⁸⁾. Cela s'étend jusqu'aux produits utilisés pour traiter la MAM, puisque l'OMS souligne qu'à l'heure actuelle il n'y a pas de recommandations basées sur des données factuelles concernant la composition d'aliments supplémentaires spécialement conçus pour la prise en charge d'enfants souffrant de malnutrition aigüe modérée »⁽⁹⁾. En conséquence, la plupart des lignes directrices et de la formulation de normes en ce qui concerne la MAM ont évolué « pas tant par le biais d'une dépendance envers des essais randomisés contrôlés qu'au travers du partage des enseignements codifiés par des comités consultatifs formés à cette fin spécifique et diffusés sous la forme de lignes directrices opérationnelles ou techniques par l'OMS et d'autres organes onusiens »⁽¹⁰⁾.

Pourquoi cela ne suffit-il pas si « nous savons que cela marche » ?

Les gouvernements du monde entier, y compris ceux des pays pour lesquels la MAM représente un lourd fardeau ou dans lesquels les situations d'urgence humanitaire surviennent fréquemment, se tournent vers les normes mondiales lorsqu'ils approuvent les protocoles nationaux concernant les interventions de santé publique à l'intérieur de leurs frontières. Toutes les agences qui travaillent dans ces pays devraient se plier aux règles et aux lois nationales. S'il existe effectivement un ensemble croissant d'informations sur les expériences de programmation en matière de MAM

(anecdotiques, basées sur les rapports relatifs aux projets, ou découlant de petites études), leur qualité n'est pas encore suffisante pour satisfaire aux exigences de rigueur scientifique et donc pouvoir être prises en compte dans le cadre de l'établissement de normes. Nombre d'études menées ont beaucoup à offrir, mais si elles sont exclues d'un examen systématique formel (qui n'englobe pas seulement des essais randomisés contrôlés), leurs précieuses contributions potentielles aux données factuelles relatives à la MAM pourraient rester largement dissimulées pour la communauté opérationnelle parce que leurs conclusions ne sont pas présentées comme des données factuelles acceptables. Dans ce cas, « non acceptable » signifie souvent que les conclusions des études n'ont pas été incluses dans un examen systématique (du fait de mesures des résultats non comparables, de la conception des études, de la population, etc. comme on l'explique ci-dessous), ce qui constitue la fondation de la plupart des critiques de la qualité des données factuelles.

Qu'est-ce qu'un examen systématique ?

L'expression « examen systématique » a une définition formelle et un protocole de mise en œuvre ; autrement dit, il ne s'agit pas simplement d'une recherche documentaire aboutissant à un résumé narratif. Les examens systématiques, qui ont leur origine dans les disciplines des sciences médicales et de la vie, et dont l'objectif est de conférer une certaine rigueur aux évaluations de l'efficacité clinique de divers médicaments ou interventions, cherchent à a) identifier les biais potentiels dans la sélection des publications/données factuelles/conclusions, et b) réduire au minimum ces biais afin de tirer des conclusions et de présenter des recommandations en matière de politiques générales sur la base de données factuelles considérées comme crédibles et « les meilleures qui soient ». Cette approche suppose une stratégie complète de recherche (avec des « termes de recherche » soigneusement définis), dont l'objectif est d'identifier, d'évaluer et de synthétiser toutes les études pertinentes sur un thème formulé selon des paramètres très précis. La recherche systématique donne un grand nombre d'abrévés d'articles et de titres, qui sont triés pour en déterminer l'admissibilité par plus d'un chercheur. Les textes intégraux des études apparemment admissibles sont aussi évalués, et seuls ceux qui satisfont à tous les critères d'inclusion sont retenus pour être examinés de manière approfondie. Souvent, les auteurs des études retenues sont contactés par les rapporteurs s'ils souhaitent leur demander des informations manquantes éventuelles et accéder aux données (pour les méta-analyses ultérieures). Les études individuelles sont ensuite « notées » par plus d'un chercheur selon les caractéristiques de « qualité », c'est-à-dire risque inhérent à la conception de l'étude et à la mise en œuvre de chaque élément de recherche, ainsi qu'adéquation de la taille de l'échantillon, choix approprié des indicateurs, critères appropriés pour l'inclusion de sujets, entre autres. Dans un grand nombre (mais pas la totalité) des cas, les examens systématiques englobent également une méta-analyse qui suppose la mise en commun de données ou les résultats analysés des études incluses afin de synthétiser les résultats pour obtenir une estimation quantitative globale de l'effet.

