

## La dictature des données probantes

Christian MORMONT

### Remarque préliminaire

Le titre qui m'a été proposé, « La dictature des données probantes », met en avant l'attitude autoritaire et sectaire de certains professionnels qui semblent ne pas avoir bien intégré que, par essence, le progrès scientifique tend à rendre caduques, aujourd'hui, les certitudes – leurs certitudes- d'hier. Et demain, ce sera le tour de nos certitudes actuelles d'être dépassées. La science ne peut inspirer que la modestie. Mais elle est œuvre humaine et porte les stigmates de notre nature. Dès lors, la modestie s'y rencontre peu. Par contre, elle est engagée dans les jeux de pouvoir, d'ambition, de narcissisme. C'est ce que l'on constate assez banalement. Et si d'aventure, on n'accepte pas de participer à ces jeux, on est taxé d'obscurantisme et pire. C'est de la dérive de l'utilisation du savoir dit scientifique que l'on m'a demandé de parler ici.

---

Venons-en donc aux données probantes (*evidence-based*).

Pour adopter les meilleures solutions, les meilleurs traitements, en médecine, et dans tous les domaines, il faut idéalement disposer des meilleures informations. Mais nous savons tous que, dans la vie réelle, l'accès à ces informations, leur interprétation et leur application sont malaisés.

Le savoir évolue à une telle vitesse et aux travers de tant de publications, qu'il est devenu impossible, pour le praticien même spécialisé, de suivre et d'intégrer tout ce qui se publie. La tâche que représente la revue exhaustive de la littérature scientifique et un suivi permanent des parutions dépasse les ressources de chacun en moyens, en temps, en compétence.

Il est donc raisonnable et rationnel de mettre en place les outils nécessaires au développement du meilleur savoir scientifique, de sa transmission et de son application. C'est l'ambition de l'*evidence-based medicine*, de l'*evidence-based decision, practice* ou *policy* etc. On pourrait parler de mouvance, de constellation, d'esprit *evidence-based* pour désigner tout ce qui touche à cette approche.

La notion d'*evidence-based* s'est développée initialement dans le champ de l'enseignement de la médecine (*evidence-based medicine*). Dans sa définition originelle ("*Evidence-based medicine is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values.*" (Sackett D et al. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, 2nd edition. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2000, p.1)), l'accent est mis sur l'**intégration** des meilleures données scientifiques à la pratique clinique en tenant compte des valeurs du patient. Cette définition contient-elle autre chose que le serment d'Hippocrate exigeant du médecin, savoir, compétence et éthique ? Le meilleur savoir possible, c'est-à-dire fondé sur les données actuellement les mieux établies ; la compétence qui est la mise en œuvre

habile du savoir ; l'éthique qui se consacre aux valeurs en présence et en conflit. *Quid novi sub sole ? Nihil !* Rien de neuf au niveau des fondamentaux.

Toutefois, cette définition a subi une évolution qui lui a donné une inflexion différente : « *L'evidence-based medicine (EBM) se définit, alors, comme une **méthode** de recherche et d'application consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* ».

L'accent est donc mis sur la méthode alors que, dans la première définition, c'est l'objectif (l'intégration) qui est mis en relief. Ce glissement apparemment anodin est d'une importance capitale, comme nous allons le voir, car la notion d'*evidence-based* est alors plus qu'un principe, c'est aussi une méthodologie, une épistémologie et même une institution.

Mais d'abord, revenons à la locution *evidence based* dont la signification n'est pas très claire : sans nous y attarder, signalons que, dans la littérature francophone, on trouve parfois le mot anglais *evidence* traduit par « évidence », ce qui est presque un contre-sens. Le mot anglais renvoie à la notion de preuve, de faits, de démonstration, de ce qui fait croire qu'une chose est vraie ou non. Alors qu'en français, « une évidence est ce qui s'impose à l'esprit comme une vérité, ou une réalité, sans qu'il soit besoin d'aucune preuve ou justification ». S'ensuivent donc des difficultés sémantiques qui peuvent dégénérer en incompréhension et en désaccord. Sans résoudre ce problème linguistique, nous garderons présent à l'esprit ce halo sémantique constitué autour de l'idée de preuve, de donnée probante.

