



### L'EBM peut-elle encore enthousiasmer ?

Gilles Henrard, Département de Médecine Générale, Université de Liège

L'EBM serait prise en otage. C'est John Ioannidis, figure de proue de l'EBM de ces dix dernières années, qui en fait le constat. Il le fait de très belle manière. Dans un article (1) sous forme de lettre, douce-amère et lucide, adressée à David Sackett, pionnier aujourd'hui décédé du mouvement, qui prolonge fictivement une de leur conversation ayant eu lieu en 2004. Cette année-là, Minerva débutait. C'est dire si ce témoignage de premier rang sur l'évolution du mouvement EBM nous parle.

L'article a d'abord un intérêt historique. En 2004, l'auteur de l'éditorial que vous lisez sortait à peine de l'université. Pour notre génération de soignants, qui est en quelque sorte « née dans l'EBM », il est utile de se remémorer à quel point l'EBM originelle, celle qui a pris pied au Canada dans le milieu des années 90, a pu être émancipatrice, en s'opposant notamment à l'arbitraire de l'« Eminence Based Medicine ». Ioannidis décrit de manière savoureuse comment le monde académique a d'abord accueilli la naissance du mouvement avec animosité, pour ensuite le courtiser par opportunisme. Il dresse ensuite un réquisitoire, limpide et étayé, sur une série de dérives actuelles de l'EBM. Dérives avec lesquelles les lecteurs de Minerva sont déjà souvent familiers : place grandissante de l'industrie dans la production de preuves, course sans foi ni loi à la publication, et absorption d'une grande part des budgets de recherche sur des questions à faible valeur en termes de santé publique mais économiquement rentables. La bibliographie est un véritable florilège. Mais l'intérêt principal de l'article réside probablement ailleurs. Il nous semble en effet qu'Ioannidis, à travers la tendresse avec laquelle il décrit la figure de David Sackett, nous rappelle deux garde-fous essentiels face à ces dérives. Premièrement, l'importance de la pratique de terrain, que Sackett n'a jamais abandonnée (2). Elle nous aide à formuler des questions de recherche pertinentes et plus simplement à garder les pieds sur terre. Le refus ensuite, à partir d'un certain point, du statut d'expert. Par deux fois dans sa carrière, Sackett a quitté un terrain d'investigation dans lequel il jugeait que sa position dominante mettait à mal le brassage des idées (3).

Un de mes collègues, analyste fidèle pour Minerva, m'écrivait récemment : « *Un des déterminants majeurs de la qualité des soins, ici comme dans les campagnes africaines, est la motivation des thérapeutes. Or, même bien pratiquée, j'ai peur que l'EBM ne démotive plus souvent qu'elle ne motive les thérapeutes lambda...* ». A l'heure où les « meilleures preuves issues de la recherche » sont trop souvent vécues par le clinicien comme un carcan, une sphère se développant très loin d'eux au détriment de l'expertise clinique (4) et du dialogue avec le patient (5) - alors que ces deux domaines sont parties intégrantes de la démarche EBM originelle -, la question est de savoir si l'EBM peut laisser une place valorisante aux thérapeutes, un rôle actif d'intégration de différents points de vue (les preuves scientifiques, l'intuition clinique du soignant et l'avis/la compétence du patient), chacun étant pertinent en soi. Pour le dire plus simplement, l'EBM est-elle encore une histoire capable d'enthousiasmer les thérapeutes ?

Les membres du comité de rédaction de Minerva sont persuadés qu'elle en a le potentiel. Parce que la capacité à adopter une démarche scientifique avec une certaine indépendance (Minerva par exemple est construit *par* des acteurs de terrain *pour* des acteurs de terrain), nourrit le sentiment de bien faire son métier chez la grande majorité des soignants. Être à l'affût de ce qui fait l'actualité et prendre le temps d'y réfléchir (*voir l'article de ce numéro* : « Y a-t-il un rôle pour les nouveaux anticoagulants oraux dans le traitement à long terme de l'embolie pulmonaire ? » (6)), analyser une pratique thérapeutique établie de longue date mais qui n'est basée sur aucune donnée convaincante (*voir* : « Pas

de relais par HBPM lors d'une interruption d'un traitement anticoagulant en vue d'une intervention élective à risque hémorragique en cas de FA ? » (7)), explorer un domaine encore trop peu décrit bien que relevant du quotidien des soignants (*voir* : « Symptômes non expliqués médicalement : le désarroi des étudiants en médecine en formation » (8)), tout cela nous stimule. Pour les questions sur lesquelles des preuves scientifiques existent, certains rêvent (et d'autres craignent) une médecine standardisée au travers d'une EBM, réduite à l'état de catéchisme comme l'écrivait Prescrire (9). Nous pensons qu'il revient à chaque soignant, même quand les preuves sont fortes, de se baser également sur quelques repères fondamentaux pour prendre des décisions partagées avec son patient. Quelle est l'évolution naturelle de ce problème de santé ? Dois-je le médicaliser ? Quels objectifs de santé sont en jeu : guérir, soulager, améliorer la qualité de vie, assurer la participation aux activités quotidiennes de la vie (10) ? Comment assurer un maximum d'autonomie à mon patient...s'il s'en sent capable et comment l'accompagner dans ce chemin vers plus d'autonomie, ou comment l'accompagner dans l'acceptation d'une perte d'autonomie (11) ?

Puisse la lecture de ce numéro de Minerva, au-delà de vous donner quelques outils pour la qualité de vos soins, vous motiver dans votre travail. L'article d'Ionnadis a eu cet effet réflexif et enthousiasmant sur moi. Un article pour tous ceux qui ont décidé de ne pas jeter le bébé EBM avec l'eau du bain pharmaco-académico-industriel.

## Références

1. Ioannidis JP, Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *J Clin Epidemiol* 2016;73:82-6.
2. Straus SE, Sackett DL. Clinician-trialist rounds: 7. Mentoring: why every clinician-trialist needs to get mentored. *Clin Trials* 2011;8:765-7.
3. Sackett DL. The sins of expertness and a proposal for redemption. *BMJ* 2000;320:1283.
4. Buist M, Middleton S. What went wrong with the quality and safety agenda? An essay by Michael Buist and Sarah Middleton. *BMJ* 2013;347:f5800.
5. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 2014;312,1295-6.
6. Sculier JP. Y a-t-il un rôle pour les nouveaux anticoagulants oraux dans le traitement à long terme de l'embolie pulmonaire ? *MinervaF* 2016;15(7):170-4.
7. Chevalier P. Pas de relais par HBPM lors d'une interruption d'un traitement anticoagulant en vue d'une intervention élective en cas de FA ? *MinervaF* 2016;15(7):166-9.
8. Henrard G. Symptômes non expliqués médicalement : le désarroi des étudiants en médecine en formation. *MinervaF* 2016 ;15(7):175-9.
9. Prescrire Rédaction. L'un et l'autre. *Gamberges. Rev Prescrire* 2006;26:641.
10. De Jonghe M. Vers une individualisation des soins ou une prise en compte des objectifs de soins ? [Editorial] *MinervaF* 2013;12(7):79.
11. Boeckxstaens P. Planification de soins personnalisés en cas de maladie chronique ? *MinervaF* 2015;14(10):124-5.