

## La médecine qui mon(s)tre

Paul De Cort, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven  
Texte sous la responsabilité de la rédaction néerlandophone

**M**algré la pénétration de la médecine factuelle, médecine qui montre des faits, alias EBM, ce thème fait régulièrement l'objet de débats, même au sein de la revue *Minerva*, notamment en ce qui concerne les limites, sur le plan des techniques<sup>1</sup> et du contenu<sup>2</sup>, pour appliquer les données issues de l'EBM dans la pratique clinique quotidienne ou en ce qui questionne le risque que l'importance des études cliniques soit surestimée au détriment des sciences physiopathologiques fondamentales, quoique ces deux approches soient complémentaires<sup>3</sup>. Après de telles discussions, une vision commune est généralement adoptée car, au fond, l'EBM reste une méthodologie qui entend garantir la qualité des traitements en se basant sur des méthodes thérapeutiques validées. Personne ne peut s'opposer à cet objectif. Les considérations de Sackett, le fondateur de l'EBM, finissent par convaincre tous les critiques, aussi acharnés soient-ils. Sackett affirme qu'une décision médicale doit de préférence toujours concilier les trois éléments suivants : l'expérience et les connaissances du médecin, les preuves issues de la littérature et l'opinion et les préoccupations du patient. Grâce à cet algorithme, les données provenant de la recherche clinique systématique sont intégrées à l'expérience clinique et aux connaissances, ainsi qu'aux valeurs et aux attentes du patient, écrit le psychiatre J. Vandenberghe dans son article publié dans la revue « *Tijdschrift voor psychiatrie* »<sup>4</sup> sous le titre « Grenzen aan evidence b(i)ased psychiatrie » (Limites de la psychiatrie b(i)a(i)sée sur les preuves).

Les psychiatres ne sont pas les seuls à se poser des questions sur le fait d'effectuer des analyses statistiques de « l'être humain » pour tirer des conclusions probantes. Chez les médecins généralistes aussi, et certainement face à ceux de leurs patients qui présentent un problème psychosomatique ou psychosocial, persiste un sentiment de rétrécissement du champ de vision lors de la consultation des données EBM, si tant est qu'elles soient trouvées. Le traditionnel fossé entre le clinicien et le scientifique repose toujours sur le fait que le patient est considéré en fonction de la moyenne des résultats d'un échantillon de personnes strictement sélectionnées dont des variables ou éléments particuliers sont mesurés. Les travailleurs de la santé actifs dans le domaine de la psychiatrie (psychologues, psychothérapeutes) dénoncent cette réduction avec de plus en plus d'acuité. Sans mettre en doute les mérites essentiels de l'EBM, ils soulignent qu'« il ne reste pas ou que peu de place pour ce qui est essentiel au patient, son traitement ou sa thérapie », pour « le nœud du problème ». Nous parlons ici des aspects qui font partie de la relation thérapeutique, mais qui s'effacent dans l'optique pragmatique de l'EBM : l'empathie, la présence, l'implication et la confiance. En outre, l'espace semble réduit pour ce qui dépasse l'immédiat : la quête de sens, la conception de la vie et la spiritualité<sup>5</sup>. De même, le contexte du patient peut être, au mieux, faiblement évalué<sup>6</sup>. Les méthodes privilégiées de l'EBM, à savoir l'étude randomisée contrôlée et la méta-analyse, ne permettent pas de donner à ces éléments toute leur valeur. Ces méthodes de recherche estompent les aspects thérapeutiques spécifiques et personnels et leur font perdre leur importance. Ceci est à l'origine de plaidoyers en faveur d'autres formes d'évaluation de la qualité en psychothérapie. L'EBM a été développée à partir de l'épidémiologie clinique, domaine dans lequel il est essentiel de mesurer avec précision des critères bien décrits et mesurables. Les RCTs montrent en effet le moindre risque de biais dans cette approche, mais, du fait de leur méthodologie stricte, elles ne conviennent pas toujours pour mesurer l'effet des aspects individuels des thérapies. En outre, il n'existe pas de modèle unique de psychothérapie.

