

Concepts

Ce qui est abordé ici est plus complexe puisqu'après avoir analysé des situations où l'EBM avait sa place, et rien de plus que sa juste place, à côté d'autres outils décisionnels, il s'agit maintenant de celles où l'EBM ne devrait jamais être utilisée comme référentiel :

- 1) lorsque les données factuelles, stables et acquises de longue date, ne justifient plus la prolongation des études ;
- 2) lorsque le bon sens dépasse toutes les données possibles ;
- 3) lorsque le critère devient caduc ;
- 4) lorsque les évidences s'accroissent d'elles-mêmes ;
- 5) lorsqu'il y a entrave au progrès sanitaire et à la recherche ;
- 6) lorsqu'il y a collusion prématurée entre recherche fondamentale et recherche clinique ;
- 7) lorsque la manœuvre est trop grossière ;
- 8) lorsqu'un objectif est inacceptable ;
- 9) lorsque la biologie est bafouée ;
- 10) lorsque le contexte interdit tout réductionnisme...

Les exemples se comptent par centaines de milliers dans les revues médicales les plus prestigieuses. Nous n'en citerons qu'un ou deux à chaque rubrique.

Abstract: Evidence Based Medicine: reasoned criticism of a monopoly

After millennia of subjective fantasies, the concept of evidence has emerged in the therapeutic field, less than two centuries ago. With the development of the pathologies treated, the influence of statistics and the development of public health, the population and probabilistic approaches have eventually dominated therapeutics and now dominate all publications and all medical teachings.

Let us not deny the actual contributions of EBM. But a reasonable critic of its monopoly is not synonymous with obscurantism. There are even many situations where the EBM should never be used as a reference. The strangest monopoly of EBM is that the submission to its form became as despotic as the submission to its background. Today, it would be beneficial to have an epistemologic, clinical, social, economic, or political reflection before the implementation of any research or publication in the fields of medicine and care.

Key word: Evidence Based Medicine

Evidence Based Medicine : critique raisonnée d'un monopole

Troisième partie : les « hors-sujet » de l'EBM

Au-delà des faits

Après cinquante années de données factuelles sur la nocivité du tabac pour tous les organes et toutes les fonctions, l'EBM a largement rempli son contrat. Plus

rien n'est à prouver. Les nouvelles études sur le tabac, sont désormais faites... par les producteurs de tabac, dans l'espoir d'une bizarrerie statistique susceptible d'ouvrir une faille dans le consensus. La manœuvre la plus classique de ces études redondantes est de provoquer des confusions entre corrélations et causalités.



Dans les années 1950, Ronald Fisher, biostatisticien de génie, avait violemment critiqué la première grande étude de Doll et Hill sur les méfaits du tabac. Il avait réussi à sous-entendre une erreur de causalité, en prétextant qu'il devait exister un gène commun à la prédisposition à fumer et à faire un cancer du poumon. Les choses se sont calmées lorsque l'on a découvert les étroites relations entre Fisher avec les industriels du tabac. Des centaines de nouvelles études ont confirmé la nocivité du tabac, mais tout a recommencé plus tard, de la même façon, pour les preuves d'addiction à la nicotine et les méfaits du tabagisme passif [1].

Ce sont très souvent les mêmes auteurs qui produisent les biais et détectent ceux des autres. En mercatique, c'est la stratégie du « bruit permanent ».

Lorsque le bon sens suffit

Un aspect paradoxal du monopole de l'EBM est de devoir l'utiliser pour redonner sa place au bon sens. L'histoire de l'allaitement artificiel en est un bel exemple. Alors que le marché n'a jamais eu à fournir de preuves de supériorité ou de non-innocuité de la poudre de lait de vache pour la proposer aux nourrissons humains, on peut s'étonner de devoir faire des études pour prouver la supériorité du lait humain ! L'exigence de résultats diffère grandement entre les études qui créent un marché et les études qui en suppriment un. Dans les pays pauvres l'allaitement artificiel multiplie par six le risque de décès des nourrissons ! En Occident, le nombre d'hospitalisations pour diarrhées, infections respiratoires et ORL a été multiplié par quatre. Pour la mort subite du nourrisson, le coefficient multiplicateur est de 1,6 ! De l'autre côté, un médicament qui démontre une diminution de risque de 30 % est accueilli avec enthousiasme par la communauté médicale. Les diverses augmentations de risque de l'allaitement artificiel varient de 50 % à 500 % (1,5 à 6), mais la réduction de ces risques ne soulève pas un enthousiasme proportionnel. Preuve supplémentaire de l'influence du marché sur l'utilisation de l'EBM et la médiatisation de ses résultats.