En quoi consiste une méta-analyse ?

Une méta-analyse est une façon de combiner, puis de comparer, les résultats d'études (indépendantes) séparées et de synthétiser des conclusions qui évaluent les effets globaux faisant l'objet des recherches. La méta-régression est un outil utilisé dans la méta-analyse pour examiner l'impact de diverses variables sur la mesure de l'effet de chaque étude à l'aide de techniques basées sur la régression. Pour pouvoir inclure une étude dans une méta-analyse, il faut une bonne documentation de tous les éléments de la base de données (les méta-données) afin que les demandes de partage des données puissent faire l'objet d'une réponse positive.

Pourquoi cette approche est-elle « meilleure » que les autres pour déterminer la qualité des données factuelles ?

Il existe de nombreuses normes pour les données factuelles utilisées en science, et différentes disciplines ont souvent recours à une variété d'approches méthodologiques, de techniques analytiques et à leurs propres types de données factuelles au moment de formuler des conseils et des politiques générales. Dans le domaine de la santé publique, qui joue un rôle clé dans la définition des produits et protocoles appropriés à utiliser pour sauver des vies et prendre en charge la malnutrition, les normes à satisfaire pour les données factuelles généralement jugées acceptables par les ministères de la Santé, l'Organisation mondiale de la santé et les organisations non gouvernementales comme Médecins Sans Frontières (MSF) se situent vers le haut de l'échelle de la rigueur. Si la norme « de référence » pour la conception expérimentale dans la santé publique est l'essai randomisé contrôlé (ERC) avec placebo et en double aveugle, ce type de modèle d'étude n'est souvent pas possible ni même approprié pour répondre aux questions sur les interventions dans les contextes humanitaires ou non urgents dans lesquels l'émaciation infantile est très prévalente, par exemple. C'est pourquoi une variété de modèles de recherches sont publiés concernant la prise en charge de la MAM, qui donnent différents degrés de rigueur expérimentale. Par exemple, l'article publié en 2014 par Langendorf *et al.*⁽¹¹⁾, traitant des utilisations d'argent et/ou d'aliments dans la prise en charge de l'émaciation au Niger, a été examiné par Kerac et Seal⁽⁷⁾, qui ont observé que, malgré le grand nombre d'enfants figurant dans l'enquête, il ne s'agissait pas d'un essai randomisé, et que, comme « il ressemblait davantage à une étude observationnelle... les conclusions pouvaient tout aussi bien être attribuées à des différences entre sites aboutissant à un biais ou à une confusion non mesurée ». Ceci étant dit, les rapporteurs ont fait remarquer que l'étude présentait toutefois de nombreux points forts méthodologiques qui ne devraient pas être ignorés, y compris « une notification et une analyse rigoureuses et détaillées ». Autrement dit, une variété de modèles peuvent (et devraient) être considérées lors de tout examen des données factuelles, et leur inclusion ou exclusion devraient être déterminées par un ensemble clair de critères.

Qui détermine des critères d'inclusion ou d'exclusion des données factuelles ?

Ce sont les utilisateurs des données factuelles qui devraient déterminer ce qui est crédible et acceptable en fonction de l'usage qui va en être fait. Même les petites études qualitatives ou les entretiens en groupes de réflexion peuvent donner lieu à des informations précieuses pour l'entité mettant en œuvre un projet sur le contexte local, les contraintes culturelles ou les préoccupations politiques. Cependant, au moment de généraliser les conclusions à plusieurs contextes et de promouvoir une position consensuelle parmi les scientifiques sur les recommandations fondées sur des données factuelles, des critères minimums sont requis afin d'établir des normes crédibles. Les principes des examens systématiques ont évolué au fil du temps, mais la plupart des professionnels se réfèrent, pour obtenir des conseils, aux normes PRISMA⁽¹²⁾, aux protocoles définis par la Cochrane Collaboration⁽¹²⁾ ou à la Campbell Collaboration⁽¹³⁾. Chacun de ces outils a défini avec soin l'approche de l'évaluation de la qualité des recherches et le raisonnement sous-jacent aux critères utilisés au moment d'exclure des études d'un examen ou d'une méta-analyse des données.

Dans quel cas mes études sur la MAM pourraient-elles être exclues d'un examen systématique ?

