# Médecine fondée sur les faits

La **médecine fondée sur les faits** (ou **médecine fondée sur les données probantes** ; voir les autres synonymes) se définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient, [...] une pratique d'intégration de chaque expertise clinique aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques »[1,2,3]. On utilise plus couramment le terme anglais **Evidence-Based Medicine** (**EBM**), et parfois les termes **médecine fondée sur les preuves** ou **médecine factuelle**. Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés en double aveugle, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites.

D'abord développée comme un ensemble de techniques pédagogiques de lecture et d'évaluation de la qualité scientifique de la littérature médicale aujourd'hui pléthorique, « l'EBM est maintenant utilisée par des gestionnaires, des cliniciens, et ce, pour des objectifs aussi divers que le renouvellement de la pédagogie médicale, l'aide au jugement clinique ou encore comme justification de programmes de rationalisation des ressources financières et matérielles dans l'organisation des soins »[4].

**Médecine fondée sur les preuves**

**Classification et ressources externes**

| | |
|---|---|
| **Codes-Q (https://www.hetop.eu/hetop/Q?la=fr&rr=CGP_CO_Q&tab=1)** | QT31 (https://www.hetop.eu/hetop/Q/fr/?q=QT31) |
| **MeSH** | D019317 (https://www.nlm.nih.gov/cgi/mesh/2012/MB_cgi?field=uid&term=D019317) |

Mise en garde médicale

## Sommaire

**Problème de traduction**
**Paradigme**
**Processus**
**Niveau de preuve en médecine factuelle**
- Gradation des recommandations
- Niveau de preuve : type de données utilisées dans les recommandations
- Niveaux de preuve fournis par la littérature (études thérapeutiques)

**Extension de l'EBM**
**Objections à l'EBM**
- EBM et Éthique médicale
- Critiques méthodologiques et d'évaluation

**Notes et références**
**Voir aussi**
- Bibliographie
- Articles connexes
- Liens externes

## Problème de traduction

Le terme « *Evidence-Based Medicine* » a été inventé dans les années 1980 au Canada par Gordon Guyatt[3], à la Faculté de médecine McMaster, pour désigner cette pratique que les cliniciens avaient développée depuis plus d'une dizaine d'années.

*Evidence* peut se traduire par *données probantes* (au pluriel). « Evidence » peut également se traduire par *preuves* (au pluriel), ce qui est *probant*, c'est-à-dire ce qui fonde l'expertise du clinicien (Voir Paradigme, *infra*) en conjonction avec la recherche clinique dite « externe », et non pas, comme on le croit fréquemment, les seules *données probantes* issues des recherches cliniques extérieures à l'expérience et au jugement spécifiques du médecin[5] : « Sans l'expertise clinique, la pratique risque de tomber sous la tyrannie de la preuve, puisque même les plus excellentes preuves externes peuvent être inapplicables ou inappropriées au patient [spécifique dont nous avons la charge] »[6]. En d'autres termes, pour que les données soient probantes, elles doivent être évaluées tant de l'intérieur que de l'extérieur de la dyade patient-médecin. « Evidence » renvoie à ces deux impératifs[7].

**Traductions d'*evidence-based medicine***
Médecine fondée sur des données probantes ;
Médecine fondée sur le niveau de preuve ;
Médecine fondée sur des données admises ;
Médecine fondée sur des données probantes ;
Médecine fondée sur des éléments probants ;
Médecine fondée sur des faits ;
Médecine fondée sur les faits ;
Médecine fondée sur des faits prouvés ;
Médecine fondée sur des preuves ;
Médecine fondée sur la preuve ;
Médecine fondée sur le niveau de preuve ;
Médecine fondée sur l'expérience clinique.

Le problème réside dans le fait que la médecine englobe bien plus que la science, et la médecine EBM n'y fait pas exception ; notamment, elle se *fonde* implicitement sur les quatre piliers de l'éthique médicale, comme le souligne Joseph Watine, un médecin français qui a analysé les domaines des guides de pratique clinique et de l'EBM[3]. Selon Watine, il est devenu impératif de normaliser la terminologie, en français comme dans les autres langues.

