Peut-on se fier aux niveaux de preuve pour prendre des décisions?

Les opinions exprimées dans cet éditorial sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles de l'Association médicale canadienne ou ses filiales.

Tout le monde aimerait pouvoir se fier à un classement réellement objectif pour établir la pertinence des articles publiés dans la littérature médicale. Le milieu scientifique en est venu à adopter les systèmes de classement, un peu comme les cinéphiles se fient au nombre d'étoiles attribuées par les critiques de cinéma. Et des paramètres d'évaluation tels que l'indice h, le facteur d'impact et autres jouent un rôle de plus en plus important dans la promotion des carrières universitaires; mais notre capacité de juger de la qualité des articles, comme nous le faisons pour les auteurs, laisse à désirer.

En théorie, les niveaux de preuve utilisés pour noter les articles devraient permettre au lecteur de vérifier rapidement leur pertinence par rapport à un éventail global de données probantes. Du niveau 1 (méta-analyse) au niveau 5 (article d'opinion), les articles se situent sur une échelle claire qui en détermine l'importance par rapport à un corpus. Dans cette pyramide, les niveaux de preuves placent les méta-analyses, les revues systématiques et les essais randomisés et contrôlés (ERC) au sommet, tandis que les études de cas-témoins, les rapports de cas et les lettres d'opinion occupent une place plus modeste. Les méthodes de classement sont conçues pour donner plus de poids aux échelons du haut.

Le problème soulevé par un tel système est que les méta-analyses et les revues systématiques dépendent fortement de la présence d'ERC volumineux et rigoureux parmi les sources consultées. Or, nous savons que ces essais sont rares. Il est alors facile de présumer qu'avec des données de mauvaise qualité au départ, on arrive à des conclusions erronées (*garbage in, garbage out*). Les méta-analyses qui combinent des ERC mal conçus mais néanmoins publiés donnent lieu à des conclusions étranges. C'est la raison pour laquelle les revues Cochrane ont si peu de sujets de revue positifs. Cela explique aussi pourquoi certaines revues positives ne sont pas concluantes en raison du poids disproportionné d'une ou deux études mal construites. Ce problème donne l'impression que du point de vue de la littérature, ce sont les études de cohorte prospectives qui pourraient être les plus utiles et les plus pertinentes pour éclairer nos décisions médicales, en attendant la réalisation et la publication d'ERC convenables fondés sur des données prospectives. Ajoutons

que les études de cohorte prospectives sont plus faciles à réaliser que les ERC et les patients sont plus susceptibles d'y participer parce que les études prospectives sont des études d'observation et que la décision quant à une intervention est laissée au chirurgien traitant plutôt qu'à un générateur aléatoire. Les volumineuses cohortes maintenant disponibles, de même que les études prospectives inclusives, permettraient l'évaluation des paramètres centrés sur les patients.

Mais au Canada, il y a une autre pierre d'achoppement : l'absence de données pertinentes dans certains domaines. Par exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé a cessé de faire le suivi des cas de traumatologie, en dépit du fait qu'il s'agit de la première cause de décès chez les individus de moins de 45 ans. Cela nuit aux possibilités de procéder à des recherches nouvelles et intéressantes sur une cohorte de polytraumatisés, un exercice qui serait pourtant profitable au Canada entier. Si des bases de données existaient pour qu'on puisse inclure tous les patients et les paramètres pertinents, nous serions plus en mesure de déterminer quels sont les domaines de recherche importants pour l'avenir.

Il est difficile de créer une pyramide de niveaux de preuves pour rectifier l'absence de données pertinentes et d'ERC méthodologiquement rigoureux. La pyramide pourrait être plus facile à constituer dans d'autres spécialités, mais on continue de manquer d'ERC adéquats pour en assurer la pertinence. Nous devons interpréter la littérature avec prudence, surtout quand des taux de fiabilité élevés sont assignés à des méta-analyses et des revues systématiques. La pyramide n'est pas réellement une pyramide, du moins pas en 2020.

Edward Harvey, MD

Corédacteur en chef, *Journal canadien de chirurgie*

Intérêts concurrents : E.J. Harvey est médecin chef chez Greybox Solutions; il est cofondateur et directeur de l'innovation médicale de NXTSens Inc, cofondateur et médecin chef de MY01 Inc. et cofondateur et directeur de Strathera Inc. Il bénéficie du soutien institutionnel de J & J, DePuy Synthes, Stryker et Zimmer, et il fait partie du conseil d'administration de l'Orthopedic Trauma Association et de l'Association canadienne d'orthopédie.

DOI: 10.1503/cjs.002520