



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

BILANS ET TECHNIQUES DE REEDUCATION PERINEO-SPHINCTERIEUNE POUR LE TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE URINAIRE CHEZ LA FEMME A L'EXCLUSION DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

FEVRIER 2000

Service des recommandations et références professionnelles

COMITE D'ORGANISATION

Pr Philippe BALLANGER, urologue,
BORDEAUX
M. Christian CAPDEPON, kinésithérapeute,
FEURS
Mme Dominique TRINH DINH, sage-femme,
COLMAR
Mme Evelyne MOTHE, sage-femme, PARIS
Dr Gilberte ROBAIN, médecine physique et
réadaptation, IVRY-SUR-SEINE
Mme Sylvaine AUBIN, sage-femme, CAEN

M. André MAMBERTI-DIAS,
kinésithérapeute, MARSEILLE
Pr Bernard JACQUETIN, gynécologue
obstétricien, CLERMONT-FERRAND
M. Guy VALANCOGNE, kinésithérapeute,
LYON
Dr Michel PERRIGOT, médecine physique et
réadaptation, PARIS

GROUPE DE TRAVAIL

Pr Jean-Marie BUZELIN, urologue, président,
NANTES
M. Henri PORTERO, kinésithérapeute, chargé de
projet, LES SABLES-D'OLONNES
Dr Gérard AMARENCO, médecine physique et
réadaptation, PARIS
Dr Marie-Ange BLANCHON, gériatre, SAINT-
ÉTIENNE
Pr Pierre COSTA, urologue, NÎMES
Mme Marie-Pascale DESPREZ, sage-femme, CAEN
M. Patrick DEVILLERS, kinésithérapeute,
ROUBAIX
Dr Alain DREVAL, gynécologue obstétricien,
STRASBOURG
Mme Anne-Marie GIRARDOT, sage-femme,
VALENCIENNES

Dr Philippe GODEBERGE, gastro-entérologue,
proctologue, PARIS
M. Dominique GROSSE, kinésithérapeute,
MULHOUSE
Dr Françoise HUEZ-ROBERT, médecin
généraliste, CHAMBRAY-LÈS-TOURS
Dr Jean-Pierre JACQUET, médecin généraliste,
SAINT-JEAN-D'ARVEY
Dr Jean-Jacques LABAT, médecine physique et
réadaptation, NANTES
Pr Georges MELLIER, gynécologue
obstétricien, LYON
Dr Jack MOUCHEL, gynécologue obstétricien,
LE MANS

GROUPE DE LECTURE

Pr Xavier BARTH, chirurgien, LYON
Dr Philippe BAUGEOT, gynécologue, VILLENEUVE-
D'ASCQ
Mme Sophie BERLAMONT, kinésithérapeute,
MONTPELLIER
Dr Patrick BERTRAND, urologue, ROUBAIX
M. Alain BOURCIER, kinésithérapeute, PARIS
M. Claude BRAIZE, kinésithérapeute, SAINT-
ÉTIENNE
Mme Martine BRUNO, physiothérapeute,
MONTPELLIER
M. Max-Claude CAPPELLETTI, kinésithérapeute,
ÉVRY

Mme Andrée CATILLON, sage-femme, PARIS
Dr Hélène CHAPOULART, gynécologue
obstétricien, BORDEAUX
Dr Emmanuel CHARTIER-KASTLER,
urologue, PARIS
M. Jacques CHEVALLARD, kinésithérapeute,
SAINT-ÉTIENNE
Dr Joël COGNEAU, Conseil scientifique
ANAES, PARIS
Mme Elisabeth COSTREJEAN,
kinésithérapeute, FONTAINEBLEAU
Dr Jean COUDRAY, gynécologue obstétricien,
CAEN

