

Le débat «Evidence-based Medicine» versus «Experienced-based Medicine»

A la suite de l'article de G. Duc intitulé «Les méfiances du clinicien à l'égard de l'evidence-based medicine», Swiss Medical Forum N° 26, 2001, p. 692-3.

Depuis des mois, c'est une véritable joute médico-politico-littéraire qui s'offre à notre lecture: le débat «Evidence-based Medicine» versus «Experienced-based Medicine» fait rage et le praticien que je suis y perd le peu de latin qu'il a glané au cours d'un gymnase scientifique, le premier à l'époque à donner accès à la médecine – c'était en mai 1968.

Comment pouvais-je m'imaginer à l'époque que la médecine n'était pas elle aussi une science se basant sur des modèles prédictifs et la reproductibilité des résultats, même si la nature n'en fait finalement qu'à sa tête?

Dès lors, l'idée tant débattue aujourd'hui que tout traitement doit «donner la préférence aux méthodes dont l'efficacité a été prouvée par des études adéquates» paraît d'une telle évidence que le verbiage qui l'entoure s'apparente plus à un EPO (Enfoncement de Portes Ouvertes) qu'à un vrai débat sur la nature du travail du médecin.

Qui doute en effet un seul instant qu'il faille prescrire un traitement approprié, reconnu et dont les résultats ont été étudiés sur des populations suffisamment grandes et variées pour que l'on soit sûr d'éviter interactions et effets secondaires indésirables, voire dangereux, ou tout simplement en effet placebo plus coûteux que la prescription d'eau distillée parfumée?

Qui doute un seul instant que tout praticien doit être à l'affût de ses intuitions afin de les reconnaître à temps et les mettre à l'épreuve de la réalité de son patient pour les confirmer ou les infirmer, mais en aucun cas se laisser gouverner par elles aveuglément au risque de se fourvoyer gravement?

Sans intuition, pas de pénicilline, sans expérience clinique, pas le Largactil ni d'IMAO, même si d'énormes progrès ont été réalisés depuis lors grâce à des études prospectives randomisées.

Alors, où se situe donc l'erreur? Peut-être justement dans ces essais cliniques dont on nous vante tant les mérites sans parler de certains inconvénients. Le principal se situe précisément dans la méthode utilisée : en double aveugle. C'est là la faiblesse des études expé-

mentales: dans bien des situations, il est éthiquement impossible de refuser tout traitement à des individus souffrant ou menacés dans leur santé ou dans leur vie sous prétexte de créer l'indispensable groupe témoin de ce genre de recherches.

On se trouve donc réduit à appliquer ces méthodes à des affections bénignes ou aux maladies incurables. Difficile d'imaginer, dans les autres cas, comment choisir ceux qui subissent le traitement à évaluer et ceux qui bénéficient du placebo.

Et puisqu'on parle d'imagination, pensons au traitement chirurgical d'une tumeur maligne ayant un taux de survie de 60% à 5 ans après une exérèse large mais mutilante. Comment créer un groupe témoin subissant une chirurgie moins invasive sans avoir l'impression de lui faire courir un risque plus important de rechute?

Si l'EBM permet de trier les traitements efficaces, inutiles ou dangereux, elle n'est par contre d'aucune aide face au vécu émotionnel du médecin ou du patient. Il n'entre d'ailleurs pas en considération dans son évaluation, puisqu'elle ne dispose d'aucun moyen pour le mesurer.

En fin de compte, on se retrouve toujours dans la situation où, convaincu par des statistiques extrêmement fiables qu'une réanimation est vouée à l'échec, on tente tout de même le tout pour le tout par respect pour l'entourage et parce qu'il reste à la médecine un fond d'humanité évidente.

Pourquoi tant de battage autour de cette certitude qu'il faut toujours se donner les moyens de choisir le meilleur traitement, le mieux supporté et le moins cher? Peut-être parce que l'EBM serait, idéalement, une médecine assistée par ordinateur (MAO?) où, remplissant une machine de données – à tout le moins d'un diagnostic précis – elle nous indiquerait sans équivoque le traitement à appliquer avec le maximum de chances de succès. Elle pourrait même choisir entre plusieurs formes d'administration en fonction de la fiabilité du patient (va-t-il prendre ses remèdes au bon moment?), de sa compréhension de ce qui lui arrive (intellectuelle et émotionnelle) et de ses facultés mnésiques.

Il faut pourtant bien reconnaître, à l'heure où

chaque médecin est équipé d'un ordinateur, où l'on recense la population par internet et où le stock d'une pharmacie est géré en temps réel, qu'il n'existe aucun programme d'aide au diagnostic digne de ce nom. A croire que la réflexion humaine est impossible à modéliser, mélange d'expérience et d'intuition inimitables. La solution toute trouvée, si on se révèle incapable de faire réfléchir la machine comme

un humain, c'est de faire raisonner l'humain comme une machine.

Ce sera mon dernier mot. Il est dur, je le concède, mais quelle autre raison d'asséner avec tant d'insistance de telles évidences que le constat de la faillite de la médecine assistée par ordinateur à ce jour?

Dr Bernard Scherler, Neuchâtel