

# RECOMMANDATIONS «EVIDENCE-BASED» :

## DES CLINICIENS ATTACHÉS À L'ESSENTIEL MAIS CONSCIENTS DES LIMITES

HENRARD G (1)

**RÉSUMÉ :** La démarche «Evidence-Based Medicine» (EBM) est née fin du siècle dernier dans le monde anglo-saxon. Cet article rappellera brièvement ses apports essentiels et réaffirmera l'importance de la prise en compte des données scientifiques pour soutenir les décisions. Il décrira aussi les dérives observées en pratiques et les limites intrinsèques de la démarche. Il discutera ensuite comment la pratique de l'EBM, de la prise en compte avisée des meilleures données scientifiques disponibles à la stricte application de recommandations, peut résonner avec différentes manières de gérer l'incertitude. Enfin, il se positionnera en faveur d'une démarche «Evidence Based Practice» (EBP) qui renforce l'esprit critique des cliniciens de terrain et vise le partage de la décision avec les patients.

**MOTS-CLÉS :** *EBM (Evidence-Based Medicine) - Incertitude - Esprit critique - Prise de décision partagée*

**EVIDENCE-BASED RECOMMENDATIONS : CLINICIANS COMMITTED TO THE ESSENTIALS BUT AWARE OF THE LIMITS**

**SUMMARY :** The «Evidence-Based Medicine» (EBM) approach was born at the end of the last century in the English-speaking world. This article will briefly recall its essential contributions and reaffirm the importance of taking scientific data into account to support decisions. It will also describe the armful drifts observed in practice and the intrinsic limits of the approach. It will then discuss how the practice of EBM, from the consideration of the best available scientific data to the strict application of recommendations, can resonate with different ways of managing uncertainty. Finally, it will argue in favour of an «Evidence Based Practice» (EBP) approach that strengthens the critical skills of clinicians and targets share decision-making with patients.

**KEYWORDS :** *Evidence-Based Medicine - Uncertainty - Critical thinking - Shared Decision Making*

### INTRODUCTION

Le mouvement «Evidence-Based Medicine» (EBM) est né fin des années 1990 dans le monde anglo-saxon. Cette histoire est très bien racontée au bout de ce lien : <https://ebm.jama-network.com/index.html>. La notion débarque un peu plus tardivement en Europe francophone et en faculté de médecine à Liège (1). On peut y déceler deux velléités. D'une part, renforcer les compétences des cliniciens de terrain pour évaluer de manière autonome les résultats de la recherche scientifique, et, d'autre part, mettre à leur disposition des recommandations valides, accessibles et applicables pour faciliter la prise de décision. Les deux postures de clinicien qui se dessinent ici, celle de l'«érudit-scientifique» et celle du «praticien en recherche d'outils pour décider» ne datent pas d'hier. Pour les premiers, de Claude Bernard à Alexander Fleming, les figures emblématiques de l'histoire de la recherche scientifique médicale ne manquent pas. Pour les seconds, je citerais Archie Cochrane, celui-là même qui donnera son nom à la fameuse association internationale, qui, alors jeune prisonnier-médecin dans un camp en Allemagne pendant la seconde guerre mondiale, raconte : «*je me souviens*

*d'avoir lu à cette époque un de ces pamphlets de propagande (qu'il recevait de ses amis restés en Angleterre) sur «la liberté thérapeutique et la démocratie». Je trouvais cela impossible à comprendre. J'avais une grande liberté dans le choix des thérapies, mon problème était que je ne savais pas laquelle utiliser et quand. J'aurais volontiers sacrifié ma liberté thérapeutique pour un peu de connaissance...» (2).*

Dans cet article, après avoir brièvement rappelé les apports essentiels de la démarche EBM, ainsi que ses dérives et ses limites intrinsèques, nous discuterons comment la pratique de l'EBM, peut résonner avec différentes manières de gérer l'incertitude. Au passage, nous évoquerons quelques figures vivifiantes du mouvement et quelques ressources bibliographiques potentiellement utiles.