Les débats sur l'allaitement se situent désormais hors du champ médical. Il est inutile d'énumérer les bénéfices que chacun connaît sur le plan médical, tout comme il est inutile

d'énumérer les raisons et les avantages possibles du choix de l'allaitement artificiel sur le plan sociétal. L'EBM n'a pas sa place ici, car la biologie a ses évidences, et le lait à 37 °C d'une femme immunocompétente sera toujours le meilleur des aliments pour un petit d'homme. Continuer à faire des études ne peut qu'entretenir des doutes sur les intentions « cachées » des promoteurs et détracteurs de l'allaitement au sein.

Sur ce sujet, les seules recherches à poursuivre concernent les corrélations entre l'absence d'allaitement et le cancer du sein ; pourtant, les études sont rares.

Le bon sens suffit dans beaucoup de cas. Faut-il vraiment faire des cohortes pour montrer la nocivité des benzodiazépines ou de l'alcool et les bienfaits du sport ? Faut-il multiplier les études sur le risque des césariennes et des déclenchements de l'accouchement de confort, alors que la raison biologique en évalue naturellement les méfaits potentiels ?

Gordon Smith, constatant l'absence d'essai randomisé sur l'utilité du parachute, se demandait, si les décès survenant chez des sujets sautant d'un avion sans parachute n'étaient pas liés à la haute prévalence des troubles psychiatriques chez ces individus [2] !

Lorsque le critère devient caduc

Difficile d'éviter le sujet des statines lorsque l'on parle d'EBM dans le domaine de la prévention. Nul doute que l'EBM a rempli son contrat pour démontrer que les statines ont un intérêt en prévention secondaire des accidents vasculaires. Cependant, depuis peu, nous découvrons que le cholestérol n'est qu'un piètre indicateur de risque cardio-vasculaire, et que s'il en est un, il représente moins de 5 % de tous les facteurs de risque. Nous découvrons par ailleurs que les statines agissent essentiellement par leur effet anti-inflammatoire. Les études montrant l'action des statines sur le cholestérol continuent à représenter 90 % des publications en cardiologie, alors que ce critère est déjà caduc ! Dans le cas des statines, comme dans celui du tabac, l'EBM a créé de la vérité, c'est son extension monopolistique qui crée de la désinformation.

La tomodynamométrie osseuse est autre un exemple de critère caduc qui continue à être exploité dans le cadre de l'EBM.

Lorsque les évidences ne cessent de s'accumuler

Pouvait-on sincèrement croire, il y a quelques décennies, qu'une molécule puisse faire maigrir sans danger pour l'organisme ? Les médicaments proposés dans l'obésité, dérivés thyroïdiens et amphétaminiques, sibutramine, rimobant, etc., ont tous été retirés du marché en raison de leur très mauvaise balance bénéfiques/risques. Qui serait encore assez stupide aujourd'hui pour penser que la résolution de cette maladie environnementale puisse passer par une thérapie chimique ? Malgré ces évidences, soyons



certaines que de prochaines tentatives auront lieu... Elles seront encore considérées avec sérieux si elles revêtent les couleurs de l'EBM... C'est la loi des absolutismes ! Une étude est allée jusqu'à étudier les effets de la liposuction sur le risque cardiovasculaire des obèses [3] ! Devant l'absence d'effet, les auteurs concluent avec sérieux et honnêteté que l'amaigrissement par les règles hygiéno-diététiques semble être un meilleur choix !

Lorsqu'il y a entrave à la recherche et au progrès sanitaire

Quelques exemples dévoilent un autre aspect pervers du monopole. Certaines politiques sanitaires voient leurs marges de manœuvre réduites ou empêchées, dès que l'EBM fait irruption. L'arrivée d'une thérapeutique médicamenteuse dont l'efficacité est prouvée par l'EBM, dans un domaine où les mesures hygiéno-diététiques ont, de toute évidence, un impact majeur, suffit à réduire d'emblée la crédibilité de ces mesures. Le monopole de l'EBM déplace la cible dialectique sous ses projecteurs et alimente de nouvelles publications qui maintiennent à distance le bon sens originel et gênent la mise en place des politiques adaptées.

