

POURQUOI PUBLIER ?

- Participer à l'amélioration du niveau général de connaissances en diffusant sa propre expérience.
- Valoriser un secteur choisi de la recherche.
- Améliorer l'image d'une discipline (MPR)
- Promouvoir ses propres travaux (titres et travaux), ceux du service dans lequel on travaille.
- Par gout
- « QUI N 'EST PAS LU EST MECONNU »
- “ PUBLIER ou ETRE OUBLIE ”

Données laissées dans un tiroir ou dans l'ordinateur !!!

Non Publié → Périmé

- Apporter du nouveau sur un sujet médical ou scientifique, confirmer ou infirmer des travaux antérieurs
- Thématique de recherche du service ou du laboratoire
- Une grande publication ou plusieurs articles à partir de vos données de recherche? (en général, une question pertinente = une publication)
- Tout part d'une **bibliographie** aussi exhaustive que possible sur le sujet: doit être faite lors de la réflexion sur le projet puis update

Consulter intelligemment les bases de données : Medline, Cochrane database....

Mots clés (index médicaux)

Cas particulier : méthodologie de la biblio

QUEL TYPE DE PUBLICATION MEDICALE ?

- l'article original,
- la mise au point ou revue générale,
- le cas clinique,
- l'éditorial,
- La lettre à l'éditeur
- l'article didactique (d'enseignement),
- l'article préliminaire,
- le livre, la thèse ou le mémoire, le résumé de présentation à un congrès....

DANS QUELLE REVUE PUBLIER ?

- la plus large audience,
- lectorat adapté au sujet traité,
- **Comité de lecture** ou revue didactique ?
- journal de sa spécialité, d'une spécialité voisine ou généraliste ?
- Revue clinique ou de sciences ?
- français ou anglais ?
- délai entre réception et publication.
- **impact factor**

PREALABLE A LA PREPARATION D'UN ARTICLE

- Vérifier la liste des auteurs.
- Se répartir la rédaction des différentes sections si nécessaire.
- Prévoir les besoins en collaborateurs extérieurs (Biostatistiques).
- Choisir la revue.
- Consulter des exemplaires de la revue choisie.
- Prendre exemple sur des articles de très bonnes revues internationales traitant d'un sujet voisin. Ne pas hésiter à s'en inspirer.
- Définir un échéancier.
- Assembler et vérifier la bibliographie.
- Prévoir des sauvegardes des différentes étapes du texte.

Du projet de recherche à l'article

Dès le projet de recherche établi et écrit, on doit pouvoir

Écrire un « **article modèle** »

A ce stade de réflexion et de connaissance de la bibliographie

1 on peut écrire l'introduction

2 on peut écrire la méthodologie

3 on peut écrire des résultats fictifs (par exemple ceux attendus)

4 on peut discuter ces résultats (et leur contraire)

5 la bibliographie est normalement prête

Quand la recherche sera terminée, il suffira de remanier le texte de l'article modèle à partir des vrais résultats.

L'article final sera écrit sans retard et facilement

TRIMRADER

Titre

Résumé

Introduction

Matériel et méthodes

Résultats

And

Discussion

Et

Références

Cet acronyme permet de ne rien oublier mais surtout de ne délaisser la préparation d'aucun des constituants.

LE TITRE

- Il doit être
 - court,
 - informatif donnant envie de lire l'article
 - construit souvent en plusieurs étapes
 - centré sur le point fort de l'article

(originalité de la méthode, intérêt d'un résultat voire son annonce....

« *Les infiltrations de corticoïdes sont efficaces dans les doigts à ressaut* »)

- Faire figurer les mots importants au début.
- Pas d'expressions inutiles (*à propos de considérations générales....*).
- Jamais d'abréviations.
- Conserver strictement la même signification dans les versions bilingues.

AUTEURS et REMERCIEMENTS

signataires doivent *avoir participé de manière plus ou moins importante à tous les aspects du travail*. Ils assument tous le contenu de l'article.