- Dr Florence COUR, urologue, PARIS
M. Loic DABBADIE, kinésithérapeute, LILLE
Mme Dominique DANIEL, sage-femme, RANVILLE
Dr Guy de BISSCHOP, électrophysiologiste clinique, MARSEILLE
Dr Bernadette de GASQUET, médecin généraliste, PARIS
Dr Philippe DEBODINANCE, gynécologue obstétricien, DUNKERQUE
Pr Philippe DENIS, physiologiste, ROUEN
M. Jean-Pierre DENTZ, kinésithérapeute, STAINS
Dr Pierre DENYS, médecine physique et réadaptation, GARCHES
Dr Pascal DESPREZ, médecin généraliste, CAEN
Pr Pierre DUDOGNON, médecine physique et réadaptation, LIMOGES
Dr Sylvie FROMENT, médecin généraliste, TOURS
Pr Vincent GAUTHERON, médecine physique et réadaptation, SAINT-ÉTIENNE
Mme Geneviève GILLOT-SEFRIN, sage-femme, CAEN
Mme Françoise GIROUDEAU, kinésithérapeute, PLATEAU-D'ASSY
Dr Dominique GOBBO, médecin généraliste, BASSENS
Mme Rolande GRENTE, Conseil scientifique ANAES, PARIS
Dr Claire GROSSHANS, gériatre, MULHOUSE
M. Michel GUÉRINEAU, kinésithérapeute, NANTES
M. Christian GUICHARDON, kinésithérapeute, NEUVILLE-SUR-SAÔNE
Dr François HAAB, urologue, PARIS
Dr Jean-François HERMIEU, urologue, PARIS
Mme Paule INIZAN-PERDRIX, sage-femme, LYON
M. Didier LANTZ, kinésithérapeute, IVRY-SUR-SEINE
Dr Béatrice LE RICHE, médecine physique et réadaptation, LYON
Dr Jean-Paul LHEUILLIER, médecin généraliste, VOUVRAY
Dr Claudie LOCQUET, médecin généraliste, PLOURIVO
Pr Pierre MARES, gynécologue obstétricien, NÎMES
Dr Elisabeth MARIT-DUCAMP, médecine physique et réadaptation, BORDEAUX
Mme Valérie MARY-ROUQUETTE, sage-femme, FALAISE
Dr Jean-François MATHÉ, médecine physique et réadaptation, NANTES
Pr Brigitte MAUROY, urologue, ROUBAIX
Mme Aline MONNIER, kinésithérapeute, NICE
Dr Jean-Marc PERRIER, médecin généraliste, STIRING-WENDEL
Pr Alain PIGNÉ, gynécologue obstétricien, PARIS
Mme Michèle POIZAT, kinésithérapeute, VICHY
M. Marc PONS, kinésithérapeute, MONTPELLIER
Pr Muriel RAINFRAY, gériatre, BORDEAUX
Dr Franco ROMAN, médecine physique et réadaptation, IVRY-SUR-SEINE
Dr Emmanuel ROUBERTIE, généraliste, VENDÔME
Dr Francis ROUCH, médecin généraliste, MAINVILLIERS
Mme Fanny RUSTICONI, kinésithérapeute, PARIS
Pr Gérard SERMENT, urologue, MARSEILLE
Mme Michèle SIBELLAS, sage-femme, DOMÈNE
Mme Annie SIRVEN, sage-femme, VESSEAUX
Dr Jean-Marc SOLER, médecine physique et réadaptation, CERBÈRE
M. Philippe STEVENIN, Conseil scientifique ANAES, PARIS
Dr Jean-Pierre SUEUR, urologue, MARCQ-EN-BARŒUL
Mme Valérie SUPPER, sage-femme, MUTTERSCHOLTZ

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Le sujet a été limité à la rééducation périnéo-sphinctérienne pour l'incontinence urinaire de la femme. Dans le cadre des incontinenances urinaires, ont été exclues les incontinenances urinaires liées à des affections neurologiques et les incontinenances urinaires associées à des troubles ano-rectaux.

L'incontinence urinaire se définit comme «une condition dans laquelle la perte involontaire d'urine, survenant par le méat urétral, constitue un problème social ou d'hygiène et peut être objectivement démontrée».

Il existe cliniquement trois grands types d'incontinenances :

- l'incontinence urinaire d'effort, qui est la perte involontaire d'urine à l'effort (rire, toux, éternuement, sport et autres activités physiques) ;
- l'incontinence urinaire par impériosité, qui est la perte involontaire d'urine, précédée par un besoin d'emblée urgent et non inhibable. Ces épisodes de fuite peuvent survenir au repos, la nuit, sans notion d'effort ;
- l'incontinence urinaire mixte, qui est constituée par l'association des deux types précédents d'incontinence.

