

## Concepts

Nous pensons spontanément que le « bon sens » est toujours arbitraire. Cela semble être sa nature. L'intuition clinique, accusée, à juste titre, de tant d'errements passés, n'ose plus prétendre à quelque vérité, et n'a plus envie d'en découdre avec l'EBM. Il serait pourtant judicieux de comparer les compétences, cliniques, pronostiques et thérapeutiques des médecins praticiens, avec les procédures standardisées et avec les consensus provoqués.

# Evidence Based Medicine : critique raisonnée d'un monopole

*Deuxième partie : l'EBM est un progrès réel dans l'histoire de la médecine, son monopole un recul de la science clinique*

## Comment évaluer le bon sens ?

Certains ont osé faire des essais de type EBM pour comparer l'intuition clinique à la procédure. Ce genre d'essai est évidemment très difficile à financer pour les raisons que l'on sait. Citons ici l'étude prospective de Markus [1] sur plus de mille patients, comparant l'intuition clinique des chirurgiens au POSSUM<sup>1</sup> qui est la procédure d'évaluation des risques de mortalité et morbidité postopératoires en chirurgie digestive. Les résultats démontrent sans ambiguïté que le pronostic intuitif des chirurgiens est nettement supérieur au pronostic du score statistique. Les chirurgiens sont toujours plus optimistes que le POSSUM, surtout dans la chirurgie en urgence. Et la réalité clinique est

encore meilleure pour les patients que celle qu'avait prévue l'optimisme des chirurgiens !

Une autre étude montre que l'estimation de l'âge biologique en 15 secondes par des observateurs indépendants est un indicateur du risque fracturaire aussi pertinent que toutes les tomodensitométries et autres critères d'études [2].

Les Hollandais ont développé récemment le concept de *gut feeling* (sentiment viscéral) en opposition aux principes de l'EBM. C'est l'ensemble des éléments subjectifs (intuition, bon sens, impression, intime conviction, sens clinique) qui interviennent dans la prise de décision. Une étude a cherché à savoir ce que le *gut feeling* apportait dans l'appréciation de la gravité d'un syndrome infectieux chez l'enfant. La conclusion est que ce critère est le plus spécifique, quel que soit l'âge de l'enfant, le diagnostic et l'expérience du médecin. Mieux encore, la bonne interprétation, par le médecin, de l'inquiétude des parents est le principal facteur d'élaboration de son *gut feeling* [3].

Utiliser l'EBM pour dévaloriser l'EBM est un exercice d'autant plus rare que l'enseignement de l'épistémologie fait cruellement défaut dans les facultés de médecine.

**Luc Perino**

Médecin généraliste,  
Lyon  
lucperino@wanadoo.fr

**Mot clé :** médecine factuelle  
[Evidence-Based Medicine]

1. Sigle complexe basé encore sur une formule anglaise : *Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity* (Score d'évaluation de la morbidité et mortalité en fonction de la sévérité du cas et de l'intervention chirurgicale).



## Les raisons d'une soumission

Acceptons la fragilité du clinicien dans la mondialisation de la biomédecine. Acceptons que l'intuition clinique, n'étant pas réfutable, ne puisse être un objet de science et d'enseignement. Déplorons cependant la trop forte soumission des cliniciens de terrain au tout EBM. Alors que leur patients, de plus en plus conscients des lacunes de cette normativité, ont une demande grandissante d'individualisation du soin. Alors que l'expertise clinique de ces praticiens augmente avec les années et qu'elle devient de plus en plus nécessaire à l'analyse décisionnelle dans un système social et sanitaire complexe.

L'EBM n'est pas un monolithe, elle recèle autant d'erreurs grossières et de pratiques fallacieuses que tout commerce humain. L'aveuglement de certains médecins devant les insuffisances de l'EBM peut se comparer à celui des patients d'hier devant les incompétences de leur médecin. Il est inutile de citer ici les innombrables préceptes, forgés par des études randomisées successives, et qui se sont effondrés sous une méta-analyse ou sous l'observation des faits.

Le manque d'esprit critique des médecins envers les résultats des essais cliniques est incompréhensible, lorsque l'on sait que plus de 90 % de ceux qui sont publiés dans les revues au label EBM ne sont pas recevables du point de vue expérimental, statistique ou analytique<sup>2</sup>. Seule une situation de monopole peut expliquer ce manque de critique.

Avec ses 10 % recevables, l'EBM n'a aucune raison d'avoir plus de poids que tous les autres référentiels forgés par l'usage et la pratique médicales. Il y certainement plus de 10 % recevables dans la subjectivité clinique et l'intuition pronostique du médecin. Il y a certainement beaucoup plus de 10 % d'éléments décisionnels majeurs

2. Les références et méta-analyses sur ce point sont si nombreuses que j'ai choisi de n'en citer aucune.

dans la biographie du patient, dans son profil psychologique, ses conditions socioprofessionnelles, son environnement familial, ses capacités cognitives, son observance thérapeutique, ou encore sa confiance dans la médecine. La science doit critiquer incessamment chacun de ces savoirs partiels ; mais vouloir en imposer un seul comme référentiel, relève de l'obscurantisme, du fanatisme ou du dogmatisme, comme l'on voudra. L'EBM est un progrès réel dans l'histoire de la médecine, son monopole est un recul de la science clinique.