Plusieurs types de critères sont utilisés pour inclure ou exclure des documents d'un examen systématique, dont le premier est la conception (le modèle) de l'étude. La plupart des examens engloberont automatiquement des essais randomisés contrôlés (ERC), y compris des essais

randomisés contrôlés par grappes (ERCg) et des essais cliniques contrôlés non randomisés (ECC). Certains, comme l'examen Cochrane par Lazzarini *et al.*, sur les aliments spécialement formulés pour le traitement des enfants souffrant de MAM, englobent des études contrôlées avant/après (CBA – *controlled before-and-after studies*), mais seulement si elles satisfont aux critères supplémentaires d'une a) collecte de données simultanée (dans le cadre de laquelle les données des sites expérimental (d'intervention) et témoin sont recueillies durant la même période) et b) inclusion de sites témoins appropriés (qui sont comparables au site d'intervention sur les plans du contexte et des caractéristiques de la population⁽¹⁵⁾). Cependant, même si la conception des recherches semble robuste, les études peuvent être exclues si elles ne fournissent pas suffisamment de détails sur les interventions considérées, sur les facteurs potentiels confondants ou s'il n'y a pas d'éléments de comparaison approprié dans le cadre de l'étude, ou si la taille de l'échantillon est trop faible pour en tirer des conclusions ou pour atteindre un niveau de signification statistique. Par exemple, un examen d'enquêtes nutritionnelles menées en Éthiopie entre 2003 et 2008 (plus de 340 études) a conclu qu'il n'y avait pas assez d'enquêtes qui fournissaient suffisamment d'informations sur la représentativité de la population étudiée, les préoccupations contextuelles, les conditions de référence, les données sur les tendances ou les facteurs de perturbation potentiels (comme les interventions antérieures ou simultanées), et qu'il n'y avait pas non plus toujours de liens plausibles entre les éléments du programme et les résultats attendus⁽¹⁰⁾. Autrement dit, de nombreuses études sont exclues parce que les auteurs n'ont pas fourni assez d'informations, même si la conception de l'étude était de bonne qualité.

Pourquoi le manque d'informations disqualifierait-il une bonne étude ?

Si les examinateurs ne peuvent pas obtenir des réponses complètes concernant les sources potentielles de biais (et donc la qualité de l'étude) à partir du document lui-même ou bien auprès des auteurs, ils ne peuvent pas faire entière confiance à l'interprétation des conclusions présentées. Ainsi, les lacunes sur le plan des informations nuisent à la manière dont la qualité de l'étude est perçue. Un biais peut être défini comme une erreur systématique ou une déviation par rapport à la vérité sur le plan des résultats ou des conclusions⁽¹³⁾. Il existe plusieurs catégories clés de risque de biais qui sont généralement utilisées dans le cadre de l'examen de la qualité d'une étude :

- i) Le biais de sélection, qui a trait aux différences systématiques pouvant exister entre les caractéristiques de base des groupes comparés, mais ne sont pas prises en compte dans l'analyse.
- ii) Éviter le biais dans l'accès des participants aux interventions. Cela suppose que les chercheurs fassent part d'informations adéquates aux examinateurs pour que ces derniers puissent évaluer tout biais sur le plan du traitement (c.-à-d. ceux qui étaient censés le recevoir l'ont reçu, il n'y a pas eu d'exclusion systématique de certaines catégories de la population, etc.).
- iii) Données complètes fournies sur les résultats (pas de conclusions manquantes). Nombre d'études signalent des impacts positifs sans présenter de données complètes sur, par exemple, les taux d'abandon, les personnes « perdues » avant les activités de suivi, la mortalité ou les taux de rechute. Même si ces données sont fournies, il faut des informations sur la distribution de ces résultats entre les groupes d'intervention pour pouvoir évaluer tout biais introduit par sous-groupe.
- iv) Notification sélective. Il est important d'éviter de trier les résultats « sur le volet » et d'exclure ainsi les conclusions qui ne soutiennent pas les hypothèses de l'étude. Les rapporteurs déterminent si les résultats primaires précisés au préalable ont tous été notifiés et si les méthodes d'analyse proposées dans le protocole de recherche ont effectivement été appliquées.

- v) Parmi les sources supplémentaires de risque figurent : veiller à ce qu'il n'y ait pas (ou presque pas) de « fuite » des effets de l'intervention vers les groupes de contrôle (ce que l'on appelle la « protection contre la contamination ») ; facteurs de perturbation des bases de référence (différences systématiques entre les groupes d'intervention et témoins non précisées) ; et évaluation des résultats effectuée ou non en aveugle (si l'étude a englobé un essai de l'intervention, les rapporteurs évaluent si les résultats ont pu être influencés par le fait qu'elle n'a pas été effectuée en aveugle (c'est-à-dire que les chercheurs eux-mêmes ne savent pas quel groupe a ou n'a pas bénéficié de l'intervention). Ce dernier aspect n'est pas souvent pertinent pour les études relatives au traitement MAM, mais il pourrait jouer un rôle dans un essai randomisé pour la prévention.

