

## The 2011 Oxford CEBM Levels of Evidence: Introductory document

### Traduction française

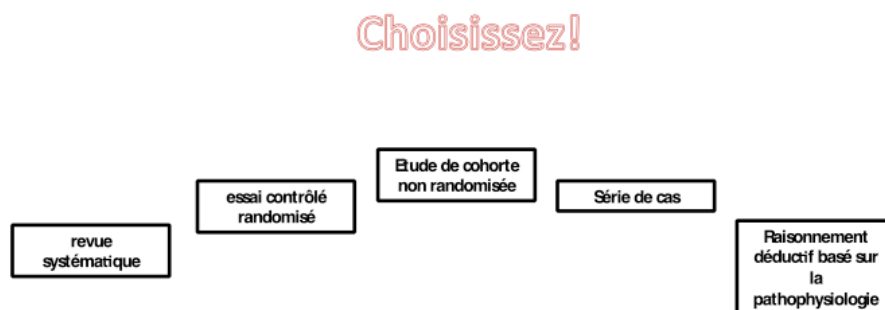
## Les niveaux de preuves du Centre d'Evidence-Based Medicine d'Oxford (version 2011) :

### Document introductif

Il est indispensable de lire ce qui suit avant d'utiliser la table des niveaux de preuves proposée par le *Centre for Evidence Based Medicine* d'Oxford (OCEBM), aucun système de classement des données probantes ni aucun outil de décision ne pouvant être utilisé sans une bonne dose de jugement et de réflexion.

#### Ce que le « 2011 OCEBM Levels of Evidence » est

1. Une hiérarchisation de ce que sont probablement les meilleures « preuves » disponibles.
2. Un outil facilitant la recherche des meilleures « preuves » disponibles et destiné à des cliniciens, des chercheurs et des patients. Afin d'illustrer nos propos, vous pourrez trouver utile l'analogie suivante (Figure 1). Imaginez que vous deviez prendre une décision en « temps réel » (quelques minutes ou quelques heures tout au plus) sur les bénéfices d'un traitement. Vous avez à votre disposition cinq boîtes qui contiennent chacune un type différent de « preuve » : quelle boîte ouvrirez-vous en premier lieu ? Dans la mesure où il a été démontré que les revues systématiques d'essais contrôlés randomisés fournissent les réponses les plus fiables concernant les bénéfices et les effets indésirables d'un traitement (1), vous commencez par chercher des revues systématiques d'essais contrôlés randomisés. Ne trouvant aucune « preuve » dans la boîte des revues systématiques, vous ouvrez celle des essais contrôlés randomisés individuels, et ainsi de suite en fonction des niveaux de preuves.



**Figure 1.** Si vous manquez de temps, par où commencerait votre recherche de données probantes ?

Vous pourriez être tenté de conduire votre propre revue systématique de toutes les « preuves » primaires. Mais, il est rare de disposer du temps nécessaire. Une recherche sur les bénéfices et les effets secondaires de nombreux aliments aboutit souvent à des milliers d'articles. Par exemple, une recherche dans PubMed sur les mots « atrial fibrillation AND warfarin » donne 2.715 références (voir Tableau 1). Vous n'aurez pas le temps de passer en revue toutes ces références, et encore moins de les évaluer et d'en faire la critique.

En l'absence de revue systématique, il est dès lors raisonnable de s'orienter vers le niveau de preuves suivant, à savoir un des sept essais randomisés.

**Tableau 1.** Résultats d'une recherche dans PubMed sur les termes « atrial fibrillation AND warfarin » : exemple de quelques filtres disponibles.

| Type         | Terme utilisé                   | Nombre d'articles |
|--------------|---------------------------------|-------------------|
| All articles | (no filter)                     | 2175              |
| RCT          | "random allocation" [MeSH]      | 7                 |
| Cohort       | "cohort studies" [MeSH]         | 366               |
| Case-control | "Case-Control Studies"[Mesh]    | 234               |
| Case report  | Case Reports [Publication Type] | 196               |

### 3. Une aide fournie par l'OCEBM aux cliniciens qui souhaitent conduire leur propre évaluation de la littérature scientifique.

Les ressources pré-évaluées telles que *Clinical Evidence*, *NHS Clinical Knowledge Summaries*, *Dynamed*, *Physicians' Information and Education Resource (PIER)*, and *UpToDate* peuvent être plus exhaustives, mais reposent sur la confiance dans l'autorité d'un expert.

## Ce que le « 2011 OCEBM Levels of Evidence » n'est pas

### 1. Il ne s'agit pas de dédaigner les revues systématiques.

Au contraire, les revues systématiques sont meilleures que les études individuelles pour évaluer la force d'une « preuve » (2, 3) et elles devraient être utilisées dans la mesure de leur disponibilité. Mais en leur absence, les cliniciens et les patients doivent recourir à des études individuelles. La seule exception concerne les questions de prévalence locale, pour lesquelles les études locales récentes constituent la source idéale d'information.

### 2. Les niveaux de preuves ne sont pas destinés à vous fournir un jugement définitif au sujet de la qualité d'une « preuve ».

Il existera inévitablement des cas où des « preuves de deuxième niveau » - par exemple, une étude d'observation rapportant un effet majeur - apporteront des données plus fiables que des études de niveau supérieur dans la table - par exemple, une revue systématique portant sur peu d'études et menant à des résultats peu concluants (voir le Document de référence).