- 3 premières places..... (avant dernière place), dernière place
- Ne pas oublier les remerciements :
 - collaborateurs occasionnels pour un aspect technique.
 - organismes qui ont assuré le soutien financier.
 - fournitures de matériel
 - aides à l'édition très important (correction pour une langue étrangère): ce ne sont pas les reviewers qui ne comprennent rien ce sont les papiers qui sont mal écrits

Conflit d'intérêts ?

RESUME

- Le résumé doit être écrit après le texte de l'article.
- Il doit contenir de manière abrégée toutes les données décisives de l'article et seulement des données de l'article.
- Le style doit être concis, précis et clair. Aucun mot inutile pour pouvoir **TOUT DIRE en un minimum de mots** (souvent inférieur ou égal à 250). On doit pouvoir comprendre tout le travail en lisant le résumé
- Présentation structurée comme l'article : sur le modèle habituel du journal.

article original et une mise au point

état de la connaissance du sujet, buts de l'étude)

- Matériel et méthode : tous les points forts du texte
- Résultats : tous les points forts du texte
- Discussion : tous les principaux points de discussion voire de conclusion de l'article.

- **Fait clinique** Points forts du ou des cas présentés et éléments intéressants de la discussion.
- La version anglaise du résumé dans un journal français doit être particulièrement soignée. Proofreading (Publié par les banques de données)
- Dans tous les cas traquer et éliminer tous les mots qui ne sont pas nécessaires.

Structuration du résumé

Résumé

Objectif. – Cette étude préliminaire a pour but d'étudier les stratégies de passage du pas chez le patient hémiplegique droit.

Matériel et méthode. – La marche a été analysée en 3D chez sept patients ne présentant pas d'autres atteintes susceptibles de pe marche. La cinématique a été explorée dans le seul plan sagittal. La position et la trajectoire des marqueurs, côté droit, ont été étudié la phase oscillante en comparaison des données de la position statique debout. Les résultats ont été confrontés aux données angula

Résultats. – Nous avons défini 3 types de marche : 1) marches proches de la normale avec une mobilité du genou normale ; 2) mar une élévation importante du bassin alors que la mobilité du genou est faible ; 3) marches avec un pied talus, sans récupération obligeant à un mouvement pendulaire.

Discussion. – Les patients, du groupe 2, qui ont une flexion de genou insuffisante pour éloigner le pied du sol adoptent une st compensation en élevant le bassin pour passer le pas sans risquer de heurter le sol. Limiter cette stratégie de compensation per d'utiliser davantage la mobilité restante ?

Conclusion. – Cette analyse de la marche réalisée avant le choix thérapeutique chez 7 patients confirme l'intérêt de l'étude des p cinématiques dans le cadre de l'hémiplegie. L'influence de la mobilité du genou dans les stratégies compensatrices de hanche mè évaluée spécifiquement lors de l'étape du choix de la stratégie thérapeutique (orbèse, neurotomie tibiale, toxine botulinique...).

© 2003 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Objective. – The aim of this preliminary study was to assess strategies of walking a stride in stroke patients with spastic right be

Material and methods. – Gait was recorded in 3D in seven patients without other locomotion disorders. Kinematics data were stu on the sagittal plane. The position and trajectory markers on the right side were studied during the swing phase in comparison v standing position. Results were confronted with angular data.

Results. – Three walking models were defined: 1) near normal gait with normal mobility in the knee; 2) gait with hicking while t of the knee was reduced; 3) gait with a "talus" foot without motor recovery necessitating a pendular movement.

Discussion. – The second pathological group was characterized with insufficient flexion in the knee in lifting the foot from the flo group, patients adopted a compensation strategy with hicking in making the stride without touching the floor. We raised the question c this adaptive strategy in order to enhance their remaining mobility.