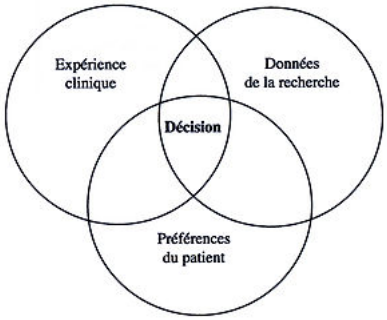
Les débats qui se poursuivent dans la communauté anglophone sur ce qu'est et ce que devrait être l'EBM, ce qu'on dit qu'elle est et ce qu'elle est réellement, donnent à penser que le terme pose lui-même problème. Voir Les objections à l'EBM, *infra*.

## Paradigme

Selon ses fondateurs, David Sackett (en), William Rosenberg,Muir Gray (en), Brian Haynes et Scott Richardson, la médecine fondée sur les faits conjugue[5] :

- **L'expertise du clinicien**. « Par expertise clinique individuelle, nous entendons la compétence et le jugement que chaque clinicien acquiert par l'expérience et la pratique cliniques. L'expertise se manifeste de plusieurs manières, mais surtout par des diagnostics efficaces »[8].

- **Le patient**. « ainsi que par la prise en compte — avec compassion — des droits, des préférences et de l'épreuve vécue par le patient dans les décisions concernant son traitement. »
- **Les meilleures données cliniques externes.** « Par meilleures données cliniques externes, nous entendons les recherches pertinentes sur un plan clinique, souvent issues de la recherche médicale fondamentale, mais surtout des recherches cliniques sur les tests diagnostiques centrés sur le patient (y compris les examens cliniques) les plus exacts et précis, sur la puissance des marqueurs pronostiques, et enfin sur l'efficacité et l'innocuité des schémas thérapeutiques, de réadaptation et de prévention[9]. »




## Processus

Le processus de l'EBM passe par les étapes suivantes :

1. La formulation d'une question clinique claire et précise à partir d'un problème clinique posé
2. La recherche dans la littérature d'articles cliniques pertinents et appropriés sur le problème
3. L'évaluation critique de la validité et de l'utilité des résultats trouvés (« niveau de preuve »)
4. La mise en application des résultats de l'évaluation dans la pratique clinique pour une prise en charge personnalisée de chaque patient.

Connexion EBM - EPP :

1. Évaluation de la Pratique Professionnelle : Évaluer les conséquences afin d'améliorer son expérience clinique.

## Niveau de preuve en médecine factuelle

Les données de la recherche apportent des preuves scientifiques (donc *datées*) en considérant les résultats statistiques des essais cliniques. L'outil de production de cette connaissance qui a la faveur des chercheurs est l'essai clinique randomisé (ECR).

### Gradation des recommandations

**Gradation des recommandations**

| Échelle | Définition |
|---|---|
| A | Données disponibles justifiant une recommandation de niveau élevé |
| B | Données disponibles justifiant une recommandation de niveau intermédiaire |
| C | Données disponibles insuffisantes pour justifier une recommandation |

### Niveau de preuve : type de données utilisées dans les recommandations

- a = Données publiées dans un journal scientifique avec comité de lecture
- b = Données présentées dans un congrès scientifique avec comité de sélection, et disponible sous forme de résumé.

**Niveau de preuve selon le type de données**

| Échelle | Définition |
|---|---|
| **I a, b** | Au moins 1 essai clinique randomisé - méta-analyses d'essais randomisés |
| **II a, b** | Essais cliniques non randomisés - Cohortes ou études cas-contrôle - Méta-analyse de cohortes ou d'études cas-contrôle |
| **III** | Analyse d'experts sur la base d'autres données disponibles |

### Niveaux de preuve fournis par la littérature (études thérapeutiques)

**Niveaux de preuve scientifique et grades des recommandations (Haute Autorité de santé)**

| Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature | Grade des recommandations |
|---|---|
| **Niveau 1 (NP1)** Essais comparatifs randomisés de forte puissance (effectifs suffisants) - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision fondée sur des études bien menées | Preuve scientifique établie A (**Prouvé**) |
| **Niveau 2 (NP2)** Essais comparatifs randomisés de faible puissance (effectifs insuffisants) - Études comparatives non randomisées bien menées - Études de cohortes | Présomption scientifique B (**Probable**) |
| **Niveau 3 (NP3)** Études de cas-témoins | Faible niveau de preuve C (**Accepté**) |
| **Niveau 4 (NP4)** Études comparatives comportant des biais importants - Études rétrospectives - Séries de cas - Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) | Faible niveau de preuve C (**Accepté**) |
| **En l'absence d'études** | Les **recommandations** sont fondées sur un **accord professionnel** |