### DES APPORTS ESSENTIELS

Comme nous venons de l'évoquer, la méthode scientifique et le besoin d'informations utiles précèdent l'émergence du mouvement EBM. Mais la démarche EBM, du moins telle qu'elle était envisagée par ses initiateurs, comportait quelques aspects singuliers que nous voulons souligner. Il s'agit en quelque sorte, avant de passer aux critiques, de réaliser un exercice de positivité. De nommer le bébé qu'on ne veut pas jeter avec l'eau du bain. La démarche EBM est,

(1) Département de Médecine générale, Unité de recherche Soins primaires et Santé, ULiège, Belgique.

aujourd'hui plus que jamais, à défendre face à la tendance à privilégier les opinions aux faits, à saturer l'utilisation des faits d'idéologie (3), à utiliser l'incertitude comme une arme au service de groupes d'intérêt (4) et, plus globalement, à discréditer la science. Nous sommes conscients que les arguments qui vont suivre dans le chapitre suivant peuvent être détournés à ces fins. Mais nous pensons que souligner les limites d'une démarche, en proposant chaque fois que possible des pistes bibliographiques de réflexion nuancée, c'est aussi lui faire honneur. Et qu'en tant qu'enseignants et praticiens de l'EBM, ce travail d'introspection est à même de nous renforcer.

Pour mieux comprendre les caractéristiques essentielles du mouvement, il est utile de se rappeler son contexte d'émergence. Dès 1981, un groupe d'épidémiologie clinique, à l'université Mc Master au Canada, mené par David Sackett, publie une série d'articles «How to read clinical journals» et, en 1990, Gordon Guyatt, dans la même université, utilise le terme «evidence based medicine» dans un feuillet d'information pour les étudiants à propos d'un cours. Le terme «scientific medicine» avait été «recalé» par ses superviseurs... En 1992, le terme apparaît dans une première publication, un article du même auteur dans JAMA intitulé «EBM, A new approach to teaching the practice of medicine» (5).

Le mot anglais «evidence» ne se laisse pas traduire facilement. Nous ne parlerons pas ici de «preuves», mais plutôt de «meilleures données scientifiques disponibles». La définition la plus classique de l'EBM a été donnée par David Sackett : «L'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour prendre une décision à propos des soins à prodiguer à un patient en particulier» (6). Dans le même article, Sackett souligne que l'EBM se situe à l'intersection de trois pôles : ces fameuses «meilleures données disponibles», mais aussi l'expérience du clinicien et les préférences du patient. Actuellement, la tendance est de plutôt parler d'Evidence-Based Practices (EBP) pour reconnaître et favoriser l'appropriation de la démarche en dehors de la profession médicale.

Les caractéristiques essentielles de la démarche EBM originelle seraient donc :

- En lien avec la formation en épidémiologie des fondateurs, l'utilisation des mathématiques en pratique clinique pour estimer les risques de bénéfices et de préjudices.
- Une importance prépondérante accordée aux constatations empiriques (par exemple, aux

résultats des études cliniques) plutôt qu'aux théories (ou qu'à la tradition).

- Un certain pragmatisme, l'idée est de faciliter les décisions. D'où, par exemple, une recherche de présentations synthétiques des données, comme avec les fameux «forest plot» des méta-analyses.

- Un esprit assez démocratique. Elle voulait donner les moyens aux cliniciens de terrain de directement s'approprier les données issues de la recherche scientifique. Et plus globalement, elle se positionnait contre l' «Authority-Based Medicine»... (7).

C'est dans ces racines et dans cet esprit-là que nous voulons nous inscrire.

## DES DÉRIVES ÉVIDENTES ET DES LIMITES INTRINSÈQUES

Le débat autour de la démarche EBM est parfois très polarisé. Nous rappelons ici certaines critiques à son égard, en nous limitant à celles qui nous paraissent légitimes.