Ce monopole limite et gêne aussi la recherche, car le financement ne se fait alors que sur des objectifs limités à ce cadre.

La collusion prématurée entre recherche fondamentale et recherche clinique

La recherche fondamentale aboutit souvent à une biologie et à une médecine basées sur les preuves, mais plus rarement

à une thérapeutique basée sur les preuves (la bien mal nommée EBM).

Prenons encore un exemple simple. La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative, peut-être consubstantielle à l'Humanité. Elle n'est pas soumise aux lois de l'évolution en raison de son apparition constante après la période de fertilité. Comme il s'agit manifestement d'une maladie plurifactorielle, le succès relatif du modèle monofactoriel de la L-Dopa dans le Parkinson ne peut pas être reproduit ici. Les essais thérapeutiques sur les voies isolées du glutamate ou de la cholinestérase sont très décevants et semblent condamner définitivement ces modèles réductionnistes.

Ce n'est pas une raison pour abandonner la recherche. La piste vaccinale contre les peptides amyloïdes ? est intéressante, mais un essai de « prévention » dès l'âge de cinquante ans ne pourrait être envisagé qu'après de longues années de recherche fondamentale ! Espérons que la situation de monopole de l'EBM ne fera pas transgresser cette règle de patience, même s'il est enthousiasmant de penser que la neurodégénérescence n'est pas consubstantielle à l'Humanité !

Lorsqu'il y a manœuvre

Récemment, le *BEH* a publié une étude pour démontrer que les chutes étaient plus fréquentes en période de verglas, chez les personnes de plus de 45 ans et provoquaient aussi plus de fractures chez les personnes âgées [4] ! Ça ne s'invente pas ! La conclusion précise que le risque est supérieur chez les femmes ménopausées. Évidemment, et comme toujours, les financeurs de l'étude ne sont pas mentionnés... Les médecins ont donc appris que le verglas entraîne des chutes, ils peuvent désormais le dire à leurs patients, puisque cela est prouvé par l'EBM ! Ce genre d'étude entre clairement dans la stratégie du « bruit permanent » autour de l'ostéoporose... Ne jamais cesser de l'évoquer, même indirectement, même de façon stupide !

Lorsque le hors-sujet devient inacceptable

Dissenter sur l'étude FEAST [5] pourrait être amusant s'il ne s'agissait d'un sujet particulièrement dramatique. Cette étude avait pour but de comparer les méthodes de réhydratation usuelles, utilisées en Afrique, avec la technique de réhydratation rapide par *bolus*, validée par l'OMS. La méthodologie rigoureuse prévoyait le suivi de 3 600 enfants dans 6 hôpitaux de 3 pays. L'étude a été interrompue un peu avant son terme, car on a constaté 3 % à 4 % de décès supplémentaires dans le groupe traité par réhydratation rapide. La réhydratation par *bolus* peut provoquer une défaillance cardiorespiratoire que les unités de soins intensifs de nos hôpitaux occidentaux savent contrôler. Ceux qui ont mis, un jour, les pieds en Afrique doivent sourire. La majorité des hôpitaux africains ne possède pas d'unité de soins intensifs. Pour les rares qui ont un respirateur, un jour il n'y a plus d'oxygène, un autre jour plus

d'électricité ! Partout, l'hygiène et le matériel manquent, les soignants gèrent et apprécient différemment les urgences, les protocoles de soin sont difficiles à faire appliquer.

Malgré ces évidences qui sautent aux yeux du premier profane venu, les discussions continuent entre experts de l'OMS pour pointer les biais de cette étude et savoir si le *bolus* rapide est adapté à l'Afrique. Certains experts avancent que la plupart de ces enfants ayant un paludisme sévère, leur œdème cérébral interdit une réhydratation trop rapide. D'autres disent que le *bolus* aggrave l'anémie et nécessite une transfusion sanguine préalable. D'autres expliquent l'échec par le manque de pédiatres formés aux soins intensifs ! Certains pointent des erreurs dans la surveillance et l'adaptation des protocoles, d'autres l'absence de « culture de la réanimation » dans les hôpitaux du Sud !