## La soumission du côté des médecins

Même s'ils n'osent pas ou n'arrivent pas à l'exprimer clairement, les médecins, de toutes spécialités, souffrent parfois autant que les patients, de cette tension entre EBM et réalité clinique. Leur soumission a trois causes facilement identifiables.

**1) L'argument juridique** est avancé par de nombreux confrères, car la « litigiosité » gagne effectivement du terrain. Pourtant, cet argument n'est pas recevable, car les litiges ont lieu principalement au tribunal civil, pour des raisons financières, alors que les plaintes au pénal sont en régression, tout comme les condamnations qui sont passées de 1,72 % à 0,8 % en dix ans [4]. Les juges semblent donc ne pas être des adeptes de l'EBM et s'efforcent de ne considérer que des cas particuliers. Rendons-leur cet honneur qui en ferait d'excellents cliniciens ! Ainsi, en évoquant l'argument juridique pour s'abriter derrière une norme parfois illusoire ou factice, les confrères contribuent à la renforcer.

**2) La peur d'être taxé d'obscurantisme** est plus recevable. La simple allusion à d'autres ressources possibles aux côtés de l'EBM entraîne *de facto* une marginalisation active difficile à vivre par le clinicien. Certains médecins,

par manque de discernement, se sentent alors contraints à des choix extrêmes. D'une part, la pratique d'une médecine dite « alternative » avec son inévitable part d'obscurantisme. D'autre part, la reddition sans concession à l'EBM avec son inévitable scientisme. Dans ces deux dérives, la science est toujours perdante... Le scientisme qui active cette marginalisation n'est pas sans rappeler le monopole intellectuel que s'était arrogée la psychanalyse, dans les années 1960-1970, qui pouvait alors déclarer que ses détracteurs avaient certainement un problème... d'ordre psychanalytique. Les médecins qui osent critiquer le monopole de l'EBM doivent avoir un problème... d'ordre médical !

**3) La troisième raison est moins glorieuse pour les praticiens.** Le paiement à l'acte est certainement le principal promoteur de cette soumission. La lecture des critères quantitatifs et paracliniques est peu chronophage. Les pathologies chroniques concernées qui sont souvent, répétons-le, une médicalisation de la vie, multiplient les actes courts sur une patientèle en bonne santé qui se vit comme étant prise en charge sur le long terme. Le déficit de l'échange clinique est compensé par ce long terme qui est alors accepté par le patient comme une bonne individualisation de la relation de soin, même s'il n'y a pas de « maladie » réelle au départ. Hélas, cette relation de long terme ne se transforme pas en une relation clinique individualisée en cas de survenue d'une pathologie réelle et grave, car tout est désormais devenu spécialité soumise à procédure. Depuis l'urgence, jusqu'à l'accompagnement des mourants, en passant par l'algologie, la cancérologie et toutes les pathologies d'organe, chaque spécialité contribue à la dispersion du capital de relations cliniques construit sur le long terme. Cette dilution en actes courts et rémunérateurs aggrave la propension à la normativité. Le protocole de chimiothérapie de bout de chaîne annule tous les savoirs précédents.

## La soumission du côté des patients

Un profane comprend difficilement la dimension probabiliste de la thérapeutique. La propagande autour des essais cliniques laisse croire aux patients que le progrès de l'EBM est équivalent à tous les progrès factuels et visibles des techniques chirurgicales ou de l'imagerie.

Soit l'information éclairée n'est pas donnée aux patients, soit ils n'ont pas les moyens de la recevoir, soit ils ne la recherchent pas, car ils considèrent que la contestation du pouvoir biomédical serait contraire à leurs intérêts. La seule contestation possible se situe *a posteriori*, sous forme juridique. Les médecins qui redoutent tant cette judiciarisation, sont souvent incapables d'y voir, une quête désespérée de la réindividualisation du soin, ou une déception face à des promesses mirobolantes. La cancérologie offre les exemples les plus caricaturaux de cette totale incompréhension. Les patients voient le dépistage comme un vaccin contre les cancers. Ils ne comprennent pas qu'après tant d'annonces de progrès thérapeutiques, leur cancer ou celui de leur proche

ait été aussi mal traité. Il existe certainement un lien entre les deux outrances que sont la médiatisation de faux progrès et la judiciarisation de bons soins.

