

Courrier au BMS



«Smartermedicine.ch» [1]

Madame,

Merci pour votre excellent article, mais je suis resté interrogatif sur votre conclusion. Si *Choosing wisely* s'appuie sur les *spécialités* et si les *preuves* sont issues de la «médecine des preuves», ce sera l'échec programmé d'une quelconque évolution positive, un bel empaquetage médiatique pour mieux faire avorter une belle idée.

Concernant l'«Evidence-based Medicine» (EBM): L'EBM se veut une façon de conduire la médecine à partir de «guideline» et de protocole strictement scientifique, basée sur des preuves donc des études. Elle est le credo de la médecine académique. Elle est pourtant très contestée; certains parlent de «fascisme», de «religion». On pourrait résumer son impasse par cette phrase: «la médecine moderne, c'est la rencontre de l'extrême puissance de la technologie et de l'extrême complexité des individus. Il faudra choisir, soit on l'abordera de façon presse people et magazines gratuits, soit on s'engagera vers le difficile. Soit on continuera sur la voie de l'enfermement administratif, soit on créera une nouvelle finesse d'action.» [2]

«De toute façon, les bases scientifiques de l'EBM sont fausses, en ce qu'elles confondent signification statistique et probabilité, cette dernière étant le seul guide de l'action dans les domaines ne comportant pas de certitude, comme la médecine (et les sciences biologiques appliquées en général). Un témoin de cette erreur fondamentale est la notion, dépourvue de sens scientifique, de «niveau de preuve» que l'EBM substitue implicitement et arbitrairement à la probabilité.» [3]

«Ne devrions-nous pas faire appel à une épistémologie constructiviste proche du NBM (Narrative Based Medicine) où le diagnostic devient une co-construction avec le patient?» [4]

Sur un plan philosophique, on pourrait reprendre l'expression de nos confrères (membres de la SMV-GPPV), «un tas de pierres n'a jamais fait une maison» [5], autrement dit, le tas de pierres de l'EBM n'a pas fait la «maison médecine».

On pourrait reprendre la métaphore du mythe de la caverne de Platon où les hommes adulent des images qu'ils croient réelles: les images du fond de la caverne sont celles de l'EBM, alors que la réalité est en dehors de la caverne...

Concernant les spécialités, il n'y a pas de meilleure interrogation que la citation d'Einstein [6]: «La perte de la vue d'ensemble est un im-

mense sacrifice». «Il ne suffit pas d'apprendre à l'homme une spécialité, car il devient ainsi une machine utilisable mais non une personnalité... Les excès du système de compétition et de spécialisation prématurée sous le fallacieux prétexte d'efficacité assassinent l'esprit.»

Ces deux trahisons de la médecine, preuves et spécialisation, sont justement les causes principales des dérives médicales que vous dénoncez très justement. Si l'on veut développer le *Choosing wisely* que la médecine intégrale appelle de ses vœux, laissons chaque médecin, arbitre dans sa propre relation thérapeutique, réguler dans ce colloque singulier hors des pressions des cartels, les interventions aussi inutiles que contre-productives pour la santé.

Voilà Madame, quelques modestes commentaires...

Dr Jacques Gardan, Romainmôtier-Envy

- 1 Hurst S. Smartermedicine.ch. Bull Méd Suisses. 2014;95(34):1252.
- 2 Kiefer B. Bloc-notes: EBM, fascisme et religion. Rev Med Suisse N° 90 du 6. 12. 2006.
- 3 Forcin JF. Bulletin de l'Ordre des médecins français. N°29, 5. 6. 2013)
- 4 Widmer D. Lettre d'un praticien. Bull Méd Suisses. 2011;92(10):364-5.
- 5 Treu A, Hurni M, Gabris G, Pnyotopoulos L, Miller N, Porchet A, «Un tas de pierres n'a jamais fait une maison». Bull Méd Suisses. 2010;91(18):712-3.
- 6 Martin J. Einstein et la marche du monde – idéaliste engagé, parfois prémonitoire. Bull Méd Suisses. 2014;95(34):1250-1.

Réponse

Un des buts d'une initiative comme la campagne *Choosing wisely* est de faire réfléchir sur les raisons pour lesquelles une prise en charge est justifiée. Il est donc positif qu'elle soulève le débat sur précisément ce genre de questions.

A la lecture de votre lettre je vois que nous sommes d'accord sur les fondements et puis ensuite, peut-être plus. Je vais donc partir de ces fondements. Lorsqu'il s'agit de décider ce qui est justifié ou non, on doit effectivement commencer par se demander ce qui est efficace. Efficace à quel point, pour faire quoi? Ces questions sont importantes. Mais avant toute autre chose, *ça doit marcher*. Comment sait-on qu'une prise en charge, justement, marche? Voilà la question à laquelle aucune démarche médicale ne doit échapper.

A ses débuts, l'*Evidence-based medicine* s'est construite quasi exclusivement à partir de cette question. Si tel patron me dit que oui, et tel autre patron me dit que non (cela m'est bien

sûr arrivé comme à tant d'autres), *comment sait-on que ça marche?* C'est une question légitime, à laquelle on est en droit d'attendre une réponse. Le but premier de l'EBM était de remplacer la voix de l'autorité par la description des faits.

Comme toute idée influente, l'EBM a cependant subi des dérives et a parfois été appliquée sans être bien comprise. Vous citez une critique de ce genre de malentendu: «(...) les bases scientifiques de l'EBM sont fausses en ce qu'elles confondent signification statistique et probabilité.» Il y a en fait non pas deux mais trois notions qu'il importe de ne pas confondre. La signification statistique, la probabilité que l'effet survienne chez un individu donné et la taille de l'effet. Si la signification statistique n'est pas atteinte, on doit douter que l'effet soit réellement là. Si la probabilité de l'effet chez un individu est faible, ou si la taille de l'effet est petite, alors l'effet est réellement là mais on doit douter qu'il soit suffisant pour être cliniquement pertinent.

Parfois, un petit effet sera malgré tout pertinent: chez un patient qui estime que cet effet, réel mais faible, est néanmoins suffisant. C'est ici que la co-construction, parfois appelée en bon français *shared decision-making*, a toute sa place. Mais en amont on n'échappe pas: *comment sait-on que ça marche?*

Ah mais, diront certains, comment sait-on que ça ne marche pas? Les philosophes nous le rappellent, on ne peut pas prouver une négative. Mais il ne s'agit pas d'une question strictement philosophique. Dès lors que l'on va proposer un fardeau, voire des risques, à un patient; dès lors que nous sommes des médecins et non des vendeurs d'espoir; dès lors que l'on va demander à la collectivité de payer, il est justifié de demander des preuves. Ces preuves peuvent prendre plusieurs formes. C'est malheureusement exact que l'EBM est trop souvent réduite à une sorte de culte de l'essai randomisé contrôlé. Si ce type d'essai est souvent le meilleur pour faire la différence entre ce qui marche et ce qui ne marche pas, il est cependant rarement le seul moyen et parfois il n'est pas applicable. Ce qui devrait importer n'est en fait pas tant d'avoir un essai randomisé contrôlé, que d'avoir, oui, une preuve que la prise en charge est efficace. Lorsqu'elle est bien comprise, l'EBM met la première brique à la «maison médecine». Elle doit nous permettre de trier les faits dans l'avalanche de marketing dont nous faisons souvent l'objet; de continuer à proposer à nos patients des interventions efficaces et pertinentes, comme vous le dites, «hors des pressions des cartels».

Prof. Dr Samia Hurst, Genève