Chacun de ces éléments est évalué comme ayant un « faible risque de biais » (élément caractérisant une étude de qualité), un « risque élevé », ou un « risque incertain » (les chercheurs se référant souvent aux recommandations du groupe de travail GRADE sur la manière de déterminer la qualité des données factuelles)⁽¹⁶⁾. GRADE est l'acronyme de *Grading, Recommendation, Assessment, Development and Evaluation* (Notation, recommandation, évaluation, développement et évaluation) – un outil fréquemment utilisé par l'OMS dans son processus d'examen interne qui aboutit à des protocoles formels ou des lignes directrices sur les pratiques. Les rapporteurs réfléchiront également aux risques de biais inhérents au modèle d'étude utilisé (par rapport aux questions primaires posées), à la question de savoir si une évaluation de l'hétérogénéité de la population échantillon a été effectuée, si une analyse de la sensibilité a été menée sur les spécifications et les résultats de l'analyse, et si des méthodes analytiques appropriées ont été appliquées aux données⁽¹⁷⁾.

La barre semble être mise très haut pour l'inclusion ; y a-t-il beaucoup d'études qui sont exclues des examens systématiques pour une ou plusieurs des raisons ci-dessus ?

La plupart des examens systématiques présentent un diagramme qui décrit combien de titres/abrévés ont été saisis dans la base de données et les recherches documentaires ; il y en a généralement des dizaines de milliers. Le nombre de textes intégraux examinés et exclus est également présenté, ce qui donne un sous-ensemble largement plus petit d'études qui ont satisfait à la totalité ou la plupart des critères d'inclusion et de qualité présentés ci-dessus. Autrement dit, la majorité des études identifiées comme potentiellement utiles pour l'examen ne sont pas en fin de compte incluses dans cet examen. Par exemple, *Lazzerini et al.* ont mené leur recherche documentaire pour des études portant sur les aliments spécialement formulés employés dans le traitement de la MAM⁽¹⁵⁾. Ils ont effectué leurs recherches dans 13 bases de données électroniques (chacune clairement identifiée), en plus de consulter des interlocuteurs clés qui connaissent bien les documents de « littérature grise » (non publiés) sur ce sujet. Leur recherche a généré 8 900 références susceptibles d'être incluses dans l'examen, mais seulement 298 d'entre elles représentaient des études appropriées pour l'analyse. Le texte intégral de ces articles a été lu par de multiples chercheurs, qui ont constaté que 287 d'entre eux devaient être exclus pour une variété de raisons (qui sont généralement présentées dans un tableau en annexe pour garantir la transparence du compte rendu du processus de l'examen). Ainsi, seulement 11 études (représentant huit essais) ont en fin de compte été utilisées pour l'analyse de l'examen systématique et le rapport Cochrane final. Le biais de publication constitue lui aussi une importante préoccupation pour les examens systématiques. Il est possible que les études dont la conclusion est « aucun effet » ne soient pas publiées (parce qu'elles ne sont pas acceptées lors de l'examen par des pairs pour être publiées dans des revues spécialisées) et donc n'apparaissent pas parmi les études faisant partie des examens systématiques. Il est évident que cela créerait un biais dans les conclusions en faveur de résultats positifs lorsqu'ils existent.

Que nous enseignent les examens systématiques existants relatifs à la MAM ?

Entre 2010 et 2014, environ douze examens systématiques (dont certains n'ont pas encore été publiés) ont été effectués sur le sujet de la prise en charge de l'émaciation. Ils n'ont pas tous utilisé les mêmes critères d'exclusion, bases de données, fourchettes d'années de publication considérées, et ne se sont pas tous concentrés sur les mêmes types de conceptions de recherche ou d'interventions. Ceci dit, ces études sont arrivées à de nombreuses conclusions communes, dont :

1. Il existe des données factuelles de qualité modérée à élevée qui indiquent que les suppléments alimentaires de différents types se révèlent efficaces dans le traitement de la MAS et de la MAM (« efficace » étant défini comme satisfaisant aux standards minimums de Sphère relatifs à la fin du traitement). Autrement dit, les produits et protocoles existants utilisés dans le traitement de l'émaciation ont fait leurs preuves.
2. Les aliments prêts à l'emploi (APE) à base lipidique tendent à entraîner une prise de poids plus rapide et plus importante que les aliments mélangés fortifiés (AMF) à base de grains. L'importance clinique de cette observation reste à être déterminée en termes de durabilité du rétablissement (taux de rechute post-traitement) et de type de prise de poids (tissu maigre *vs.* adipeux).