Ce thème des « effets difficilement mesurables de la psychothérapie » a également été analysé par Verhaeghe<sup>7</sup>. Il conclut que les méthodes courantes de recherche, du fait du rétrécissement de leur champ de vision, n'accordent pas suffisamment d'attention aux caractéristiques procédurales des psychothérapies qui vont en profondeur, ce qui risque de leur faire perdre leur pertinence. Il utilise une métaphore pour faire comprendre que la recherche pharmacologique (les études contrôlées randomisées), par la méthodologie appliquée, a fait entrer le cheval de Troie dans la ville « Psychothérapie », cheval qui menace de la détruire. Il constate une vision tronquée dans le secteur des soins de santé, où la qualité est déterminée par les bons résultats. Selon Verhaeghe, il s'agit d'un symptôme de la nouvelle « grande histoire » qui porte le nom de néolibéralisme et méritocratie, et qui n'incite qu'à une réussite (commerciale) superficielle et passagère<sup>8</sup>. Une nouvelle sorte de (psycho)thérapie est en effet nécessaire, car le « brave névrotique » n'existe plus, l'ancien patient YARVIS de jadis (Young, Attractive, Rich, Verbal, Intelligent, Social) a été remplacé par le patient « I am feeling FINE, hello ? » (entendez « Fucked-up, Insecure, Neurotic, Emotional »), qui n'accepte plus de s'étendre sur un divan...<sup>8</sup>.

L'EBM en fait les frais, en particulier aux Pays-Bas, où le remboursement des thérapies psycho-analytiques de longue durée a été supprimé en raison d'un prétendu déséquilibre du rapport coûts/bénéfices. Une revue érudite pour psychothérapeutes a publié un article dont le titre en dit long : « de (on)macht van het evidencebeest » (l'(im)puissance de la médecine qui mon(s)tre les faits)<sup>9</sup>.

Les réflexions de Krikilion<sup>5</sup> sont plus nuancées et plus familières au médecin généraliste. Ce psychothérapeute dans un centre de santé mentale s'appuie sur son expérience pour faire des propositions d'élargissement du cadre de référence de l'EBM. Il affirme que le traitement est une donnée multidimensionnelle, attentive aux différentes dimensions de la personne (liens entre les aspects psychiques, sociaux, physiques...) et de la thérapie (forme pluristratifiée d'accompagnement, de surveillance). Dans cet ordre d'idées, Barbara Michiels parle également, dans son éditorial<sup>6</sup>, du « pouvoir thérapeutique » d'une bonne relation médecin-patient. Il s'agit, dans un deuxième temps, de clarifier les valeurs concernées, en concertation avec le patient (Value-based medicine)<sup>4</sup>. Cette « recherche de la différence » conduit à un ajustement de la demande de soins car « ce qui a de l'effet » chez une personne ne constitue pas d'office l'approche appropriée pour une autre. Enfin, est placé un plaidoyer visant à élargir les connaissances réductionnistes provenant de la recherche scientifique vers des connaissances issues d'une « recherche commune de la vérité concernant telle situation particulière du patient ». La connaissance revêt ainsi un caractère beaucoup plus coloré et elle acquiert la signification de sagesse.

Ces réflexions de la rédaction rejoignent une analyse publiée dans ce numéro, pour un article évaluant les valeurs de différentes psychothérapies. Nos réflexions ne modifient pas les conclusions de cette analyse. Elles visent à souligner qu'une réduction rationnelle d'une situation de soins, caractéristique de toute RCT, est encore plus frappante lorsqu'il s'agit de sujets complexes comme des problèmes psychiques, prise en charge de multimorbidité, soins en fin de vie, etc.. et que, dans ces cas, il est tout à fait clair qu'une bonne prise en charge du patient est bien plus que l'application à la lettre d'un guide de pratique<sup>10</sup>. Tout clinicien le sait et en fait l'expérience.

Références voir site web [www.minerva-ebm.be](http://www.minerva-ebm.be)