## Extension de l'EBM

La démarche de l'EBM a été étendue à d'autres domaines afin d'aider les décisions politiques dans le but de rationaliser les aides publiques et aux publics : c'est l'*evidence-based policy* **(en)**, qui est « de plus en plus évoquée dans les politiques de lutte contre la pauvreté, mais aussi dans les domaines de la justice ou de l'éducation et plus généralement du développement »[10].

L'*evidence-based practice* est également une extension de l'EBM aux professions paramédicales et aux domaines éducatifs.

En France, l'*evidence-based* est promue par exemple en pédagogie par Franck Ramus[11] et en économie par Pierre Cahuc et André Zylberberg[12]. Le spécialiste du droit et ministre de l'éducation nationale Jean-Michel Blanquer s'appuie sur la démarche fondée sur les faits afin de légitimer la réforme du gouvernement d'Édouard Philippe sur l'éducation[13]. Cette démarche inspirant Jean-Michel Blanquer a aussi influencé les décisions sous la présidence de Nicolas Sarkozy dans le cadre de la prévention contre la délinquance. Ce qui a conduit à la création d'une évaluation des comportements à risque dès la maternelle[14].

## Objections à l'EBM

Pour être bien comprise, l'EBM doit être vue comme une des transformations de la médecine occidentale. Le projet initial a été repris par des influences plus profondes [pas clair] pour l'inscrire dans une perspective pratique plus vaste [Laquelle ?]. Le débat sur sa pertinence est polémique.

Lorsque les fondateurs de l'EBM développent la démarche en médecine humaine, l'initiative soulève dans la communauté scientifique un certain nombre d'objections :

- Au nom de ce que la médecine est un art autant qu'une science, les principes de l'EBM présentée comme paradigme dominant, sont énergiquement combattus[15].
- Les pionniers de l'EMB sont des chercheurs qui s'approprient les outils du médecin. Censée réduire la part de subjectivité dans la décision médicale, elle entraîne diverses déviances (telles que l'application mécanique des recommandations issues des études de l'EBM) et entrave la liberté intellectuelle du médecin[16].
- L'EBM vise surtout à diminuer les budgets alloués aux soins de santé[16].
- L'approche factuelle de la maladie et de la thérapeutique s'appuie sur des modèles statistiques où la maladie n'est plus envisagée du point de vue de l'individu (du sujet), mais du point de vue de la population (du groupe)[17].
- Il existe une absence d'études et de données scientifiques pour un certain nombre d'actes cliniques qui ne seront jamais évalués en utilisant l'approche EBM ou des études non représentatives de malades auxquelles elles prétendent s'appliquer. Il existe des *zones grises* dans la pratique clinique[18].
- Il existe des problèmes à résoudre en médecine de « premier contact » (notamment en médecine générale) le plus souvent liés à plusieurs pathologies, où se mêlent des dimensions sociales, culturelles, familiales, sanitaires. Le généraliste doit également interpréter un mode individualisé de présentation de la maladie plutôt que de reconnaître un tableau clinique classique. « C'est le plus souvent dans l'urgence que le médecin doit décider. C'est toujours avec des individus qu'il a à faire »[19].
- La constatation de l'existence de ce fossé entre les recommandations et la réalité oblige à reconsidérer la place du facteur humain dans la pratique médicale. Ce phénomène est décrit comme l'inertie clinique qui est définie par la non application par les praticiens des recommandations et des bonnes pratiques bien qu'ils les connaissent. Ce fossé résulte d'une divergence entre deux logiques lorsqu'il s'agit pour le médecin de mettre en œuvre dans "la vraie vie", c'est-à-dire dans le contexte à chaque fois unique du patient qu'il a en face de lui, cette nouvelle manière de faire la médecine : d'une part la logique objective, essentiellement statistique, des grands essais cliniques, d'autre part, la sienne propre, subjective et fondée sur l'humain décrite ici sous le nom de raison médicale. Pour cet auteur ces deux logiques peuvent être cependant réconciliées en pratiquant une médecine dans laquelle le modèle thérapeutique est réellement centré sur la personne, ce mot s'appliquant à la fois au patient et au médecin qui le soigne.
- En France, si l'EBM est globalement bien acceptée dans le cadre de l'évaluation des médicaments, elle l'est beaucoup moins pour ce qui est de l'évaluation des pratiques en psychologie et en psychiatrie[20]. Néanmoins certains professionnels (soutenus par des associations de patients) argumentent que c'est un particularisme français, et que la généralisation de l'EBM à la psychologie et la psychiatrie est possible et souhaitable[21].