Bref, la méthode aléatoire africaine des soignants en fonction des moyens du bord est meilleure que le protocole élaboré par l'OMS. Dans le cadre de l'étude, la mortalité dans les deux groupes a été à peine moindre que la mortalité habituelle. Preuve ultime qu'avec plus de médecins et plus de moyens occidentaux sur place, on fait à peine mieux.

Mais le plus amusant est la conclusion des experts. Aucun n'a osé dire qu'une telle étude était dérisoire, pour ne pas dire ridicule, dans un continent où les priorités sanitaires ne sont pas la validation de protocoles d'EBM. Dans un continent où le niveau sanitaire ne provient pas du manque de médecine, mais du manque de routes, d'infrastructures, d'éducation, d'hygiène, d'eau potable et de nourriture. Non, tous les experts, défenseurs comme détracteurs de l'étude, se sont mis d'accord sur un seul point : de nouvelles études sont nécessaires pour trancher !

Doit-on parler de dissonance cognitive ? Osons seulement affirmer que le monopole de l'EBM prive souvent nos experts de lucidité sur l'analyse des données du terrain, sur l'inadaptation totale de la médecine occidentale moderne en Afrique. À quoi sert de gagner 3 % ou 4 % de mortalité sur la déshydratation aiguë des enfants si la médecine tout entière ne représente que 10 % des gains sanitaires potentiels de ces pays. Pire, ce gain dérisoire et théorique de 0,3 % (3/1 000) détourne un budget qui aurait une bien meilleure efficacité sanitaire s'il restait alloué aux 90 % des causes extra-médicales. Une science de l'homme qui ignore ce prérequis de bon sens et d'observation, est-elle vraiment une science, et mérite-t-elle une publication dans une prestigieuse revue médicale ?

Cette étude est similaire à des centaines d'autres sur les risques de l'hypertension, du diabète de type 2, ou de l'hypercholestérolémie dans le tiers-monde. Étudier ces facteurs de risque, dans des pays où manque encore le minimum vital, a évidemment pour but de sensibiliser le lecteur occidental et fait partie du fameux « bruit » destiné à détourner les projecteurs. L'EBM en est le « noble » instrument.

Lorsque la biologie est bafouée

Le Thalidomide® était destiné à limiter les nausées du premier trimestre de la grossesse. Le Distilbène® était censé lutter contre les menaces de fausse-couche.

Nous savons aujourd'hui que les nausées du premier trimestre sont un pur produit de l'évolution, destiné à protéger l'embryon particulièrement vulnérable à d'éventuelles toxines alimentaires. Nous savons aussi que ces nausées, quoique très inconfortables, sont sans danger pour la mère. Nous savons que les fausses-couches spontanées sont un processus naturel d'élimination d'embryons et fœtus non viables, donc un choix naturel optimal pour l'espèce.

Faut-il continuer à faire un seul essai sur ces deux thèmes ? Évidemment non.

C'est souvent avec des traitements hormonaux que la biologie est bafouée. Il est normal de constater des déficits hormonaux lors du vieillissement. Combien d'essais ont été réalisés pour imposer le THS, la testostérone, la DHEA, avec les fiascos que l'on sait. Mais l'EBM continue à sévir avec de nouveaux essais sur la mélatonine dans les troubles du sommeil des personnes âgées. Aucun promoteur d'essai n'a simplement imaginé que les insomnies, réelles ou perçues, des seniors puissent n'être qu'un processus naturel du vieillissement.

Lorsque le contexte interdit tout réductionnisme

L'EBM résulte aussi de l'hyperspécialisation et de l'hypersectorisation à l'intérieur des spécialités, chaque secteur ne pouvant se valoriser et survivre qu'en produisant des chiffres validés par des études sur des critères de plus en plus réducteurs (le réductionnisme scientifique étant indispensable à la recherche fondamentale).