Il y a d'abord, en amont de l'utilisation plus ou moins judicieuse des données scientifiques, tout le spectre des conduites non éthiques dans les recherches dont elles sont le fruit : falsification des données, plagiat, manipulation statistique ou encore présentation trompeuse des résultats. Ensuite, il y a les problèmes avec l'EBM quand elle est mal pratiquée. Des auteurs aussi perspicaces que Trisha Greenhalgh, notamment dans un article intitulé «Evidence-based medicine: a movement in crisis ?» («EBM, un mouvement en crise ?») (8) et John Ioannidis, dans un article intitulé «Evidence-based medicine has been hijacked» («l'EBM a été prise en otage») (9) ont magistralement fait le constat des dérives du mouvement : volume de données ingérables, avantages statistiquement significatifs marginaux dans la pratique clinique et «label de qualité» EBM détourné par des intérêts particuliers privés et/ou académiques. Il y a enfin les problèmes avec l'EBM même quand elle est pratiquée dans les règles de l'art. C'est une critique sur le plan philosophique, qui interroge les fondements épistémologiques de la démarche. La démarche EBM a pu, par exemple, être taxée d'«empirisme naïf», ne faisant foi que des résultats bruts des études. D'où l'importance rappelée par certains auteurs des preuves «mécanistiques», explorant le «pourquoi» et le «comment» des effets observés, par exemple au travers de la recherche qualitative ou de la théorie (10). La démarche EBM postule aussi que, même si l'interprétation des données est

inévitablement subjective, ces dernières jouent un rôle central pour générer un consensus entre observateurs rationnels. Elle accorde donc une place centrale à la raison et au libre arbitre individuel, alors que prendre une décision n'est pas seulement une question d'information, mais aussi de motivation, de confiance ou d'options pratiques à disposition (11). Plus globalement, elle véhiculerait une vision trop simpliste de ce qu'est un savoir. Les savoirs sont inévitablement situés, c'est-à-dire construits depuis un point de vue, une position sociale, plus ou moins dominante, socialement partagés et enchâssés dans des institutions. D'où l'intéressante notion de «mindlines», c'est-à-dire des recommandations cliniques tacites, internalisées et collectivement renforcées, pour mieux rendre compte de la réalité de comment les décisions médicales sont prises en pratique (12).

### FACE À L'INCERTITUDE : DE L'USAGE AVISÉ DES DONNÉES À L'APPLICATION DE RECOMMANDATIONS

Nous avons redéfini l'EBM plus haut. Les recommandations cliniques, elles, ne sont qu'un des «produits» de la démarche EBM, des énoncés pour conseiller les praticiens à prendre certaines décisions dans des circonstances cliniques spécifiques. Ces recommandations s'appuient sur les meilleures données disponibles, mais aussi sur d'autres critères, comme la balance bénéfices-préjudices, les coûts ou les préférences des patients. Elles devraient idéalement être construites de manière systématique et transparente (13). Elles se retrouvent classiquement au sein des Guides de Pratiques Cliniques (alias «Guidelines» en anglais), mais aussi dans les «Résumés cliniques» («Clinical summaries» en anglais, comme UpToDate®).

Ce sont surtout ces recommandations qui suscitent débat. Entre qualité de développement variable; rythme de mise à jour difficile à tenir; risque de standardisation des soins sur des moyennes appauvrissantes; difficulté de transposabilité et d'intégration sur le terrain, particulièrement des soins primaires et de la multimorbidité complexe; quête de légitimité et enjeux de pouvoir entre professions de la santé et crainte de moyens de contrôle, les sujets de polémiques ne manquent pas (14). Nous nous focaliserons ici, de notre point de vue de médecins généralistes enseignants, sur la relation qu'entretient la démarche EBM avec la gestion de l'incertitude en médecine.