Les données probantes résultent des recherches dites de haut niveau menées selon des méthodes strictes, des règles rigoureuses et analysées statistiquement par des programmes adéquats. Le point de départ de la démarche est la définition précise du problème clinique. Cela fait, il faut explorer les ressources pertinentes de la littérature scientifique, puis apprécier la qualité (validité, utilité) des données produites par la recherche, pour tenter de répondre à la question initiale et enfin appliquer les conclusions dans la pratique clinique, à un individu déterminé.

Les conclusions s'appuient sur les « preuves » disponibles, mais toutes les preuves n'ont pas le même poids, elles sont hiérarchisées. Ci-dessous, un tableau qui matérialise cette

<p>Hiérarchie des preuves dans la décision thérapeutique, selon la <i>Canadian Task Force on Periodic Health Examination</i>. D'après Boissel [2]</p> <p><u>Niveau Fondement des données disponibles</u></p> <p>I Au moins un essai clinique randomisé de façon appropriée</p> <p>II-1 Essais cliniques bien menés, mais sans randomisation</p> <p>II-2 Études de cohorte ou cas-témoins bien menées, de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe</p> <p>II-3 Séries chronologiques multiples, avec ou sans intervention</p> <p>III Opinions d'experts reconnus</p> <p>Bizouarn, P. Pratique et critique de <i>l'evidence-based medicine</i></p> <p>L'INFORMATION PSYCHIATRIQUEVOL. 81, N° 8 -</p> <p>OCTOBRE 2005</p>
--

hiérarchisation.

Au sommet, se trouvent les recherches comportant un groupe expérimental et au moins un groupe-contrôle, attribution aléatoire, double (ou triple) insu, s'il y a lieu. Suivent les essais cliniques « bien menés », sans attribution aléatoire, les études de cohortes si possible multicentriques. Et au plus bas niveau, les opinions d'experts.

Même en se limitant aux publications en anglais stockées dans les principales bases de données, le travail de repérage, d'analyse, de classement hiérarchique des recherches est un travail considérable (et qui reste partiel). Favoriser la diffusion des données n'est pas facile. Et si l'on veut que ces données probantes soient appliquées, il faut les traduire en recommandations de pratique clinique que chaque clinicien doit adapter au cas particulier de son client/patient.

Toutes ces opérations représentent un travail énorme et une logistique en proportion qui, elle-même, suppose l'organisation d'une espèce de société parallèle vouée à l'*evidence-based*.

Je cite P.Bizouard (2005) (De l'EBM à la psychopathologie. Pratique et critique de l'*evidence-based medicine*. *Information psychiatrique*. 2005 :81:683-690): « ...en s'accordant sur les faits et leur niveau de preuve, en définissant les contextes d'interprétation de ces faits, une institution naît : celle des membres de la communauté partageant un même langage, c'est-à-dire une même compréhension de la preuve que ces faits apportent. La prédominance de l'épidémiologie clinique et de l'EBM ne provient dès lors plus de sa capacité à révéler la réalité de tel phénomène clinique, mais de son accord à l'intérieur d'une même communauté médicale pour une variété de raisons donnant une plus grande autorité aux expressions statistiques de la preuve. Il ne fait pas de doute que les promoteurs de la médecine factuelle (N.B. autre traduction d'*evidence-based*) appartiennent à ce mouvement formant «une communauté politique, un groupe soudé par la croyance dans le pouvoir de la science pour unir les chercheurs et les praticiens de la médecine malgré d'évidentes différences de formation et de pratiques » (citation de H.Marks. *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques [1900-1990]*. Paris. Les empêcheurs de penser en rond.1999) qu'ils nomment les « réformateurs thérapeutiques ».

Dans ce genre de discours, il y a quelque chose qui sonne désagréablement comme les écrits de Ron Hubbard, cet auteur de science-fiction qui a créé de toute pièce la scientologie.

On ne s'étonnera pas que les gouvernements, responsables de la santé publique, s'intéressent beaucoup à l'*evidence-based*. Mettre le meilleur savoir au service des citoyens est évidemment rationnel. Financer les soins les plus efficaces semble l'être aussi. Mais on touche un point sensible : les études de haut niveau permettent-elles de soigner au mieux un individu particulier et non un malade moyen, malade abstrait, hologramme statistique créé par les méthodes de la recherche de haut niveau ? Rien n'est moins sûr.