Les différences de croissance ne sont généralement pas considérables (les études sont souvent trop courtes et n'ont pas la capacité de détecter des différences statistiques de taille).

3. Il n'y a guère de données factuelles jusqu'ici indiquant une différence statistiquement significative entre les types d'aliments utilisés dans les régimes de traitement en termes de résultats sur le plan de la mortalité, ou de l'évolution de la MAM à la MAS.

Autrement dit, les traitements actuels qui suivent les protocoles existants pour veiller à une couverture adéquate des programmes, à l'inclusion des personnes nécessitant un traitement et à la qualité nécessaire de la mise en œuvre fonctionnent effectivement dans différents contextes dans lesquels l'émaciation constitue une menace sérieuse sur le plan de la mortalité infantile.

Que ne nous enseignent *pas* les examens systématiques relatifs à la MAM ?

Ce que l'état actuel des données factuelles ne nous permet pas de conclure avec un quelconque degré de confiance est le bon rapport coût/efficacité d'une variété d'approches, la contribution potentielle à l'amélioration des résultats des régimes alimentaires pratiqués au sein des ménages, l'efficacité des produits et approches existants en ce qui concerne la prévention de la MAM (c.-à-d. contenir l'émaciation légère pour éviter qu'elle ne se transforme en MAM), les taux d'incidence *vs.* la prévalence de la MAM, les effets des saisons sur l'émaciation et en quoi cela influe sur les taux de rétablissement et les rechutes, les analyses en sous-groupes pour examiner l'efficacité en tenant compte des conditions initiales, de l'historique sanitaire, des comorbidités, etc., le rôle de la communication intensive pour le changement de comportement et/ou de la fourniture d'argent/de bons d'achat avec ou sans aliments dans la prise en charge de la MAM, les résultats cognitifs *vs.* physiologiques du traitement et du rétablissement (c.-à-d. aller au-delà de l'anthropométrie pour mesurer les résultats), ou la réponse relative par dose des traitements alimentaires contenant divers niveaux de protéines d'origine animale, d'acides aminés spécifiques, différentes formes de micronutriments ou de probiotiques. Il n'y a pas non plus beaucoup de données sur la nature du « rétablissement », dans le sens de la satisfaction par les enfants à un critère de prise de poids journalière qui leur permet de cesser un régime de traitement une fois qu'ils ont dépassé un certain seuil physiologique. La mesure dans laquelle tout endommagement du système immunitaire ou tout impact cognitif ou sur le métabolisme ont été réparés à ce stade reste inconnue, mais continue d'être une source de préoccupation, étant donné que jusqu'à un tiers des enfants « rétablis » pourraient rechuter.

De fait, les données factuelles actuellement disponibles sont généralement insuffisantes et présentent de nombreuses lacunes qu'il faut combler de toute urgence. *Lazzerini et al.* évoquent « des limites sur le plan de l'exhaustivité des données factuelles et leur aptitude à être généralisées »⁽¹⁵⁾. De même, *Lenters et al.*, dans leur examen systématique et méta-analyse des traitements de la MAS et de la MAM dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont conclu qu'il convient encore de traiter les généralisations fondées sur des données factuelles avec circonspection du fait des « lacunes dans notre aptitude à estimer l'efficacité »⁽¹⁸⁾. En conséquence, le document d'information de l'OMS portant sur l'objectif relatif à l'élimination des *Cibles mondiales 2025* de l'Assemblée mondiale de la santé, lequel consiste à réduire et maintenir au-dessous de 5 % l'élimination chez l'enfant, soutient que le monde doit encore « parvenir à mieux comprendre les principaux facteurs responsables de l'élimination », et renforcer les méthodes utilisées « pour évaluer les niveaux d'élimination au sein de la population afin d'estimer de manière exacte le fardeau de la malnutrition aigüe pour la planification, la conception et le suivi des services » - autrement dit, renforcer la base de données factuelles pour les actions entreprises à tous les niveaux⁽¹⁹⁾.

Que devraient inclure les études pour être incorporées dans les examens systématiques futurs ?