Il faudra reconnaître les autres pertes d'urine qui ne sont pas de l'incontinence (regorgement, fistule, urination, perte post-mictionnelle).

Cette classification est fondée sur les signes cliniques de l'incontinence et sous-tendue par des mécanismes physiopathologiques (insuffisance sphinctérienne, hypermobilité du col vésical, hypermobilité cervico-urétrale, incontinence urinaire par impériosité et urétrale), dont la connaissance préalable peut influencer la stratégie thérapeutique. Des dominantes comme l'insuffisance musculaire du plancher pelvien, les difficultés de contrôle de la miction pourront être précisées pour aider le thérapeute à fixer des objectifs thérapeutiques.

I. DANS UN PREMIER TEMPS, L'INTERROGATOIRE ET L'EXAMEN CLINIQUE AVANT LA PRISE EN CHARGE REEDUCATIVE SONT NECESSAIRES POUR :

- **Écarter ce qui n'est pas une incontinence urinaire :**
 - fistule urinaire, abouchement ectopique : la fuite urinaire ne survient pas par le méat urétral,
 - fuites par regorgement de la rétention urinaire chronique : miction dysurique ou absente, perception d'un globe à la palpation abdominale ou bimanuelle.
- **Envisager la présence d'une affection neurologique nécessitant un complément d'investigation avant de débiter la rééducation :**
 - hypotonie anale, insensibilité périnéale, association d'autres troubles neurologiques (pertes d'équilibre, troubles visuels,...),
 - troubles psychiatriques ou cognitifs.
- **Envisager de retarder la rééducation le temps de traiter :**
 - une infection urinaire en cours : urines troubles, brûlures mictionnelles, (bandelettes),
 - une hématurie,
 - une infection vaginale : pertes vaginales (leucorrhée), douleurs vaginales,...,
 - une hypoestrogénie marquée avec douleurs au contact des muqueuses,
 - des douleurs vaginales au contact d'éventuelles cicatrices, des dermatoses,
 - un prolapsus extériorisé.

II. BILAN DE REEDUCATION DE L'INCONTINENCE URINAIRE

Aucune prise en charge thérapeutique, par la rééducation périnéo-sphinctérienne de l'incontinence urinaire ne peut débuter sans qu'un bilan initial n'ait été fait.

Le rééducateur utilise des outils de bilan afin de choisir ses techniques, de suivre l'évolution des symptômes, ou de mesurer l'efficacité de la rééducation.

Interrogatoire

Lors de l'interrogatoire, trois éléments apportent au rééducateur des informations essentielles pour définir sa stratégie thérapeutique :

- les mécanismes de l'incontinence (effort, impériosité) ;
- l'existence de facteurs associés pouvant modifier la conduite de la rééducation ou générer un contact avec le médecin prescripteur (grossesse, pace-maker,...) ;
- l'environnement, les habitudes de vie (sports, activités sociales), le handicap moteur (locomotion), les désirs et motivations de la patiente (besoin de soins).

Ces notions amènent une prise en charge globale de la patiente.

Examen clinique

Il comporte plusieurs phases permettant :

- d'orienter les décisions dans le choix des techniques de rééducation ;
- de suivre l'évolution des symptômes lors du traitement ;
- d'évaluer les résultats de la rééducation.

Les points retenus sont les suivants :

- l'examen locorégional (trophicité, cicatrice, pertes vaginales) ;
- l'examen neurologique. Il a pour objectif d'étudier les territoires sensitifs de la région périnéale (hypoesthésie périnéale). Il peut permettre de suspecter une éventuelle atteinte périphérique du plancher pelvien ;
- l'évaluation manuelle de la force musculaire périnéale, utilisée couramment sous le nom de *testing*. Le *testing* des muscles releveurs de l'anus n'explore que les releveurs et non le sphincter. L'évaluation de la force est subjective et la reproductibilité n'a pas été évaluée. Cependant, cette mesure est effectuée par l'ensemble des professionnels et il est admis qu'elle donne une bonne notion de la qualité de la contraction et de la capacité des patientes à mettre en action ce système musculaire, avec ou sans contractions parasites. Quel que soit le choix des praticiens, il est essentiel que soit utilisé toujours le même protocole d'évaluation de la force du plancher pelvien pour une même patiente avant, pendant et en fin de rééducation.