Or, le profil des patients occidentaux, est de plus en plus incompatible avec ce réductionnisme. Nous avons déjà mentionné le caractère plurifactoriel des nouvelles pathologies prises en charge, il faut y ajouter le caractère polypathologique des patients. La formation médicale est devenue inadaptée à la polypathologie [6]. Particulièrement pour les personnes âgées qui sont, en outre, le plus souvent exclues des essais randomisés. Ainsi, le résultat d'une étude, sur un seul critère réducteur, devrait exceptionnellement intervenir dans la prise de décision en gériatrie.

La position inconfortable du critique

Les philosophes nomment « axiologie » l'étude des valeurs morales et éthiques. Pour un médecin, la recherche clinique est une valeur positive, tout comme les intérêts et l'individualité de son patient. La « tension axiologique » commence lorsqu'il y a incompatibilité entre ces deux systèmes de valeurs. Plus le médecin progresse dans ses connaissances sociales, politiques, cliniques et biomédicales, plus la tension axiologique devient pénible. La position critique permet de résoudre partiellement cette tension, mais le risque est de provoquer un rejet par sa corporation. Il peut être plus facile de « s'évader » dans une pratique alternative et en acceptant,

bon gré, mal gré, la critique d'obscurantisme qui s'y accole systématiquement.

Critiquer le monopole indu et manipulateur de l'EBM, tout en restant dans un discours qui revendique la même rigueur scientifique, est plus difficile. On peut éviter l'écueil de l'étiquette obscurantiste en étayant minutieusement tous ses propos, en proposant toujours une dialectique, en reconnaissant les données réellement acquises par l'EBM. Mais il sera toujours davantage exigé du critique que du normatif. Situation paradoxale déjà évoquée où la défense du lait humain pour un petit d'homme exige désormais plus de preuves que celle du lait de vache !

Il est plus difficile d'éviter la critique triviale du « cracher dans la soupe ». Le marché accolé à l'absolutisme de l'EBM sait parfaitement que tous les universitaires et médecins tirent profit en amont et en aval de ses publications, fussent-elles médiocres ou réfutées ultérieurement. Chacun d'entre nous fait régulièrement des prescriptions, issues de publications médiatisées, et dont il a déjà acquis la certitude qu'elles sont inutiles, voire nuisibles à son patient. Tenter de convaincre un patient, ou sa famille, qu'une tomodensitométrie osseuse, un « check-up », un dosage de testostérone, un anticholinestérasique ou un dépistage de cancer n'a aucun intérêt est une position intenable en pratique quotidienne, car les certitudes sociales et les messages institutionnels anéantissent toute possibilité dialectique en cours de consultation. Enfin, répétons ici que les preuves qui produisent de la médecine sont toujours catégorisées comme plus pertinentes que celles qui n'en produisent pas.

Conclusion : présence de l'épistémologie ou de l'EBM ?

Terminons le tour des aspects de ce monopole de l'EBM par le plus étrange : la soumission à sa forme est devenue aussi despotique que la soumission à son fond. Il semble qu'il soit désormais interdit d'écrire et de penser la médecine et le soin sous une forme qui ne soit pas celle du compte-rendu d'un essai randomisé destiné à une publication dans le *BMJ* ou le *JAMA*.

Serait-il possible aujourd'hui pour un médecin de publier (par exemple) une réflexion sur l'utilité des antalgiques dans la migraine du grand enfant ou de l'adolescent, sans avoir fait au préalable un essai randomisé entre les thérapeutiques cognitivo-comportementales (TCC) et les antalgiques ? Poser cette question, sur des bases pertinentes de connaissance

de l'histoire naturelle de cette maladie et de ses différents traitements, n'outrage aucune science. Réfléchir au succès des TCC dans la douleur, aux risques addictifs des traitements précoces, à la prévalence des céphalées chroniques quotidiennes (CCQ), et à l'évolution capricieuse des céphalées au cours de la vie, peut avoir une très grande portée soignante. L'histoire naturelle de la migraine semble prouver que l'abstention pharmacologique dès le plus jeune âge est un pari clinique acceptable pour l'évolution la plus favorable au long cours. Aucun médecin n'oserait écrire cela dans un format non EBM-compatible. Il faut donc attendre l'essai randomisé pour prouver, dans trente ans, l'évidence clinique d'aujourd'hui.