En premier lieu, il faut consulter les documents (de qualité) et des experts en recherche pour déterminer une conception appropriée de l'étude qui permettra de donner une réponse convaincante à la question posée, et qui ne se contente pas de reproduire sans le savoir d'autres études en cours⁽²⁰⁾. En deuxième lieu, même si toutes les études doivent accepter des concessions en termes de faisabilité, de coûts, de désirabilité et de rigueur, des études mal conceptualisées ou mal conduites devraient être inacceptables pour la communauté des professionnels de la nutrition. L'idée selon laquelle « quelques données valent mieux que pas de données du tout » est fautive lorsque les données recueillies ne sont pas utilisées soit sont inutiles, et lorsque des ressources peu abondantes auraient pu être employées d'autres manières productives. En troisième lieu, il faut bien réfléchir à la liste de critères de conception (et les éviter) qui rendraient une étude inadmissible à son inclusion dans un examen systématique formel. En quatrième lieu, il faut veiller à bien comprendre la liste des biais potentiels ou des lacunes sur le plan des informations qui entraîneraient une évaluation « biais incertain » ou « risque élevé de biais » pour votre étude ; visez une évaluation « faible risque » et fournissez le plus d'informations possibles non seulement sur la conception de l'étude, mais aussi sur les caractéristiques de la population, du contexte et des interventions considérées. Une quantité réduite d'information n'est *pas* une bonne chose lorsqu'il s'agit de convaincre les rapporteurs que vous avez tenté de tenir compte des biais possibles. En cinquième lieu, il faut faire preuve de transparence au moment de reconnaître les limites de l'étude et ne pas sur-interpréter les conclusions qui peuvent être soutenues par les données. En sixième lieu, si une étude cherche à comparer une intervention ou des produits, il faut veiller à ce qu'ils soient comparables d'égal à égal ; autrement dit, ne comparez pas des torchons et des serviettes. Il y a trop d'études qui ont cherché à soutenir qu'une approche ou un traitement est supérieur(e) à un(e) autre, alors que la quantité de produit utilisé est différente, ou que le conditionnement et la distribution sont différents, ou bien que les messages et l'interaction du programme avec les bénéficiaires sont différents, ou encore que la durée du traitement est différente, etc., ce qui ne fournit pas une base appropriée pour une comparaison entre éléments équivalents. Enfin, émettez des recommandations robustes revêtant une importance pour les opérations et les politiques générales lorsqu'elles sont justifiées.

Conclusions

La barre a été mise haut pour ce qui est de la qualité des recherches. Néanmoins, de plus en plus d'organisations investissent dans les moyens de produire des données factuelles plus robustes sur ce qui marche (et ce qui ne marche pas) dans la prise en charge de la MAM. Comme l'ont expliqué Kerac et Seal, la publication d'études de qualité croissante sur le traitement et la prévention de la MAM a une incidence directe sur l'amélioration des pratiques sur le terrain ; c'est pourquoi les chercheurs et les praticiens devraient continuer à tout faire pour satisfaire à des normes de plus en plus exigeantes de rigueur dans les recherches afin que le dialogue futur sur les meilleures pratiques « puisse être plus scientifique et concentré sur des données factuelles et non des idéologies »⁽⁷⁾.

Remerciements

L'auteur tient à exprimer sa reconnaissance à Robert Houser, Devika Suri, Hedwig DeConinck, Henrik Friis, Christian Fabiansen, Bernardette Cichon et Nicky Dent pour leurs précieux commentaires sur les premières versions du présent document. Une partie des travaux sur lesquels se fonde ce document a bénéficié du généreux soutien de l'Office of Food for Peace (OFFP) d'USAID au titre de sa subvention Food Aid Quality Review à la Tufts University. Les contributions éclairées de Dina Esposito, Judy Canahuati et Rufino Perez de l'OFFP sont reconnues dans ce contexte.