Conclusion. – A 3D strategy gait analysis, before therapeutic choices, seems to confirm the value of analysing kinematic data patients with hemiplegia. The amplitude of knee mobility and hip compensation strategy can be specifically studied to im effectiveness of therapeutic strategies (orthesis, selective tibial neurotomy, botulinum toxin).

ABSTRACT. de Godoy DV, de Godoy RF. A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. Arch Phys Med Rehabil 2003;84:1154-7.

Objective: To assess the effect of psychotherapy on the anxiety and depression levels of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Design: A blind, randomized, controlled trial.

Setting: Outpatient university pulmonary rehabilitation program in Brazil.

Participants: Thirty patients with COPD (mean age, 60.33y; 22 men) attending a pulmonary rehabilitation program were randomized into 2 groups: experimental group (G1) and control group (G2). Both groups underwent a 12-week treatment program.

Interventions: Group 1 (n=14) participated in 24 sessions of physical exercise, 24 sessions of physiotherapy, 12 psychology sessions, and 3 educational sessions. Group 2 did not participate in psychotherapy sessions.

Main Outcome Measures: All patients were evaluated at baseline and at completion of the pulmonary rehabilitation program by using 3 instruments: the Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), and 6-minute walk distance (6MWD).

Results: Both groups showed statistically significant improvements on the 6MWD (G1, $P < .001$; G2, $P = .03$). Only G1 had a significant reduction in anxiety and depression levels (G1: BAI, $P < .001$; BDI, $P < .001$; G2: BAI, $P = .156$; BDI, $P = .142$). Statistically significant differences existed between G1 and G2 for BAI ($P < .001$) and BDI ($P = .02$).

Conclusions: Including psychotherapy in a pulmonary rehabilitation program for COPD reduced patients' anxiety and depression levels but did not modify 6MWD performance.

Key Words: Anxiety; Depression; Exercise; Pulmonary disease, chronic obstructive; Rehabilitation.

© 2003 by the American Congress of Rehabilitation Medicine and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation

MOTS CLES

Choisir dans les mots de la liste de l'index
médicus (Medical Subject Headings : MeSH).

Très important pour faire trouver facilement
votre article dans une recherche bibliographique

 *pour que votre article soit cité*

LE STYLE

- Rédaction scientifique / rédaction littéraire
- Le meilleur style pour un article est l'absence de style. Ceci ne signifie pas écrire un mauvais français ou un mauvais anglais.

1) Le temps des verbes :

- Le travail proprement dit doit utiliser **le passé** (expérience personnelle des auteurs grâce à des travaux antérieurs, matériel et méthode, résultats)

(le malade entre dans le service en juillet 1996, une intervention a été réalisée, elle découvre un neurinome qui a été réséqué. Le malade sortira 8 jours plus tard !!!!!).

- Toute notion reconnue ou démontrée dans un travail cité en référence est formulée au présent (en général les données de la littérature).

2) Choix des mots

- Eviter les répétitions donnant une lourdeur au texte mais garder un même mot quand il désigne une chose identique.
- Eviter les formules d'humeur

La collecte de 100 dossiers comportant des radiographies nous a demandé "beaucoup d'effort"

"Malheureusement" la qualité des clichés n'a permis d'en sélectionner que 78...

- Ou le verbiage médical

Le patient présentait des phénomènes algiques au niveau du genou, etc.....!!

3) La précision

Dans "un bon nombre" de cas....

Le membre inférieur a "un peu" augmenté de volume....

Donner plutôt des mesures ou s'il s'agit de variables qualitatives une *échelle de grandeur* définie au préalable.

4) **Les sigles et abréviations** peuvent être utiles pour raccourcir le texte. Il faut **toujours les définir** même s'ils sont connus dès la première fois qu'on utilise le mot ou la formule. On choisit alors de n'utiliser que l'abréviation tout au long du texte.