Et, entre les mains des politiques et des gestionnaires l'*evidence-based* prend d'inquiétants accents. En 2017, le centre fédéral belge d'expertise des soins de santé a publié sur son site, un rapport intitulé : « Vers un plan intégré d'*evidence-based practice* en Belgique – Première partie : plans de gouvernance ». Ce document KCE (Kennis Centrum Expertise) Report 291Bs commence comme suit : « Si vous nous demandez notre opinion, vous pouvez à coup sûr classer ceux qui ignorent l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) avec les climatosceptiques,

les créationnistes et autres tenants de la théorie des miasmes... L'EBM représente la victoire définitive sur toutes les formes de charlatanisme... ».

Et, abordant l'*Evidence-Based Practice* (EBP), les auteurs précisent que « le terme « pratique » signale que l'on franchit le pas entre « l'art » de guérir (ou « l'art » infirmier, etc.) et sa mise en œuvre effective dans la pratique de tous les jours. Cela n'a l'air de rien mais ce petit pas a des conséquences considérables. Tout à coup, nous ne parlons plus seulement de médecine, de soins infirmiers, de kinésithérapie, d'épidémiologie ou d'autres encore, mais aussi de changements de comportements, de pédagogie, de marketing social et (sacrilège !) du monde de la pub... ». On parle de produits, de plate-forme de dissémination, de marketing, de pub, et tout ce langage assimile le soin à une marchandise industrielle et financière, objet d'une bureaucratie envahissante, d'une coûteuse manie du contrôle et d'un commerce. On ne peut qu'espérer que la recherche des meilleurs soins survive au pouvoir des gestionnaires.

L'*evidence-based* a subi pas mal de critiques.

Dans le *Lancet*, 390, p.2244-2245, de novembre 2017, M. A. van der Marck, R. J. F. Melis et M. G. M. Olde Rikkert soulignent que, chez les personnes âgées et dans les cas de poly-morbidité, les données probantes produites n'apportent rien et, même, leur application peut-être préjudiciable. Les recommandations générales de l'*evidence-based medicine* ne sont pas personnalisées et entraînent souvent des traitements trop nombreux et en conflit. Les réponses des patients réels diffèrent des réponses moyennes observées lors des essais cliniques. Des essais incluant des poly-morbidités sont impossibles. Il y a un désaccord fondamental entre les données probantes fournies et les données qui sont nécessaires. Les auteurs écrivent : “*we plead for disruptive innovation in EBM, including complementary research paradigms of complexity science, systems dynamics, and narrative, and qualitative approaches that help clinicians understand the complexities of real life clinical questions and deliver evidence that is more meaningful to daily practice*”.

On lui reproche sa lourdeur (elle serait un frein à l'innovation), sa lenteur, sa sélectivité (quels problèmes étudie-t-on ? ou n'étudie-t-on pas ?), son possible manque d'indépendance (vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, en particulier), l'ignorance des cas particuliers, la surabondance ingérable et parfois la mauvaise qualité des recommandations de pratique clinique etc. Beaucoup de ces critiques sont plus ou moins fondées. J'en prends acte, mais je ne souhaite pas m'y attarder davantage ici, car ma mission n'est pas de faire une analyse critique exhaustive de l'approche *evidence-based*.

Je préfère retenir le principe incontestable du recours au meilleur savoir possible adapté au problème de l'individu qui nous consulte.

Mais en quoi l'Eglise –ou la Franc-maçonnerie- de l'*evidence-based* peut-elle prétendre avoir le monopole de ce savoir ? Il est clair que la mobilisation de gros moyens et d'un grand nombre de travailleurs dans une organisation structurée produit des données irremplaçables. Toutefois, se dégage l'impression que la lecture critique et l'analyse des documents scientifiques sont hors de portée de tout qui n'appartient pas à l'institution. Or, dès mon entrée à l'université, on m'a expliqué que c'était là la spécificité de la formation universitaire. Et même si cette idée est empreinte de naïveté ou si beaucoup d'universitaires n'ont acquis ni l'esprit scientifique, ni l'esprit critique, il n'en reste pas moins qu'ils en ont eu l'occasion. Et je trouve dérangeant qu'une communauté de scientifiques prétende à la propriété

exclusive du « bon savoir », la communauté de l'*evidence-based* n'étant pas, par ailleurs, la seule à avoir cette prétention, soit dit en passant.