Il permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien, de détecter une éventuelle inversion de commande. Il aide aux choix des techniques de rééducation et sert d'indicateur de surveillance des qualités contractiles du muscle (force, endurance). Il ne mesure pas l'efficacité de la rééducation sur l'incontinence mais l'amélioration de la force musculaire.

Mesure de l'incontinence urinaire

- *Le pad-test*. Il permet une évaluation de l'incontinence dans le cadre de protocole de recherche, mais est difficilement utilisable dans la pratique quotidienne. En pratique, il est proposé de noter le nombre et le type de protections utilisées.
- Échelle MHU. La mesure quantitative des symptômes urinaires peut être mise en place à l'aide d'un score clinique des symptômes (annexe 1).
- L'index de fuites (5 grades) et l'index d'activité sociale (10 grades). Ces deux index mesurent à l'aide d'une échelle visuelle analogique graduée ou non la quantité de fuite et la gêne sociale due aux symptômes. Ces index sont faciles d'utilisation mais apportent peu d'informations objectives.
- Calendrier mictionnel. Il permet de connaître les habitudes mictionnelles des patientes.

Mesure de la qualité de vie

- Questionnaires. De nombreux questionnaires existent pour mesurer la qualité de vie. L'utilisation de l'échelle CONTILIFE® est proposée, car cette échelle est validée, son utilisation est simple et concerne tous les types d'incontinence (annexe 2).

Résultats de l'évaluation paraclinique (pression de clôture, cystomanométrie, *leak point pressure*,...)

Il s'agit de bilans uro-dynamiques qui peuvent être pratiqués avant et/ou après la rééducation. Ces bilans (médicaux) ne permettent pas de poser l'indication de rééducation mais ils peuvent permettre de mesurer les résultats de la rééducation (accord professionnel).

Synthèse des outils de bilan en rééducation

En conclusion, les éléments essentiels permettant de guider le rééducateur tout au long de la rééducation sont présentés ci-dessous.

Indicateurs du choix des techniques	Indicateurs de surveillance	Indicateurs de résultats
- Inspection locorégionale (trophicité, cicatrice, pertes vaginales).	- Calendrier mictionnel.	- <u>Fuites urinaires</u> : échelle MHU, nombre de protections et types de protections utilisées.
- Examen neurologique (hypoesthésie vaginale).	- <i>Testing</i> des releveurs de l'anus.	(éventuellement : index de fuites)
- <i>Testing</i> des releveurs de l'anus.	- Fuites urinaires : nombre de protections et types de protections utilisées.	- <u>Qualité de vie</u> : CONTILIFE®. (éventuellement : index d'activité sociale).
		- <u>Force musculaire</u> : <i>testing</i> des releveurs de l'anus.

Fiche de liaison

Il est proposé une fiche de liaison reprenant les différents indicateurs de suivi des résultats. Cette fiche permet d'informer le prescripteur et/ou le médecin traitant des résultats de la rééducation.

Fiche de liaison reprenant les indicateurs de suivi chez une patiente incontinente urinaire traitée par la rééducation périnéo-sphinctérienne.

Nom: _____ Prénom : _____ Date : _____
Date de naissance : _____

Motif de la consultation : _____
Nom du thérapeute : _____
Nom du médecin prescripteur : _____
Nom du médecin traitant : _____

	Date de début	Date intermédiaire	Date de fin
Testing intravaginal des muscles releveurs de l'anus. Cotation de 0 à 5*			
Côté droit			
Côté gauche			

Nombre de fuites			
Jour			
Nuit			

Nombre et type de protections			
Jour			
Nuit			

Échelle MHU			

Échelle de qualité de vie			
CONTILIFE®			
Autre échelle			

Détails de la rééducation	Commentaires

* cotation du *testing* : de 0 à 5 (0 = pas de contraction palpable ; 5 = contraction maximale)

III. TECHNIQUES DE REEDUCATION

Elles sont le plus souvent associées les unes aux autres en fonction et suivant l'évolution du bilan de rééducation.

L'information aux patientes

Cette première partie de la prise en charge des patientes souffrant de troubles vésico-sphinctériens est un temps essentiel dans la rééducation périnéale. Elle permet de rassurer les patientes, de dédramatiser les situations, de les familiariser quant à leur anatomie intime à l'aide de planches anatomiques simples.