- Revoir à plusieurs reprises le vocabulaire utilisé dans l'article pour améliorer la **simplicité** et la **clarté** afin que tout lecteur, y compris étranger non francophone, puisse le comprendre.
- Dans les articles en langue étrangère, ne pas hésiter à s'inspirer des mots, tournures de phrases, présentations de texte utilisés dans des articles publiés dans de grands journaux internationaux sur un sujet voisin de celui qu'on écrit.
- **Éliminer tous les mots inutiles.** Un texte concis ne signifie pas cependant une succession d'ellipses faisant appel à l'imagination des lecteurs. Tout ce qui est nécessaire à la compréhension doit être écrit.
- Vérifier la ponctuation.

INTRODUCTION

- Elle doit conduire le lecteur à comprendre la logique du ou des objectifs de l'étude clairement énoncés en fin d'introduction.
- Elle doit être parfaitement structurée, centrée sur le travail et éviter toute digression inutile voire nuisible. Elle tient en général en 1 page dactylographiée.

- Elle est construite en 3 parties :

1^{ère} partie : **définition du *cadre général du sujet*** en quelques phrases avec les principales références utiles et nécessaires. Eviter les longs rappels historiques s'ils ne sont pas nécessaires.

2^{ème} partie : **mise au point sur la *question posée par le travail***
Cette partie peut-être plus longue que la première partie, appuyée par les références bibliographiques nécessaires et suffisantes.

3^{ème} partie : elle énonce clairement les ***buts ou objectifs de l'étude***. Elle doit découler tout naturellement des 2 premières parties. De préférence, **1 seule question** posée par le travail

L'introduction ne comporte pas de résultats.

MATERIEL et METHODES

- Ce chapitre reflète la *rigueur scientifique et la crédibilité du travail*.
- Il comporte des informations précises, rigoureuses, reproductibles, sans commentaire.
- Il ne comporte **pas de résultats**
- Il peut-être remplacé par **Malades et Méthodes** quand le matériel est constitué d'observations de malades.
- **Le temps des verbes** est, par définition, **au passé**.
- Le lecteur doit tout comprendre pour pouvoir refaire éventuellement le même travail.

1) Type d 'étude

- **Etude primaire:**

- Essai comparatif randomisé, étude contrôlée randomisée
(Analyse en intention de traiter ou des seuls malades traités)
- Observation de cohorte, enquête transversale, longitudinale, étude cas-témoin, description de cas.
- Ne pas transformer une étude rétrospective en pseudo étude prospective

- **Etude secondaire:**

- Revue de la littérature, méta-analyse, recommandations de pratique clinique, analyse économique...

2) Le matériel

- Etude d'un **système** ou d'un **outil de mesure** : débiter par sa description.
- Travail portant sur la **description ou le traitement de malades** : débiter par la caractérisation de la population.
- Critères de sélection des malades (**inclusion, exclusion**).
- Choix des témoins.

3) Description de l'intervention évaluée

En général un traitement:

- Nature, points techniques forts détaillés surtout pour un traitement physique, posologie, durée

4) Les critères de jugement

- Description des critères
- Chronologie des évaluations
- Toutes les évaluations annoncées doivent conduire à des résultats
- Critères d'évaluation primaire, secondaire

5) Analyse des données

- Calcul du Nb de malades
- Tests statistiques utilisés
pour analyser les différents paramètres d'évaluation
- Seuil de confiance retenu
- Logiciel statistique utilisé
- **Accord d'un comité d'éthique CPP**

RESULTATS

- Exposé simple, rigoureux et objectif de tous les résultats.
- Utilisation possible de tableaux.
- Pas de discussion, pas de conclusion, encore moins de discussion sur des résultats de la littérature.
- Chaque mot doit être pesé (significatif, corrélé....)
- Eviter le double emploi entre le texte et les tableaux
- Eviter de donner des pourcentages si l'effectif est inférieur à 20.
- Vérifier que les résultats correspondent bien à la méthode utilisée.
- Temps au passé.