Continuons avec la migraine, exemple choisi entre mille. Une récente recherche fondamentale évoque la possibilité d'une origine migraineuse des coliques du nourrisson [7]. Cela paraît logique lorsque l'on sait que les douleurs abdominales de l'enfant sont souvent une forme juvénile de la migraine. On peut, *a priori*, refuser toute étude de thérapeutique basée sur les preuves, qui comparerait un antimigraineux à un placebo pour traiter les coliques du nourrisson. Le bon sens impose une étude préalable placebo *versus* câlin ! Surtout, nous sommes certains que l'idée de médicaliser les coliques du nourrisson pourrait se transformer en une médicalisation de tous les pleurs du nourrisson. L'EBM irait jusqu'à faire oublier aux médecins que les pleurs du nourrisson sont le meilleur moyen de requête qu'ils ont à leur disposition. Et les parents fatigués seraient faciles à convaincre que les pleurs de leur nourrisson recèlent une anomalie. Tout concourt à empêcher la moindre étude pharmacologique EBM-compatible sur ce sujet. Je suis littéralement terrifié à l'idée qu'une telle étude puisse voir le jour, au nom de la suprématie de l'EBM sur toute autre forme de pensée.

Récemment, un article [8] sur la manipulation éditoriale des questions de santé dans les médias m'avait valu une seule critique émanant d'un spécialiste de... la lecture critique des essais randomisés. J'aurais évidemment préféré une controverse dans le registre épistémologique et sociologique où l'article se positionnait. Il apparaît que le seul fait d'être médecin et de disserter autour de la médecine nous condamne au filtre réducteur de la lecture EBM. La situation de monopole aboutit à trouver évident que l'EBM devienne un prérequis de la réflexion médicale, alors qu'il serait bien plus profitable d'avoir une réflexion épistémologique, clinique, sociale, économique ou politique avant toute recherche ou publication dans le champ de la médecine et du soin.

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

Références :

1. Leloup D, Foucart S. La guerre secrète du tabac, des recherches sous influences. Le Monde du 2 juin 2012.
2. Smith GC, Pell JP. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *Br Med J*. 2003;327:1459-61.
3. Klein S, Fontana L, Young VL, Coggan AR, Kilo C, Patterson BW, Mohammed BS. Absence of an effect of liposuction on insulin action and risk factors for coronary heart disease. *N Engl J Med*. 2004;350:2549-57.
4. Laaidi K, Retel O, Baffert E, Rigoul A, Daniel S, Mandereau-Bruno L, et al. Impact sanitaire des épisodes de froid, neige et verglas de l'hiver 2010-2011 dans quatre régions françaises. *BEH*. 2013;3:27-30.
5. Maitland K, Kiguli S, Opoka RO, Engoru C, Olupot-Olupot P, Akech SO, et al. Fluid Expansion As a Supportive Therapy. Mortality after Fluid Bolus in African Children with Severe Infection. *N Engl J Med*. 2011;364:2483-95.
6. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380:37-43.
7. Romanello S, Spiri D, Marcuzzi E, Zanin A, Boizeau P, Riviere S, et al. Association between childhood migraine and history of infantile colic. *JAMA* 2013;309:1607-12.
8. Perino L. Décrypter un article médical dans un journal non médical. *Médecine*. 2012;8(7):323-7.

Evidence Based Medicine : critique raisonnée d'un monopole

- ▶ Après des millénaires de fantaisies subjectives, la notion de *preuve* a fait son apparition dans le domaine thérapeutique, il y a moins de deux siècles. Avec l'évolution des pathologies prises en charge, l'ascendance des statistiques et le développement de la santé publique, les approches populationnelles et probabilistes ont fini par dominer la thérapeutique et dominent aujourd'hui toutes les publications et tous les enseignements médicaux.
- ▶ Ne nions pas les apports réels de *Evidence Based Medicine*. Mais en critiquer raisonnablement le monopole n'est pas synonyme d'obscurantisme. Il existe même de nombreuses situations où *Evidence Based Medicine* ne devrait jamais être utilisée comme référentiel. Le plus étrange du *monopole* de *Evidence Based Medicine* est que la soumission à sa forme est devenue aussi despotique que la soumission à son fond. Il serait profitable d'avoir aujourd'hui une réflexion épistémologique, clinique, sociale, économique ou politique avant toute recherche ou publication dans le champ de la médecine et du soin.