### EBM et Éthique médicale

- Une médecine fondée sur les « données probantes » fait la promotion d'une catégorie de données au détriment des « données contextuelles ». Les données contextuelles sont propres au cas : elles englobent les aspects socioculturels, émotifs, psychosociaux, institutionnels, socio-économiques et ne sont pas propres au patient seulement. Le médecin, les institutions de soins portent des valeurs qui influencent la décision médicale au même titre que les données scientifiques. Les essais cliniques randomisés (ECR), l'outil méthodologique principal de l'EBM, sont insensibles aux données contextuelles se rapportant à l'individualité des patients.
- La diffusion des données probantes à des fins cliniques a un outil privilégié : la recommandation (de pratique clinique : RPC, ou de bonne pratique : RBP). La dissémination de l'information scientifique doit toujours être accompagnée par des réserves dues au statut provisoire de toute connaissance produite par la science.
- L'EBM pourrait perturber le jugement clinique, dans la mesure où la recherche de données probantes remplace la capacité de jugement du médecin et produit comme résultat des protocoles d'action clinique qui enlèvent potentiellement toute initiative aux médecins et au personnel soignant.
- Le praticien a une charge considérable dans la médecine fondée sur le niveau de preuve. C'est à lui d'intégrer les preuves à son expertise et de prendre en compte les choix du patient. Les recommandations peuvent être perçues comme des limites à l'autonomie et la liberté des praticiens qui peuvent être désorientés. Les preuves utiles et adaptées manquent souvent[22]. Plus encore, la décision la plus fondée peut s'avérer ne pas être éthiquement acceptable ou contraire à l'intérêt du patient[23].

### Critiques méthodologiques et d'évaluation

Cette démarche par les faits est une démarche empirique — contrôlée sans « expérience naturelle »[24] — usant de la méthode expérimentale.

Or, selon les critiques de l'EB, cette démarche est limitée d'un point de vue épistémologique et méthodologique, d'un point de vue pratique et théorique. Les démarches par les faits peuvent être ainsi considérées comme du techno-scientisme voir « la misère du scientisme »[24]. D'ailleurs, en médecine aux États-Unis et au Canada, il existe la promotion de la *science based* afin d'étendre la sphère d'action et ainsi de prendre en compte ce qui est négligé par l'*evidence-based medecine*[25,26]. Or, en France ces débats ne sont pas médiatisés.