Références

1. Pawson R, Tilley N. 2004. 'Realist evaluation', in Matthieson S (ed.) *Encyclopaedia of Evaluation* Newbury Park, UK: Sage. At: http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf.
2. Victora C, Black R, Boerma J, Bryce J. 2011. Measuring impact in the Millennium Development Goal era and beyond: a new approach to large-scale effectiveness evaluations. *Lancet*, 377: 85–95. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60810-0.
3. Bhutta Z, Ahmed T, Black R, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider B, Kirkwood B, Morris S, Sachdev H, Shekar M for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. 2008, *Lancet* 371: 417–40, DOI:10.1016/S0140-6736(07)61693-6.
4. Bhutta Z, Das J, Rizvi A, Gaffey M, Walker N, Horton S, Webb P, Lartey A, Black R. for the Nutrition Interventions Review Group and the Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4).
5. IAEA (International Atomic Energy Agency). 2014. International Symposium on Understanding Moderate Malnutrition in Children for Effective Interventions. Vienna, Austria, 26-29 May, 2014.
6. GCN/MTF (Global Nutrition Cluster/MAM Task Force). 2014. *Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool For Emergencies*. New York, NY.
7. Kerac M, Seal A. 2014. Preventing Acute Malnutrition in Young Children: Improving the Evidence for Current and Future Practice. *PLOS Medicine*, 11 (9): e1001715.
8. Emergency Nutrition Network. 2012. *Mid Upper Arm Circumference and Weight-for-Height Z-score as Indicators of Severe Acute Malnutrition: a Consultation of Operational Agencies and Academic Specialists to Understand the Evidence, Identify Knowledge Gaps and to Inform Operational Guidance*, London, UK.
9. WHO (World Health Organization). 2012. *Technical note: Supplementary foods for the management of moderate acute malnutrition in infants and children 6–59 months of age*. Geneva, Switzerland.
10. Webb P, Boyd E, de Pee S, Lenters L, Bloem M, Schultink W. 2014. Nutrition in emergencies: Do we know what works? *Food Policy* 49: 33–40.
11. Langendorf C, Roederer T, de Pee S, Brown D, Doyon S, et al. (2014) Preventing Acute Malnutrition among Young Children in Crises: A Prospective Intervention Study in Niger. *PLoS Med* 11(9): e1001714. doi:10.1371/journal.pmed.1001714.
12. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). 2014. <http://www.prisma-statement.org/> (last accessed Sept 10, 2014).
13. The Cochrane Collaboration. 2014. <http://www.cochrane.org/cochrane-reviews> (last accessed October 24, 2014).
14. The Campbell Collaboration. 2014. <http://www.campbellcollaboration.org/> (last accessed September 10, 2014).
15. Lazerini M, Rubert L, Pani P. Specially formulated foods for treating children with moderate acute malnutrition in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD009584. DOI: 10.1002/14651858.CD009584.pub2.
16. GRADE <http://www.gradeworkinggroup.org/>
17. Guyatt G, Oxman A, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, Alderson P, Glasziou P, Falck-Ytter Y, Schunemann H. GRADE guidelines 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *Jou Clin Epidemiol* 2011; **64**:395–400.
18. Lenters, L., K. Wazny, P. Webb, T. Ahmed and Z. Bhutta. 2013. Treatment of Severe and Moderate Acute Malnutrition in Low- and Middle-Income Settings: A Systematic Review, Meta-analysis and Delphi Process. *BMC Public Health* 13 (Suppl. 3): S23. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/S3/S23>
19. WHO. 2014. *Global Nutrition Targets 2025: reduce and maintain childhood wasting to less than 5%*. Technical Brief on WHA Targets No. 6. Geneva, Switzerland. (September 2014 draft). Mimeo.
20. REFINE (Research Engagement on Food Innovation for Nutritional Effectiveness). <http://refinenutrition.org/about-us.htm> (last accessed September 15, 2014).

Annexe 1 : Aide-mémoire PRISMA (daté 2009) (traduction française non officielle, donnée à titre indicatif)