Je voudrais partir d'une expérience concrète que j'ai faite l'an passé et vient, aujourd'hui, à point nommé.

A la suite des attentats de Bruxelles et dans la prévision des attentats à venir, la ministre de la santé a rassemblé des professionnels expérimentés afin de recueillir leur avis à intégrer dans un plan *evidence-based* : notre bonne ministre précise : "...Le terme *evidence-based* signifie que lorsqu'il soigne un patient le prestataire de soins doit tenir compte des preuves scientifiques, de ses propres expériences en plus des valeurs et préférences du patient en question... ». Nous sommes bien d'accord. Le hasard fait que des recommandations de pratiques cliniques ("*Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*" (APA, 2017)), basées sur une revue systématique de la littérature, ont été publiées à ce moment (2017) par l'**American Psychological Association (APA)**. Sans surprise, toutes les thérapies fortement recommandées sont de la famille des thérapies cognitivo-comportementales. Un peu plus tôt (2014), le **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)** recommandait qu'un traitement individuel (TCC, EMDR), centré sur le trauma « devrait durer de 8 à 12 séances (si un seul trauma), de 90 minutes, à raison d'une fois par semaine ». A la lecture de ces textes, il semble évident que les thérapies cognitivo-comportementales constituent les meilleurs traitements des psychotraumatismes. Alors que la pratique clinique ne laisse pas une impression aussi favorable. On peut soupçonner le clinicien moins enthousiaste au sujet des TCC (moi, par exemple) de ne pas être compétent et attribuer sa réserve à son ignorance. Ce qui est certain, c'est que tous les psychologues ne trouvent pas satisfaisant, et peut-être même pas éthique, de proposer un programme rigide, stéréotypé jusque dans le nombre et la durée des séances, à toutes les personnes traumatisées. Ces psychologues ne sont pas tous des déficients intellectuels ni des thérapeutes inefficaces. Mais leur pratique n'étant pas rigide et répétitive, elle se prête très mal aux études réductrices. C'est ce que montre les résultats de l'*American Psychological Association* : ce sont les TCC les plus étudiées, et de loin, selon des procédures qui sont isomorphes, si on peut dire, avec les TCC elles-mêmes. Et ainsi, on en arrive à ce qu'elles soient fortement recommandées car peu d'autres approches ont pu être étudiées selon le modèle dit scientifique des essais contrôlés et des mesures que cela implique.

Ce qui est troublant, c'est qu'il existe, aujourd'hui, un assez large consensus sur le fait que le principal facteur d'efficacité des thérapies psychologiques n'est pas la méthode mais l'alliance thérapeutique. Alors, devrait-on en conclure que les TCC sont les plus aptes à créer une bonne alliance thérapeutique ? De vous à moi, je n'en crois rien.

Ce qui vient d'être évoqué à propos des psychotraumatismes, peut-être reproduit à propos des auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Lors d'un récent (Bruxelles, mars 2018) et remarquable exposé, F. Lösel, professeur aux universités de Cambridge et de Erlangen-Nuremberg, concluait qu'il existe encore trop peu d'études méthodologiquement satisfaisantes et que de nombreux progrès devraient être faits

pour mieux appréhender la problématique, le traitement et le devenir des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Si l'on survole la littérature, l'efficacité des traitements dans le champ de la délinquance sexuelle n'est guère impressionnante. Souvent les différences entre sujets traités et non traités ne sont pas très fortes. Les valeurs absolues sont parfois faibles, comme chez les pères incestueux, et les différences, forcément, plus faibles encore. Souvent, l'évaluation de l'efficacité se fait à partir de l'étude de la récidive, récidive dont on ne cesse de dire, tout en ne cessant pas d'oublier aussitôt ce qu'on a dit, qu'on ignore quelle est son ampleur réelle. Dès lors, de quoi parle-t-on ? de l'habileté (car c'est en effet une habileté sociale) du délinquant à ne plus se faire prendre ? de la sévérité ou de la tolérance du contrôle social ? de l'efficacité du système policier et judiciaire ? de l'évasion du délinquant vers des lieux plus cléments, comme il semble que cela se produise assez régulièrement aux Etats-Unis, à cause de la loi Mégame (sans effet sur la récidive, selon Jennings, 2018)?