Cette phase doit amener les patientes à comprendre l'importance d'un travail personnel à mettre en place entre chaque séance de rééducation.

Ce premier contact permet d'obtenir **le consentement éclairé des patientes**. Il sera un des facteurs de réussite du traitement entrepris.

Le travail manuel intravaginal des muscles du plancher pelvien

Cette technique est peu évaluée, elle permet de faire varier le type de contraction (concentrique, excentrique), de localiser la stimulation sur des faisceaux musculaires spécifiques et d'apprécier la qualité de la contraction. Cette technique renforce les muscles du plancher pelvien (grade C).

Les exercices du plancher pelvien

Cette technique peut être effectuée seule chez soi ou associée à un travail avec un rééducateur. Dans ce dernier cas l'amélioration de la force est plus importante avec une diminution du nombre de fuites pour des patientes présentant une incontinence urinaire liée à un effort (grade B).

Le *biofeedback* instrumental

Si l'état de la patiente le permet, cette technique permet d'objectiver la contraction des muscles du plancher pelvien, qu'elle soit correcte ou incorrecte, et donc d'aider la patiente à améliorer le recrutement musculaire. Le *biofeedback* instrumental améliore le contrôle de la miction chez des patientes présentant une incontinence urinaire liée à un effort ou mixte (grade C). La technique instrumentale est plus efficace que le *feedback* verbal (avec 2 doigts intravaginaux) (grade C).

L'électrostimulation fonctionnelle

Si l'état de la patiente le permet, cette technique consiste à utiliser des courants électriques pour provoquer une contraction musculaire (fréquence 50 Hz) ou pour provoquer une inhibition vésicale (fréquence 5 à 25 Hz). L'électrostimulation à visée de renforcement est efficace (grade C). Cette technique permet une amélioration de l'incontinence urinaire liée à un effort ou en cas d'incontinence urinaire par impériosité à condition de respecter les fréquences appropriées (grade C).

Les contre-indications à l'électrostimulation fonctionnelle sont :

- grossesse en cours ;
- présence d'un pace-maker ;
- hypoesthésie périnéale.

La rééducation comportementale

Cette rééducation est basée sur une prise de conscience des délais et des fréquences des mictions (calendrier mictionnel entre autres). Elle est souvent associée à des exercices du plancher pelvien. Chez la femme de plus de 55 ans, cette technique est beaucoup utilisée. Elle permet une amélioration de l'incontinence urinaire liée à un effort ou en cas d'impériosité (grade B).

Les cônes

Si l'état de la patiente le permet, cette technique consiste à utiliser des « cônes vaginaux » de taille identique mais de poids différent. La patiente contracte les muscles du plancher pelvien pour maintenir ces cônes en place. Cette technique améliorerait la force des muscles du plancher pelvien lors d'incontinence urinaire d'effort (grade C). Cependant, au regard des études fournies par la littérature et compte tenu de la difficulté du suivi pratique des patientes, de grandes réserves sont émises quant à l'efficacité des cônes vaginaux dans le cadre de la rééducation de l'incontinence urinaire de la femme.

IV. EFFICACITE DES TECHNIQUES COMPAREES LES UNES AUX AUTRES

Les exercices du plancher pelvien sont plus efficaces pour améliorer la force musculaire que l'électrostimulation fonctionnelle (fréquence 50 Hz) ou les cônes (grade C). Lors d'une incontinence urinaire d'effort cette amélioration de la force entraîne une diminution de l'incontinence (grade C). Associés au *biofeedback* instrumental les exercices du plancher pelvien sont efficaces sur l'incontinence urinaire d'effort (grade C).

L'électrostimulation fonctionnelle (fréquence 5 à 25 Hz) et la rééducation comportementale sont efficaces pour améliorer le contrôle des muscles du plancher pelvien (grade C). Lors d'une incontinence urinaire par impériosité, cette amélioration du contrôle entraîne une diminution de l'incontinence urinaire (grade C).

V. EFFETS DE LA REEDUCATION A DISTANCE

Les effets de la rééducation à moyen terme sont difficiles à évaluer. Au vu des études existantes, la diminution de l'incontinence liée à l'effort ou de l'impériosité semble persister durant la première année (grade C). L'entretien des effets du renforcement nécessite une auto-prise en charge des patientes ainsi qu'une stratégie de suivi par le thérapeute.