## Notes et références

1. (en) Sackett DL & al., « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », *BMJ*, vol. 312, nº 7023, janvier 1996, p. 71–2 (PMID 8555924 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8555924), PMCID 2349778 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/2349778), lire en ligne (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/?tool=pubmed)) « the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of EBM means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research ».
2. (en) Davidoff F, Haynes RB, Sackett DL, Smith R. *Evidence-based medicine*. British Medical Journal 1995;310:1085-6.
3. (en) Watine J, « Translations of the "Evidence-Based Medicine" concept in different languages: is it time for international standardisation? », *Clin. Chem. Lab. Med.*, vol. 48, nº 9, septembre 2010, p. 1227–8 (PMID 20618091 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618091), DOI 10.1515/CCLM.2010.266 (https://dx.doi.org/10.1515/CCLM.2010.266)).
4. Guy Jobin - Inserm (2002).
5. (en) Sackett DL & al., « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », *BMJ*, vol. 312, nº 7023, janvier 1996, p. 71–2 (PMID 8555924 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8555924), PMCID 2349778 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/2349778), lire en ligne (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/?tool=pubmed))
6. « Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannised by evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient. »
7. Noter qu'« evidence-based medicine » ne peut pas se traduire par "Médecine **basée** sur les preuves" (en français cet anglicisme est rejeté par l'Académie Fonder et baser (http://www.langue-fr.net/spip.php?article68), *langue-fr.net*). Certains cliniciens préfèrent le terme « médecine **fondée** sur le *niveau* de preuve ».
8. « By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice. Increased expertise is reflected in many ways, but especially in more effective and efficient diagnosis and in the more thoughtful identification and compassionate use of individual patients' predicaments, rights, and preferences »
9. « By best available external clinical evidence we mean clinically relevant research, often from the basic sciences of medicine, but especially from patient centred clinical research into the accuracy and precision of diagnostic tests (including the clinical examination), the power of prognostic markers, and the efficacy and safety of therapeutic, rehabilitative, and preventive regimens. External clinical evidence both invalidates previously accepted diagnostic tests and treatments and replaces them with new ones that are more powerful, more accurate, more efficacious, and safer. »
10. Laurent Catherine, Baudry Jacques, Berriet-Solliec Marielle *et al.*, « Pourquoi s'intéresser à la notion d' « evidence-based policy » ? », *Tiers Monde*, nº 200, avril 2009, p. 853-873 (DOI 10.3917/rtm.200.0853 (https://dx.doi.org/10.3917/rtm.200.0853), lire en ligne (https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2009-4-page-853.htm)).
11. Franck Ramus, Vers une éducation fondée sur des preuves (http://www.scilogs.fr/ramus-meninges/vers-education-fondee-preuves/), Ramus méninge, 3/11/2016 (actualisé le 22 juin 2018)
12. Pierre Cahuc et André Zylberberg, Le Négationnisme économique, et comment s'en débarrasser, Flammarion, 2016
13. Mattea Battaglia, Comment Jean-Michel Blanquer travaille et s'entoure pour repenser l'école (https://www.lemonde.fr/education/article/2018/01/15/jean-michel-blanquer-favorise-un-mode-de-gouvernance-qui-valorise-les-experts_5241814_1473685.html), Lemonde.fr, le 15.01.2018 (en .pdf (http://paternet.fr/wp-content/uploads/pdf/2018/01/20180116-le-monde-22709-01-12-13.pdf))
14. Marie-Estelle Pech, Des évaluations programmées en maternelle suscitent l'émoi (http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2011/10/12/01016-20111012ARTFIG00647-des-evaluations-programmees-en-maternelle-sucitent-l-emoi.php), LeFigaro.fr, le 12/10/2011
15. P. Even, B. Guiraud-Chaumeil, « Confrontation avec le système de santé américain » In *Les hôpitaux universitaires de l'an 2000*. Paris : Prévat ed., 1996 : 239
16. (en) D. Grahame-Smith, « Evidence based medicine: Socratic dissent », *British Medical Journal*, vol. 310, nº 6987, 1995, p. 1126–1127 (DOI 10.1136/bmj.310.6987.1126 (https://dx.doi.org/10.1136/bmj.310.6)).
17. Dominique Lecourt: *Dictionnaire de la pensée médicale*, sous la direction de D. Lecourt (2004 réed. PUF/Quadrige, Paris, 2004) (ISBN 2-13-053960-2).
18. (en) Naylor CD. *Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine*. Lancet. 1995;345:840-2.
19. Canguilhem G., *Thérapeutique, expérimentation, responsabilité*, 2002,p.389
20. Jean-Michel Thurin, « Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles : une nouvelle génération des recherches en psychothérapies. » *Bulletin de psychologie* 2006/6 (Numéro 486), p. 575-584 texte intégral (http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/ArticlesAccesLibre/articlesJMT/ArguBiblioChambery.rtf), lien DOI (https://dx.doi.org/10.3917/bupsy.486.0575).
21. Par exemple le KOllectif du 7 janvier (http://kollectifdu7janvier.org/le-manifeste) ou le Collectif des bonnes pratiques en psychiatrie et des professions associées (http://bonnespratiquesenpsychiatrie.blogspot.fr/). Voir aussi le Colloque « La psychiatrie et la psychologie fondées sur des preuves » (http://cognition.ens.fr/colloquepsy.html).
22. (en) Culpepper L., Gilbert T., *Evidence and ethics*, 1999, p. 830
23. Savard G., *Enjeux et limites de la médecine factuelle (Evidence-based medicine)*, 2003, Faculté de médecine de Necker, Université Paris V.
24. Benjamin Coriat, Thomas Coutrot, Anne Eydoux, Agnès Labrousse et André Orléan, *Misère du scientisme en économie*, édition du Croquant, 2015.
25. (en) Paul Ingraham, « 'Science'-Based Medicine Versus 'Evidence'-Based » (https://www.painscience.com/articles/ebm-vs-sbm.php), *www.PainScience.com*, 2009 (consulté le 27 octobre 2018)
26. (en) « About SBM - Exploring issues and controversies in the relationship between science and medicine », *Science-Based Medicine*, 25 avril 2011 (lire en ligne (https://sciencebasedmedicine.org/about-science-based-medicine/), consulté le 27 octobre 2018)