Les tableaux et les figures.

- Ils doivent avoir une **autonomie d'information**, c'est-à-dire être parfaitement compris sans se rapporter au texte.
- **Le tableau** est numéroté en chiffres romains, le titre écrit au dessus.

Au dessous figurent les notes explicatives avec différents symboles.

Le corps du tableau ne comprend que des nombres (pas les unités). Pas de ligne de séparation

- **La figure** est numérotée en chiffres arabes avec la légende au dessous.

Elle comporte si nécessaire des notes explicatives.

Table 1: Characteristics During First Week of Admission of the Nursing Home Residents in the Rehabilitation and No-Rehabilitation Groups Before and After Matching

Characteristic	No		Standardized Difference*	No		Standardized Difference*
	Rehabilitation	Rehabilitation		Rehabilitation	Rehabilitation	
n	6412	4738		2799	2799	
Age ± SD (y)	78.1±11.6	77.8±13.3	1.88	77.5±12.3	77.4±13.0	-2.1
Sex (% female)	67	63	7.48	63	64	-2.75
Race (% white)	90	88	5.35	88	89	-1.7
Average therapy ± SD (h/wk)	6.8±5.1	0.016±0.09	NA	6.0±5.0	.02±0.1	NA
BMI ± SD (kg/m ²)	24.4±6.3	23.6±5.9	13.5	23.8±6.4	23.8±6.2	0.4
Motor ADL [†] score ± SD	53.8±18.6	56.1±22.5	-11.7	52.7±21.0	53.1±21.8	-1.76
Cognitive ADL [†] score ± SD	79.8±22.9	71.2±25.0	36.0	74.5±24.7	74.7±24.7	-0.8
Lived alone (%)	41	33	15.3	36	36	0.74
Daily contact with relatives (%)	83	76	17.7	80	79	0.98
Bladder continent [‡] score ± SD	4.0±2.5	3.8±2.6	8.67	3.6±2.6	3.6±2.6	-0.04
Bowel continent [‡] score ± SD	5.2±1.8	5.0±1.9	10.6	4.92±1.9	4.93±1.9	-0.69
Atherosclerotic heart disease (%)	15	15	0.4	16	16	0.68
Diabetes (%)	24	20	9.48	23	22	2.55
Depression (%)	15	15	0.7	16	16	0.00
Bedfast (%)	8	13	-18.4	12	12	0.76
Possesses a cane (%)	54	29	52.1	36	37	-2.22
Possesses a wheelchair (%)	30	17	30.8	23		
Recent ADL decline (%)	67	43	49.8	53		
Dementia (%)	19	36	-38.2	26		
Dysphagia (%)	30	27	6.5	31		
Special medical [§] (%)	13	14	-2.3	16		
Falls in last year (%)	42	29	27.5	33		

Abbreviations: NA, variables not included in the propensity model; SD, standard deviation.

* Standardized difference = $100(x_R - x_{NR}) / (S_R^2 + S_{NR}^2)^{1/2}$, where x_R and x_{NR} are sample means in the rehabilitat and S_R^2 and S_{NR}^2 are the variances.

[†] Motor ADL score and cognitive ADL score are calculations of the motor and cognitive components FIM in on a 0 to 100 scale.

[‡] Bladder and bowel scores range from 1 to 7, with 7 representing complete continence.

[§] Special medical includes chemotherapy, radiation therapy, dialysis, transfusions, and suctioning.