## La soumission du côté des « producteurs »

La mise en place du monopole de l'EBM s'est faite dans le cadre de la domination progressive du monde sanitaire par des professionnels de la mercatique qui ont su utiliser les leaders d'opinion. La corruption n'est même pas indispensable, car la puissance du marché lui permet d'asservir sans corrompre. Les médecins experts qui relaient ces manœuvres sont moins répréhensibles pour leurs éventuels profits réels ou leur subordination inconsciente, que pour leur aveuglement sur le fait que l'EBM, dans sa forme actuelle, ne concerne qu'une infime partie de la connaissance clinique et thérapeutique.

Les universitaires qui ont participé à une recherche clinique en font naturellement la promotion auprès de leurs élèves et de leurs patients. Le problème majeur n'est pas le conflit d'intérêts, c'est le passage trop rapide d'une recherche scientifique, donc réductionniste, au soin universel, sans palier ni discernement. Beaucoup d'universitaires ne sont plus capables d'évaluer la part de subordination inconsciente qui les conduit à un amalgame entre recherche et soin.

## La pyramide des soumissions

Prenons l'exemple classique des AVK dont aucun médecin n'oserait, aujourd'hui, contester l'utilité. Considérons le cas clinique précis de la découverte fortuite d'une arythmie chez un nonagénaire. Les rigoristes qui se revendiquent exclusivement de l'EBM, peuvent agir de deux façons radicalement opposées. Soit toujours prescrire un AVK, car l'EBM a clairement démontré que c'était la meilleure façon de diminuer le risque d'AVC. Soit ne jamais en prescrire, car il n'existe aucun essai clinique sérieux – j'ai vérifié – sur le rapport bénéfice/risque dans cette tranche d'âge et pour cette découverte fortuite.

Le troisième choix, celui du sage clinicien, est d'utiliser toutes les données à égalité : l'épistaxis passé du patient, sa capacité cognitive à suivre un traitement peu maniable, une réflexion sur l'absence d'AVC jusqu'à un âge très avancé comme preuve de sa faible probabilité, les données de l'EBM, la volonté du patient ou celle de ses enfants.

Les trois choix sont tous aussi arbitraires et ne sont finalement que des paris.

Si le choix N° 1 prédomine aujourd'hui, c'est parce que le monopole de l'EBM valorise, *de facto*, toutes les décisions qui y font référence.

Alors pourquoi le choix N° 2, pourtant, lui aussi, EBM-compatible, est-il si exceptionnel ? Certainement parce que le lien EBM-marché est devenu si naturel, qu'entre les deux voies rigoristes de l'EBM, celle qui domine est celle qui produit le plus de médecine !

Le cardiologue impose l'AVK par révérence à ses maîtres. Sa qualité de spécialiste lui impose de faire mieux que l'abstention. L'omnipraticien accepte, car il est couvert par la faculté et par le spécialiste, le patient et sa famille accordent leur confiance au médecin traitant, et les soignants situés au bas de la pyramide hiérarchique exécutent les ordres sans oser de retours négatifs. Si l'EBM tend à devenir le référentiel exclusif, c'est par un enchaînement inconscient de soumissions et de révérences qui remontent la pyramide hiérarchique jusqu'à un sommet facile à identifier. Le paiement à l'acte, étant le facilitateur évident de cette soumission normative, les sponsors libéraux de l'EBM ont compris qu'il suffisait de bien appuyer, une seule fois, sur le sommet de la pyramide...

Mais évitons de sombrer plus avant dans une mauvaise théorie du complot... Soyons plus optimistes et prenons le temps

de saluer les experts honnêtes qui reconnaissent que pour prescrire un anti TNF à une PR évoluée, une chimiothérapie dans une maladie métastatique, une intervention chirurgicale dans une deuxième sigmoïdite, un gabamimétique dans une douleur chronique, etc., les données de l'EBM ne sont qu'un référentiel parmi beaucoup d'autres. Reconnaissons aussi que l'enseignement de l'analyse décisionnelle à partir de « cas cliniques » a retrouvé une place de choix, tant à l'université que dans le cadre de la FMC.

Bref, ne nions pas les apports réels de l'EBM dans l'histoire récente de la médecine. Mais en critiquer raisonnablement le monopole n'est vraiment pas synonyme d'obscurantisme.

*Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article*

### Références :

1. Markus PM, Martell J, Leister I, Horstmann O, Brinker J, Becker H. Predicting postoperative morbidity by clinical assessment. *Br J Surg.* 2005;92:101-6.
2. Gerdhem P, Ringsberg K, Akesson K, Obrant KJ. Just one look, and fractures and death can be predicted in elderly ambulatory women. *Gerontology.* 2004;50:309-14.
3. Van den Bruel A, Thompson M, Buntinx F, Mant D. Clinicians' gut feeling about serious infections in children: observational study. *BMJ.* 2012;345:e6144.
4. Ordre des médecins du Rhône. Rapport 2009.

*Dans la troisième partie de cet article, nous concluons sur les « hors sujets » de l'EBM et l'urgente nécessité de mener une réflexion épistémologique, clinique, sociale, économique ou politique avant toute recherche ou publication dans le champ de la médecine et du soin.*