Dans le domaine de la délinquance sexuelle, il ne doit pas exister beaucoup de recherches qui sont en haut de la hiérarchie des preuves, comme le soulignait Lösel. Ce qui revient à dire que les données *evidence-based*, à proprement parler, ne sont pas nombreuses, même si des études sont de bonne qualité et que, de ce fait, nous devrions être à l'abri de la dictature de l'*evidence-based*... mais pas nécessairement des intégristes du scientisme.

On peut certes espérer qu'un jour nous aurons davantage de connaissances solides qui tireront leur autorité de leur valeur intrinsèque et non pas de l'autoritarisme de certains. En attendant, nous devons nous contenter de ce que nos louables et obstinés efforts apportent comme contribution à la connaissance de notre champ

Quelques remarques s'imposent cependant.

L'essentiel de la recherche clinique est fondée sur des méthodes pauvres, simplistes, comme les questionnaires, réductrices, qui ne peuvent prétendre restituer la complexité des choses. Mais c'est mieux que rien, j'en conviens. Si on ajoute à cela que les chercheurs sont rarement de bons cliniciens et vice-versa, on ne se rassure pas sur la qualité du matériel à analyser.

La première étape de la démarche *evidence-based* qui consiste à formuler une question précise - et j'ajouterais rationnelle- à partir d'un problème concret, semble avoir été souvent perturbée par les préjugés, les idéologies, l'irrationalité. Prenez les premières recherches sur le viol : sur la foi du label indifférencié « viol », elles ont étudié ensemble les actes sexuels violents, généralement sur femme adulte, et les actes sexuels inappropriés sur mineurs incapables de consentir. On a perdu des années à se rendre compte que cela constituait des populations hétérogènes à étudier séparément. Ou encore, que d'énergie perdue à faire inutilement l'éducation sexuelle des délinquants dans l'intention de réduire leurs comportements illicites, alors qu'un peu de bon sens aurait permis de prévoir cet échec (ce qui ne signifie pas que l'éducation sexuelle est, en soi, superflue) ? Sur quelles bases a-t-on fondé l'affirmation que le désaccord avec l'accusation était un élément terriblement péjoratif ? ou que l'empathie, pour autant que l'on sache ce que l'on veut dire, est indispensable ? ou que la culpabilité est nécessaire ? Malgré ces préjugés qui constituent de lourds handicaps de départ,

il semble que la recherche empirique sorte lentement de ces ornières ! Mais, au nom de croyances déraisonnables, *a priori*, quel gâchis et quels préjudices incommensurables causés, pendant tout ce temps, sans scrupule ni remords, à des êtres humains?

Un sommet a été atteint dans l'affaire Rind, Tromovitch et Bauserman (1998) (*A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. Psychological Bulletin*, 124, 1, 22-53). Ces auteurs, après méta-analyse (critiquée mais elles le sont presque toutes à qui sait attendre), constatent que les étudiants qui, dans leur enfance, ont subi des négligences, maltraitances diverses et/ou abus sexuels se distribuent en trois groupes, l'un présentant des troubles importants, l'autre des troubles modérés, le troisième des troubles légers ou pas de troubles. En écoutant ce que les sujets expriment, les auteurs se rendent compte que tous ces étudiants ne rapportent pas leurs expériences de la même façon. Pour certains, les abus sexuels ont été très pénibles, pour d'autres non. Les auteurs suggèrent qu'il serait scientifiquement judicieux de comparer entre eux ces adultes qui rapportent des expériences différentes, afin de voir si ces expériences différentes entraînent ou non des conséquences différentes. Et c'est la catastrophe ! Une véritable folie s'empare non seulement du bon peuple mais aussi des sphères intellectuelles et du monde de l'édition scientifique, folie qui se traduit, notamment, par des interdits ahurissants (il est interdit de dire qu'un comportement sexuel qualifié d'inapproprié pourrait ne pas avoir de conséquences négatives) et un abêtissement collectif incroyable. Comment des gens qui se prétendent scientifiques en arrivent à des attitudes aussi irrationnelles que celles qu'on reproche à ceux qui tuent parce qu'on caricature Mahomet ? C'est sidérant.

