

---

---

### Niveau de preuve et force des recommandations

Nous entendons tous parler de recommandations et de niveaux de preuve. A quoi cela correspond-il? Quelles sont les liaisons entre ces termes? Que devons nous exiger d'une recommandation qui nous est proposée?

Un article du British Medical Journal (1) nous apporte des clarifications à ce sujet. Les auteurs décrivent leur méthodologie pour l'élaboration de recommandations. C'est d'abord un groupe multidisciplinaire, ensuite une sélection bibliographique exhaustive (sans oublier les études négatives). Il s'agit alors d'apprécier la qualité des données de la littérature. C'est ici que se situe la recherche du niveau de preuve: les auteurs nous proposent leur classification, du niveau le meilleur au moins solide:

Niveau I: essais contrôlés randomisés, méta analyses.

Niveau II: études de cohorte, études cas-témoins

Niveau III: études non contrôlées, consensus.

A partir de ces données, sont établies par le groupe les recommandations, dont la "force" est hiérarchisée en trois niveaux, ou grade:

Grade A: basées sur des preuves de niveau I

Grade B: basées sur des preuves de niveau II ou extrapolées de preuve de niveau I

Grade C: basées sur des preuves de niveau III ou extrapolées de preuves de niveau I ou II.

Les auteurs insistent en conclusion sur le caractère révisable de ces recommandations et surtout sur leur nécessaire adaptation locale prenant en compte les préférences locales et les ressources. Cet article était accompagné de la publication de deux remarquables textes de recommandations (2 ,3) , établis à partir de cette méthodologie.

Nous devons nous habituer à la notion de niveau de preuve; les types de classifications sont variables selon les pays et les auteurs, mais la hiérarchie est toujours voisine, et la classification précisée dans les textes de bonne qualité, comme par exemple dans les recommandations de l'ANDEM (4) ou dans celles du guide canadien de médecine clinique préventive(5) . L'important est de nous rappeler que les études n'ont pas toutes la même puissance d'argumentation, et que ce qui est fondé sur une habitude thérapeutique, sur des arguments physiopathologiques, a moins de force que ce qui est basé sur une étude clinique comparative. On remarquera ainsi que les consensus sont le niveau le plus bas dans la hiérarchie (le consensus correspond à un accord professionnel, sans preuve au sens scientifique du terme). On notera aussi la notion d'extrapolation, qui correspond à un décalage entre les patients ayant fait l'objet de l'étude, et le type de patients auxquels est destinée la recommandation.

Mais il faut noter également, comme le rappellent les auteurs, que "les recommandations ne peuvent être appropriées pour toutes les circonstances, et que la décision à prendre doit être adaptée en fonction des ressources utilisables et des circonstances présentées par les patients individuels".

Cette notion d'adaptation à l'individu est essentielle et n'est pas en opposition avec celle de recommandation. Plus le niveau de preuve et la force de la recommandation sont élevés, plus il faudra chercher à les appliquer dans la décision individuelle; à l'inverse une recommandation de grade faible permettra de moduler plus facilement. Mais quelque soit la rigueur méthodologique, il ne peut s'agir de normes, mais simplement d'outils d'aide à une décision, qui doit en tout état de cause rester individuelle.

1 Eccles M., Clapp Z., Grimshaw J., Adams Ph. C., Higgins B., Purves I., Russel I.- North of England evidence based guidelines development project: methods of guidelin development. BMJ ; 1996; 312: 760-761

2 North of England asthma guideline development group. North of England evidence based guidelines development project: summary version of evidence based guideline for the primary care management of asthma in adults. BMJ; 1996; 312: 762-766

3 North of England stable angina guideline development group. North of England evidence based guidelines development project: summary version of evidence based guideline for the primary care management of stable angina. BMJ; 1996; 312:827-832

4 ANDEM. Recommandations et référnces médicales. 1996 Tome I et II

5 Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. Guide canadien de médecine clinique préventive. Santé Canada, 1994; 1135 p

*Numéro 24 du 20 juin 1996*

Ce journal faxé est diffusé exclusivement aux adhérents du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC..

Cette diffusion n'est possible que grâce à votre participation financière.