## Voir aussi

### Bibliographie


- Sharon E. Straus, W. Scott Richardson, Paul Glasziou, R. Brian Haynes, *Médecine fondée sur les faits. Evidence-based medicine*, Elsevier, Collection Médecine en poche, en français, (ISBN 978-2-84299-773-1), 304 pages, (1re édition) 2007 (février) (livre + CD-ROM)
- Suite d'articles dans la revue *Médecine* par S. Taïeb, P. Vennin, P. Carpentier :
  - EBM et choix du patient : (1) Décider sur « quelle evidence » ? (http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/12/AA/article.md)
  - EBM et choix du patient : (2) EBM et pratiques médicales (http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/13/97/article.md)
  - EBM et choix du patient : (3) Avec quelle information ? (http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/14/8F/article.md)
  - EBM et choix du patient : (4) Pour quelle décision ? (http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/15/B1/article.md)
  - EBM et choix du patient : (5) Evidence-based medicine : la valeur de l'incertitude (http://www.jle.com/fr/revues/medecine/med/e-docs/00/04/16/9A/article.md)
- (en) *GIDEON (Global Infectious Diseases and EpidemiOlogy Network)* Emerging Infectious Diseases, Center for Disease Control, 2003
- Bruno Falissard. « Le sujet statistique de l'EBM ressemble-t-il à mon patient psychiatrique ? ». in , Abel Guillen (2017), *Essai d'épistémologie pour la psychiatrie de demain*. Erès — Présentation en ligne : Que faire du « bric-à-brac » de la psychiatrie ? (https://www.h

umanite.fr/que-faire-du-bric-brac-de-la-psychiatrie-637417), L'Humanité, jeudi A5 juin 2017. —.

- Laurent Catherine, Baudry Jacques, Berriet-Solliec Marielle et al., « Pourquoi s'intéresser à la notion d' « evidence-based policy (en) » ? », *Revue Tiers Monde*, 2009/4 (n° 200), p. 853-873. DOI : 10.3917/rtm.200.0853. [lire en ligne (https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2009-4-page-853.htm)]

## Articles connexes

- Effet placebo
- Essai clinique
- Étude randomisée en double aveugle
- Évaluation des pratiques professionnelles
- Méthode PICO
- Placebo (pharmacologie)
- Pratique fondée sur les preuves

## Liens externes

- Ressources relatives à la santé : (en) Medical Subject Headings (https://meshb.nlm.nih.gov/record/ui?ui=D019317) · (cs + sk) WikiSkripta (https://www.wikiskripta.eu/index.php?curid=22539)
- Liens EBM (http://www.chu-rouen.fr/ssf/profes/evidencebasedmedicine.html) sur *www.chu-rouen.fr*
- Le site officiel de l'EBM (http://www.ebm-journal.presse.fr/) sur *www.ebm-journal.presse.fr*
- EBM (http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/pharmaco/EBM.htm), Dr Oussama Zékri, Laboratoire de Pharmacologie Expérimentale et Clinique, 1998
- « EsPeR » (http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper)(Archive.org (https://web.archive.org/web/*/http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper) • Wikiwix (https://archive.wikiwix.com/cache/?url=http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper) • Archive.is (https://archive.is/http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper) • Google (https://webcache.googleusercontent.com/search?hl=fr&q=cache:http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper) • Que faire ?) (consulté le 30 mars 2013) Estimation Personnalisée des Risques : Outil à destination des médecins généralistes (développé par l'INSERM)

Ce document provient de « https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Médecine_fondée_sur_les_faits&oldid=187000122 ».