Cela dit, il y a des données qui se prêtent mieux que d'autres au traitement quantitatif qu'exige l'*evidence-based*, les données que l'on appellerait actuarielles et/ou épidémiologiques. Ce fait est souligné aussi dans le champ de l'*evidence-based medicine*. Et nous qui travaillons dans le domaine de la délinquance sexuelle, nous avons la chance de disposer de données robustes, depuis 2005, avec les méta-analyses de Hanson sur les risques de récidive. Elles nous ont appris notamment que le désaccord avec l'accusation, le manque d'empathie pour la victime, l'absence de sentiment de culpabilité, de motivation pour le traitement n'entretiennent pas, contrairement aux préjugés largement répandus, de rapport avec le risque de récidive. Dans leur ensemble, ces résultats sont encore considérés comme valides aujourd'hui. Et nous touchons ici à un autre élément d'irrationalité : concrètement, ces données ne sont pas prises en compte par de nombreux intervenants.

Par exemple, il est évident que le législateur belge qui a rédigé la dernière loi sur l'internement, n'a pas intégré ce qui a été écrit depuis près de 15 ans (Hanson) sur les facteurs de risque de récidive chez les délinquants sexuels. Mais cela est vrai aussi pour la communauté des intervenants en matière de délinquance sexuelle : une bonne partie des juges, des avocats, des journalistes, des travailleurs sociaux, des psychiatres et des psychologues continuent à raisonner et agir sans tenir compte le moins du monde des résultats pourtant admis comme valides et qui démontrent que la reconnaissance des faits incriminants, les sentiments de culpabilité, l'empathie pour les victimes sont sans rapport privilégié avec la récidive. Il n'empêche, comme le fait remarquer, J. CRAISSATI (parmi d'autres), une auteure anglaise (*Should we worry about sex offenders who deny their offences ? Probation Journal*, 2015, 62, 395-40), que la « formation » à l'empathie (objet de formation, en soi, assez étrange) continue

à faire néanmoins partie de l'immense majorité (95%) des programmes de prise en charge des délinquants sexuels.

Depuis peu, un sort un peu meilleur semble réservé au constat que la non-reconnaissance des faits n'interdit pas la prise en charge de l'auteur présumé, qu'elle n'est pas un facteur de risque et qu'il semble même que les délinquants en désaccord avec l'accusation récidiveraient **moins souvent** que les délinquants qui ont avoué. Amère ironie !

On pourrait multiplier les exemples. Mais cela n'apporterait pas grand-chose de supplémentaire à notre réflexion générale.

Notons quand même que des réflexions préalables aux actes (dits thérapeutiques) ou au moins des évaluations des pratiques seraient (ou auraient été) justifiées dans le cas de certaines interventions que je qualifierais d'aventureuses telles la satiatio masturbatoire ou la désensibilisation des fantasmes associée à la phallométrie, par exemple. Plus fondamentale devrait être l'interrogation sur le modèle assez généralisé de la prise en charge fragmentée en modules thérapeutiques spécifiques et administrés sans continuité et sans lien entre eux. Cette fragmentation convient sans doute aux gestionnaires et aux comptables. Elle convient aux chercheurs qui travaillent ainsi sur des objets limités et simplifiés, et qui dénombrent et mesurent quelquefois des faits insignifiants faute de pouvoir traiter la complexité. Mais à quel être humain concret et complet cette fragmentation convient-elle ?

Je terminerai par une petite histoire que me raconta le Pr Heimann, titulaire de la chaire de psychiatrie de l'université de Tübingen, chaire qui fut occupée par l'illustre Kretschmer : un homme sort de chez lui, le soir, et voit son ami Hans, à quatre pattes sous un réverbère. Intrigué, il demande : « Mais Hans, que fais-tu là ? ». « Je cherche mes clefs », répond Hans. « Es-tu sûr, au moins, de les avoir perdues ici ? », poursuit l'autre. « Pas du tout, rétorque Hans, mais il n'y a qu'ici qu'il y a de la lumière ».

Je crains que, souvent, nous en soyons encore contraints à chercher où il y a de la lumière et non où sont les objets réels. L'*evidence-based* ne résoud pas ce problème, mais on peut espérer que l'esprit *evidence-based* permettra de se rendre compte qu'il existe. Et de développer des méthodes plus en prise avec la réalité complexe. Démarche salutaire mais qui ne légitime aucune arrogance ni aucune dictature.