

What's Wrong with EBM?

Jean Martin

Dr med., membre de la rédaction



C'est le titre d'un bref article du *Hastings Center Report* [1], par J.J. Fins, professeur au Weill Cornell Medical College. Mais qui pourrait être contre l'Evidence-Based Medicine, admet-il en préambule? Son souci est qu'EBM semble devenir, de manière simpliste, le critère nécessaire et suffisant du «good doctoring». La montée d'EBM dans les dernières décennies du 20^e siècle a contribué à standardiser les traitements et diminuer les erreurs c'est vrai, mais dans ce processus quelque chose de l'art de guérir a été perdu. «Avec son penchant pour les protocoles et checklists, EBM peut devenir aveugle à l'importance des histoires des patients, qui sont les moteurs principaux du raisonnement diagnostique.» La tendance à s'éloigner de ces histoires, de l'anamnèse, est exemplifiée à son avis par la procédure de recertification du *Board of Internal Medicine* américain, qui teste la connaissance des dernières publications de la littérature plus que la capacité à arriver au bon diagnostic en vue d'appliquer le bon traitement. «Les patients n'arrivent pas au cabinet avec une fiche portant les mots-clés menant au diagnostic de leur trouble, ils viennent avec des narrations non-linéaires, des récits personnels à mettre en contexte et à compléter par un dialogue adéquat.» L'échange entre soigné et soignant est «*what diagnostic thinking is all about*». Fins considère que l'application des critères EBM a mis de côté le travail de détective qui fait partie intégrante de l'activité médicale.

Dans le même numéro, analyse par J.D. Lantos [2] des deux derniers ouvrages de Eric J. Cassell (*The Nature of Healing* et *The Nature of Clinical Medicine*). Ces livres, dit-il, traitent de l'activité clinique et de «comment la nature de la médecine clinique permet au clinicien d'être aussi un guérisseur». La clé, pour le médecin-guérisseur, est d'être un observateur et interprète de tout ce qu'est son patient, avec sa vie, ses buts, ses symptômes, ses réticences. Ceci dans une «*voracious approach to both hard and soft data*»!

Le commentateur souligne que Cassell n'est pas contre EBM; pour lui toutefois, «la connaissance scientifique n'a pas à être première dans l'esprit du médecin. Plutôt, l'accent doit être sur le malade et sa compréhension de ce qui ne va pas, de ce qui est possible, de ce qui est préférable.» Cassell note que la pratique usuelle, poser le

bon diagnostic et recommander le traitement approprié, convient bien aux affections aiguës, pour lesquelles précisément il existe des cures efficaces. Aujourd'hui cependant, la plupart des consultations médicales concernent des affections chroniques: des problèmes qui apparaissent lentement, où pour l'essentiel les traitements soulagent les symptômes, ralentissent leur progression. Dans ce cadre, «dans l'intervalle entre le diagnostic et la mort [!], le succès dépend de l'intérêt constant du patient à comprendre le suivi thérapeutique à long terme et de sa motivation à appliquer ce régime.» Pour promouvoir intérêt, motivation et une alliance thérapeutique, le médecin travaillera en partenariat avec les autres professionnels impliqués et avec le malade. Et, dans la durée, montrera de la compassion pour ce dernier.

La clé, pour le médecin-guérisseur, est d'être un observateur et interprète de tout ce qu'est son patient.

Plus avant, pour Cassell, c'est une erreur de fonctionner comme s'il y avait dans l'activité médicale deux objectifs séparés, l'un lié à la connaissance scientifique de la pathologie, l'autre à la problématique humaine du malade; il n'y a qu'un but, le bien-être du patient.

Lantos, l'auteur de la recension, rend aussi attentif au piège qu'il y a à imaginer que les personnes individuelles peuvent être «abstraites» dans des groupes définis. Cela ne marche pas, dit-il. Tout ce dont nous avons besoin, ce sont des histoires des malades! (rejoignant Fins – cf. ci-dessus, et ceux qui depuis une vingtaine d'années insistent sur l'importance d'une approche narrative).

Le médecin de santé publique qui écrit le présent «Et encore...» a été formé à donner attention aux aspects statistiques, sociologiques, sociétaux, de la santé d'une population et de ses membres, aux éléments biomédicaux objectifs, quantitatifs; mais, bien sûr, je n'ai aucune peine à être convaincu qu'on ne peut pas faire sans la dimension relationnelle individuelle, d'échange humain et d'empathie; fondement de la pratique. A vrai dire, c'est là un truisme. Mais, parfois, *bis repetita placent*, comme ont l'air de le penser les confrères américains dont il est question ici [3].

1 Fins JJ. What's Wrong with Evidence-Based Medicine? The Hastings Center Report, Jan–Feb 2016, 46, no. 1, 49.

2 Lantos JD. Learning to Listen, Listening to Learn. The Hastings Center Report, Jan–Feb 2016, 46, no. 1, 46–7.

3 Ainsi que des collègues distingués chez nous: voir Stiefel F, Canuto A. Le médecin du futur: physician enhancement? Revue médicale suisse, 2016, 12, 291.