### 3. Les niveaux de preuves ne vous fourniront pas des recommandations (4).

Même si les effets d'un traitement sont supportés par les meilleures « preuves », vous devez au moins considérer les questions suivantes avant de décider d'utiliser ce traitement (5, 6) :

#### a. Avez-vous de bonnes raisons de croire que votre patient ressemble suffisamment aux patients des études que vous avez examinées ?

Il est souvent utile de considérer la variance rapportée pour les effets d'un traitement : plus grande est la variance, plus grande est la préoccupation concernant le fait que le traitement pourrait ne pas être utile pour un individu.

#### b. Le traitement a-t-il des bénéfices cliniquement significatifs qui surpassent les effets indésirables ?

Il est important d'examiner quels résultats sont améliorés : une différence statistiquement

significative (par exemple, la pression artérielle systolique diminuant de 1 mmHG) pourrait être non pertinente sur le plan clinique. De plus, les bénéfices doivent l'emporter sur les effets indésirables. Les prises de décision devront tenir compte des circonstances et des jugements de valeur du patient avec lequel il est essentiel de discuter de tous les aspects de l'intervention (voir le point (d) ci-dessous) (7).

**c. Un autre traitement est-il meilleur ?**

Une autre thérapie pourrait être meilleure si l'on compare les effets indésirables aux bénéfices souhaités, ou une autre thérapie pourrait simplement avoir un profil différent de bénéfice/effet indésirable (mais être perçue comme plus favorable par certaines personnes).

Par exemple, une revue systématique pourrait suggérer que la chirurgie est le meilleur traitement des douleurs lombaires. Mais si la kinésithérapie apparaît comme une alternative efficace, le patient pourrait, en première intention, la préférer à une intervention chirurgicale qui présente des risques.

**d. Les valeurs et les préférences du patient sont-elles compatibles avec le traitement ? (8, 9).**

Si les convictions religieuses d'un patient l'empêchent d'accepter des transfusions sanguines, une information concernant les bénéfices et les effets indésirables de l'intervention sera sans intérêt pour lui. De telles décisions influencent la pratique médicale. Un autre exemple : en oncologie prostatique, il est courant que les doses de radiothérapie soient choisies en tenant compte des préférences des patients (10).

4. **Les niveaux de preuves ne vous diront pas si vous avez posé la bonne question.** Si vous interprétez une méningite comme une simple grippe, consulter la table des niveaux de preuves pour trouver le meilleur traitement contre la grippe ne vous aidera pas.

**Différences entre la table 2011 de l'OCEBM et les autres systèmes de hiérarchisation des preuves**

Les différents systèmes de classement des preuves (11-14) sont conçus pour répondre à différentes questions (5). La table 2011 de l'OCEBM est une amélioration de la version antérieure dans la mesure où sa structure est calquée sur le processus de décision clinique ; de plus, elle est simplifiée (avec un minimum de notes en bas de page) et complétée d'un vaste glossaire.

Contrairement au système GRADE, la table 2011 de l'OCEBM ne vise pas explicitement la rédaction de recommandations définitives, et elle peut être utilisée même si il n'y a pas de revue systématique disponible.

**Comment citer ce document d'introduction ?**

Howick J, Chalmers I, Glasziou P, Greenhalgh T, Heneghan C, Liberati A, Moschetti I, Phillips B, Thornton H. *The 2011 Oxford CEBM Levels of Evidence (Introductory Document)*. Trans Durieux N, Pasleau F, Howick J. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>

**Liste de référence**

1. Lacchetti C, Ioannidis JP, Guyatt G. Surprising results of randomized, controlled trials. In: Guyatt G, Rennie D, editors. *The Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*. Chicago, IL: AMA Publications; 2002.
2. Chalmers I. The lethal consequences of failing to make full use of all relevant evidence about the effects of medical treatments: the importance of systematic reviews. In: Rothwell PM, editor. *Treating individuals: from randomised trials to personalized medicine*. London: The Lancet; 2007.
3. Lane S, Deeks J, Chalmers I, Higgins JP, Ross N, Thornton H. Systematic Reviews. In: Science SA, editor. London 2001.
4. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008 May 10;336(7652):1049-51.

5. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008 Apr 26;336(7650):924-6.
6. Hume D, Norton DF, Norton MJ. *A treatise of human nature*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
7. Hewlett SA. Patients and clinicians have different perspectives on outcomes in arthritis. *J Rheumatol*. 2003 Apr;30(4):877-9.
8. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP J Club*. 2002 Mar-Apr;136(2):A11-4.
9. Howick J. *The Philosophy of Evidence-Based Medicine*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
10. van Tol-Geerdink JJ, Stalmeier PF, van Lin EN, Schimmel EC, Huizenga H, van Daal WA, et al. Do patients with localized prostate cancer treatment really want more aggressive treatment? *J Clin Oncol*. 2006 Oct 1;24(28):4581-6.
11. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. *Can Med Assoc J*. 1979;121:1193-254.
12. Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest*. 1986 Feb;89(2 Suppl):2S-3S.
13. Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest*. 1989 Feb;95(2 Suppl):2S-4S.
14. Cook DJ, Guyatt GH, Laupacis A, Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest*. 1992 Oct;102(4 Suppl):305S-11S.