Section/sujet	#	Élément de l'aide-mémoire	Mentionné page #
TITRE			
Titre	1	Identifier le rapport comme un examen systématique, une méta-analyse, ou les deux.	
ABRÉGÉ			
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré, le cas échéant : toile de fond ; objectifs ; sources des données ; critères d'admissibilité pour l'étude ; participants et interventions ; méthodes d'évaluation et de synthèse de l'étude ; résultats ; limites ; conclusions et implications des conclusions clés ; numéro d'inscription de l'examen systématique.	
INTRODUCTION			
Raison d'être	3	Décrire la raison d'être (justification) de l'examen dans le contexte de ce que l'on sait d'ores et déjà.	
Objectifs	4	Fournir un énoncé clair des questions abordées en faisant référence aux participants, aux interventions, aux comparaisons, aux résultats et à la conception de l'étude (PICOS – acronyme anglais).	
MÉTHODES			
Protocole et inscription	5	Indiquer s'il existe un protocole d'examen, si et comment on peut y accéder (p. ex. adresse Web) et, si disponible, fournir les informations relatives à l'inscription, y compris le numéro d'inscription.	
Critères d'admissibilité	6	Préciser les caractéristiques de l'étude (p. ex. PICOS, durée du suivi) et les caractéristiques du rapport (p. ex. années considérées, langue, statut de la publication) utilisées comme critères d'admissibilité, en précisant le raisonnement.	
Sources d'information	7	Décrivez toutes les sources d'information (p. ex. bases de données avec dates de couverture, contact avec les auteurs de l'étude pour identifier des études supplémentaires) dans la recherche et les dates les plus récentes de la recherche.	
Recherche	8	Présenter la stratégie de recherche électronique complète pour au moins une base de données, y compris toutes limites utilisées, pour qu'elle puisse être répétée.	
Sélection de l'étude	9	Préciser le processus de sélection des études (c.-à-d. tri, admissibilité, comprise dans l'examen systématique et, le cas échéant, comprise dans la méta-analyse).	
Processus de collecte des données	10	Décrire la méthode d'extraction des données des rapports (p. ex. formulaires pilotés, indépendamment, en double) et tous les processus éventuels pour l'obtention et la confirmation des données auprès des enquêteurs.	
Éléments de données	11	Énumérer et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (p. ex. PICOS, sources de financement) et toutes hypothèses et simplifications effectuées.	
Risque de biais dans les études individuelles	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais des études individuelles (y compris des précisions sur la question de savoir si cela a été fait au niveau de l'étude ou des résultats), et comment ces informations vont être utilisées dans toute synthèse des données.	
Mesures décrivant l'effet	13	Préciser les principales mesures décrivant l'effet (p. ex. rapport de risque, différence de moyennes).	
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de manipulation des données et de combinaison des résultats des études, si elles ont été effectuées, y compris les mesures de la cohérence (p. ex., I ²) pour chaque méta-analyse.	

Section/sujet	#	Élément de l'aide-mémoire	page #
Risque de biais dans l'ensemble des études	15	Préciser toute évaluation du risque de biais qui pourrait voir une incidence sur l'ensemble des données factuelles (p. ex. biais de publication, notification sélective au sein des études).	
Analyses supplémentaires	16	Décrire les méthodes d'analyses supplémentaires (p. ex. analyses de la sensibilité ou des sous-groupes, méta-régression), si elles ont été effectuées, en indiquant celles qui avaient été spécifiées au préalable.	
RÉSULTATS			
Sélection des études	17	Donner le nombre d'études triées, évaluées pour en déterminer l'admissibilité, et comprises dans l'examen, avec les raisons des exclusions à chaque stade, dans l'idéal avec un diagramme.	
Caractéristiques de l'étude	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (p. ex. taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les citations.	
Risque de biais au sein des études	19	Présenter des données sur le risque de biais de chaque étude et, si disponible, toute évaluation au niveau des résultats (voir l'élément 12).	
Résultats des études individuelles	20	Pour tous les résultats considérés (avantages ou torts), présenter, ce pour chaque étude : (a) de simples données résumées pour chaque groupe d'intervention (b) des estimations des effets et les intervalles de confiance, dans l'idéal avec un graphique en forêt (<i>forest plot</i>).	
Synthèse des résultats	21	Présenter les résultats de chaque méta-analyse effectuée, y compris les intervalles de confiance et les mesures de cohérence.	
Risque de biais dans l'ensemble des études	22	Présenter les résultats de toute évaluation du risque de biais dans l'ensemble des études (voir l'élément 15).	
Analyses supplémentaires	23	Donner les résultats des analyses supplémentaires, si elles ont été effectuées (p. ex. analyses de la sensibilité ou des sous-groupes, méta-régression [voir l'élément 16]).	
DISCUSSION			
Résumé des données factuelles	24	Résumer les principales conclusions, y compris la robustesse des données factuelles, pour chacun des résultats principaux ; considérer leur pertinence pour les groupes clés (p. ex. prestataires de soins de santé, utilisateurs et décideurs).	
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et des résultats (p. ex. risque de biais) et au niveau de l'examen (p. ex. extraction incomplète des recherches identifiées, biais dans la notification).	
Conclusions	26	Donner une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres données factuelles, et indiquer les implications pour les recherches futures.	
FINANCEMENT			
Financement	27	Décrire les sources de financement pour l'examen systématique et les autres formes de soutien (p. ex. fourniture de données) ; rôle des bailleurs de fonds pour l'examen systématique.	

Source : Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, the PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097