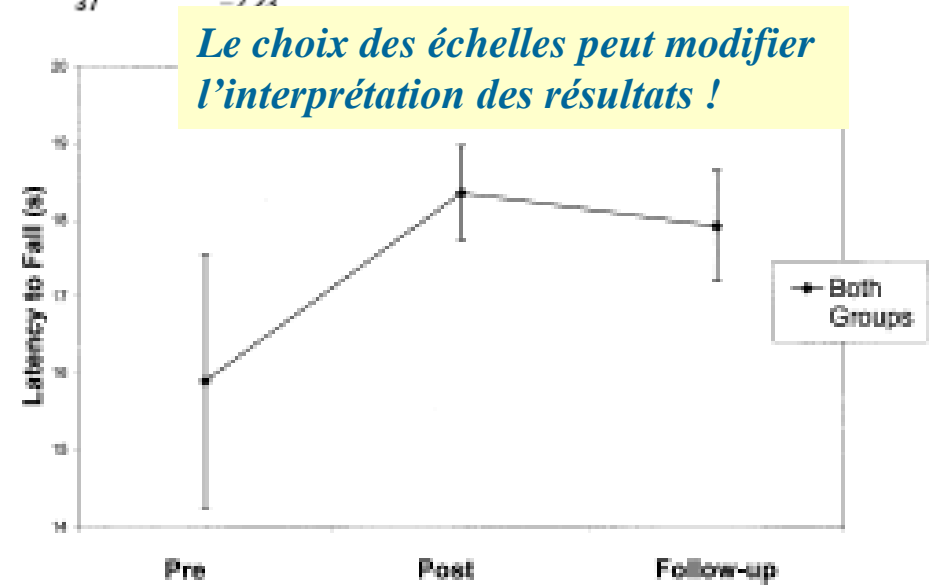


Fig 1. Latency to fall effect over the pretreatment, posttreatment, and follow-up tests for both groups. Values refer to average latency to fall for summary balance conditions (SOT conditions 4-6 averaged). Error bars indicate SEM.

- Faire un compromis entre le nombre de tableaux qui ne doit pas être trop important et la lourdeur de chaque tableau en utilisant rationnellement le texte.
- Tableaux et figures accompagnent le texte sur des feuilles séparées.
- Les légendes des figures sont fournies aussi sur une feuille séparée alors que celles des tableaux sont présentées sur la même page que le tableau.
- Choisir les bonnes échelles de grandeur pour les courbes.
- Vérifier l'appel dans le texte de toutes les figures et tableaux.
- Ne pas placer dans le texte l'endroit où on veut faire figurer figures et tableaux.
- Les figures sont envoyées sous forme **TIFF**, JPEG

DISCUSSION

- C'est le chapitre qui permet de montrer sa culture scientifique et le recul par rapport aux résultats.
- **Les premières phrases** reprennent l'essentiel du résultat de l'étude (ce n'est pas une répétition du chapitre résultat) et montrent qu'ils répondent aux buts fixés dans l'introduction du travail.
- **La partie suivante** discute la qualité et la validité de la méthode, des résultats, elle peut aller au devant des critiques en expliquant les options
La 3^{ème} partie de la discussion compare les résultats observés à ceux d'autres auteurs. Ne jamais discuter les résultats des autres mais les confronter aux siens.

- **La dernière partie** insiste sur ce qu'apporte de nouveau l'étude et les perspectives qu'elle ouvre mais aussi ses limitations (*les résultats de notre étude suggèrent....*).
- Ne pas répéter ce qui a été dit dans l'introduction.
- Ne pas répéter mot-à-mot ce qui a été dit dans le chapitre résultats.
- Citer avec précisions les autres auteurs sans déformer leur travail.
- Ne pas dévaloriser son travail en le critiquant anormalement.
- Ne pas faire de triomphalisme.
- Ne pas sortir du cadre strict de l'étude.
- La longueur de la discussion doit être au maximum égale à la moitié de l'article.

REFERENCES

- Rangement très précis, page par page, avec l'intitulé définitif au fur et à mesure de la recherche bibliographique.
- Pas de nombre précis mais
 - article original environ 20 à 40
 - mise au point : environ 100
- Toute affirmation doit être justifiée par sa référence.
- Les lecteurs vérifient que vous n'avez pas oublié les références importantes
- Ne pas oublier les journaux de la spécialité.
- ☞ **Ne pas oublier les bon articles en langue Nationale**
- **Endnote !!!**

.