VI. QUAND PROPOSER AUX PATIENTES UNE REEDUCATION PERINEO-SPHINCTERIEUNE ?

La décision du type de traitement n'est pas toujours facile à prendre car la plupart des incontinenances ont une présentation polymorphe et des mécanismes physiopathologiques

différents. À ce jour, les travaux ne permettent pas de définir des facteurs prédictifs précis de l'efficacité d'un type de traitement dans une incontinence multifactorielle.

Si l'on met de côté les incontinenes révélant une obstruction, il ne faut jamais perdre de vue qu'il s'agit d'indications de thérapeutiques de confort.

Pour ces raisons, c'est le choix éclairé de la patiente, informée des avantages et des inconvénients de chaque technique, qui sera souvent le nœud décisionnel. Le degré de handicap, les contre-indications du traitement pharmacologique, le risque opératoire, la volonté et la capacité de la patiente à suivre une rééducation et la prise en charge d'une pathologie associée éventuelle sont aussi des éléments du choix du traitement de l'incontinence urinaire.

Pour l'aider à faire ce choix, il est recommandé de proposer en premier les techniques les moins vulnérantes, dont les effets secondaires indésirables ou les risques de séquelles sont les moins importants et qui ne coupent pas les ponts pour une poursuite thérapeutique en cas d'échec.

En pratique générale, la rééducation est proposée en première intention chez les femmes présentant une incontinence à l'effort.

Une prescription de 10 séances à 20 séances au maximum peut être proposée aux patientes. À l'issue d'une première série de séances de rééducation, si aucune amélioration clinique objectivable ou subjective n'est notée, il convient de s'interroger sur le bien-fondé de la poursuite de la rééducation.

Si l'amélioration notée par la patiente et le thérapeute est insuffisante, mais existante, une prolongation du traitement est envisageable (10 à 15 séances).

Si l'amélioration est jugée satisfaisante ou suffisante par la patiente (critères subjectifs), si les critères objectifs d'évaluation montrent une amélioration nette ou une guérison, alors la rééducation peut être interrompue. Toutefois l'analyse de la littérature a montré l'intérêt d'un suivi et d'une auto-prise en charge des patientes dans le temps.

VII. CONCLUSIONS ET PROPOSITIONS D' ACTIONS FUTURES

Le rôle des médecins prescripteurs et des thérapeutes est particulièrement important dans la préparation et l'adhésion des femmes à la rééducation périnéo-sphinctérienne.

Il semble important d'informer les patientes sur le rôle du *testing* musculaire et sur les techniques endocavitaires (travail intravaginal et sondes endocavitaires). La prise en charge des patientes nécessite une formation spécifique et une communication entre les thérapeutes et la patiente (accord professionnel).

De nombreux points soulevés dans ce travail restent sans réponses. Ce sont autant de propositions d'actions futures.

Parmi les points qui sont apparus prioritaires à étudier, il a été retenu :

- l'effet de la rééducation sur des populations spécifiques (*post-partum*, sportives, etc.) ;
- l'évaluation des effets de la rééducation à long terme ;
- l'acceptation des patientes à recevoir les techniques de rééducation ;
- l'effet de l'utilisation des techniques dites de prévention. Les travaux sont rares et les techniques de rééducation n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans ce domaine.

Des travaux sur des populations à risque sont à effectuer.

GRADE DES RECOMMANDATIONS

Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations proposées sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, par exemple des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur et/ou méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées ;
- Une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, par exemple essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisées bien menées, études de cohortes ;
- Une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, par exemple études cas-témoins, séries de cas.

En l'absence de précisions, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel.

Le rapport complet (I.S.B.N. : 2-910653-92-7) sera disponible à
Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)
Service Communication et Diffusion
159 rue Nationale – 75640 Paris Cedex 13

Adresser votre demande écrite accompagnée du règlement par chèque à l'ordre de
« l'Agent comptable de l'ANAES »

Ce texte est téléchargeable gratuitement sur le site de l'ANAES :
www.anaes.fr – rubrique : « **Publications** »
ou sur le site : **www.sante.fr**