- Ne pas référencer :
 - Les revues didactiques non indexées.
 - Les résumés de congrès.
 - Les travaux non acceptés par une revue.
 - Les thèses.
 - Les communications personnelles.
 - En règle générale tout ce qui n'est pas facilement trouvable sur les principales banques de données.

Mode de présentation des références

1°/ Système Harward

- Dans le texte (Durant, 1990).
- Dans la liste des références, par ordre alphabétique en fonction du nom du premier auteur.

2°/ Système numérique

- Dans le texte (1 puis 2, 3, etc...) par ordre d'apparition
- Dans la liste des références l'ordre numérique.

3°/ Système numérique-alphabétique

- Dans la liste de références, apparition par ordre alphabétique, dans le texte apparition des numéros qui correspondent (4,18,24, etc...).

La plupart des journaux ont adopté le système numérique mais pas tous, vérifier ce point en fonction du jo

RELECTURE AVANT ENVOI A L'EDITEUR

Par *tous les signataires* :

1°/ *Résultats* : vérification un par un, vérification des totaux, et des chiffres

2°/ *Références* : vérification de la présence de chacune d'entre elles dans le texte et inversement dans la liste des références, vérification de l'orthographe des références et de leur présentation conforme à l'index médecins.

3°/ *Style* : avec le temps des verbes, la ponctuation, la suppression des mots inutiles.

4°/ *Vérification des figures et des tableaux.*

5°/ *Vérification de la présentation* : conforme à la revue par rapport aux recommandations aux auteurs.

6°/ *Lettre d'accompagnement* !!!! Reviewers à suggérer !!!

Le stade de l'éditeur

Les lecteurs (2 à 3)

- Font une lecture critique de l'article, (sur la forme et sur le fond) et aident la décision du rédacteur
- Sont choisis pour leur compétence sur le sujet
 - membres du comité de lecture de la revue
 - choix ponctuel du rédacteur (bibliographie)
 - choix des auteurs

Barrière du secrétariat et **politique rédactionnelle**

Article accepté, refusé....., accepté avec modifications

Réponse aux lecteurs (principes)

L'article est accepté sous réserve de votre réponse

Elle doit être structurée :

- 1) Commentaires des lecteurs (L1, L2, L3.....)
- 2) Votre réponse point par point
- 3) Les éventuelles modifications qui en résultent dans le texte

- A priori l 'arbitre a toujours raison

- Il connaît le sujet

- S'il n'a pas compris, c'est parce que vous avez mal expliqué

- Ne lui répondez pas qu'il a « tout faux » mais argumentez

votre position en apportant plus de précisions (la réponse peut être

Plus longue que la modification du texte)

Réponse à l'éditeur et aux lecteurs

A l'éditeur

- Nous vous remercions de nous avoir donné l'opportunité d'améliorer notre manuscrit
- Les suggestions des lecteurs nous ont été très utiles
- Ci jointes les réponses point par point à leurs commentaires

Aux lecteurs

- Nous sommes d'accord avec le lecteur.....le texte est modifié dans ce sens (page x.....)
- La phrase « » est en effet confuse et nous essayons de clarifier notre idée (page x.....)
- Nous pensons que le commentaire « » n'est pas justifié, il est précisé dans le manuscrit page x

REFERENCES UTILES

- Lecture critique et rédaction médicale scientifique (comment lire, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique : LR. Salmi, Elsevier 1998, 287 pages).
- How to write and publish papers in the medical science.
Huth, Edward J . ISI Press. Philadelphia, 1982
- La rédaction médicale : M.Uguier, H.Maisonneuve, B.Colle, Doin edit. 1990, 192 pages.
- Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals : International Committee of Medical Journal Editors. NEJM, 1997 ; 336 : 309-315.