L'incertitude peut être définie comme «un état conscient de sa propre ignorance» (15). Un individu devient incertain lorsqu'il est conscient que les données dont il dispose pour résoudre un problème sont insuffisantes. Hillen et ses collègues distinguent trois sources d'incertitudes en lien avec les données d'un problème : la complexité, l'ambiguïté (le caractère non fiable et/ou discordant des informations disponibles) et la probabilité (le caractère variable et aléatoire de l'issue d'une situation) (16). On voit bien comment la démarche EBM - qui s'adresse à des problèmes par nature complexes, qui a développé des systèmes parfois très raffinés pour peser la «qualité des preuves», c'est-à-dire le degré de confiance qu'on peut avoir dans les données (17), et dont l'essence est de rendre explicite les probabilités de survenue d'événements - peut *générer* de l'incertitude.

Hillen et coll. ont aussi conceptualisé les modes de réponses à l'incertitude. Ces réponses, positives ou négatives, sont à la fois émotionnelles (aversion *versus* curiosité, par exemple), cognitives (doute *versus* opportunité d'apprentissage, par exemple) et comportementales (évitement *versus* recherche d'information, par exemple). La démarche EBM originelle entretient un rapport très ouvert à l'incertitude, qui inscrit le clinicien dans un rôle actif de critiques des «preuves» (comme en témoigne la tradition des «journal club») puis de décideurs informés. Mais l'EBM se définit comme l'art pragmatique de prendre des décisions en situation de soin. Et on peut voir le recours aux recommandations comme une tentative de *réponse* à l'incertitude. Cette formalisation des «meilleures données disponibles» vers des recommandations est importante. Elle témoigne d'une tension entre, d'une part, la confrontation à la complexité des données de la recherche, avec à la clé une décision à *prendre* et, d'autre part, la réassurance de la simplicité d'une recommandation à *suivre*. La démarche EBM serait donc à la fois génératrice d'incertitude et tentative d'y répondre. Et la manière de la pratiquer s'inscrirait dans un positionnement plus général face à l'incertitude :

*«Dans un monde vulnérable, entré dans une crise durable, l'incertitude s'est invitée à la table de nos sociétés... Lorsqu'ils y sont confrontés, les individus tentent de la domestiquer... Dans le champ de la connaissance, les mêmes polarités s'observent entre des réactions de défense et d'ouverture. D'un côté, la quête d'une base fixe de connaissance pour ne pas se laisser engloutir par l'«angoisse cartésienne», de l'autre, une connaissance en mouvement qui intègre l'incertitude... ».* (Aubourg, V. Extrait. «Prolégomènes». ) (18)

Quand cette tension est trop déséquilibrée vers un rejet de l'incertitude, le «dogme des recommandations» pourrait favoriser une série de positionnements professionnels problématiques, comme une paralysie de l'action en l'absence de recommandations, une dévalorisation du rôle de l'intuition dans les prises de décisions, une perte de curiosité clinique et de créativité thérapeutique et, à l'extrême, une dévalorisation des savoirs autres que scientifiques et de soins autres que professionnels.

## CONCLUSION, SE POSITIONNER

À l'issue de cet article, nous voulons nous positionner en faveur d'une démarche EBP qui accepte et apprivoise l'incertitude. Qui, tout en réaffirmant l'importance des données scientifiques pour soutenir les décisions, reconnaît que la plupart des décisions doivent se baser sur des données imparfaites, indirectes ou fragmentaires. Qui admet que toutes les données, même les plus solides, doivent être interprétées, parfois donc de manières divergentes (19). Qui réfléchit la complexité en équipe pluridisciplinaire, si possible avec l'apport des sciences sociales (20). Et, finalement, qui renforce l'esprit critique des cliniciens de terrain et vise le partage de la décision avec les patients (21, 22).

## BIBLIOGRAPHIE

- Pasleau F. Les fondements de la médecine factuelle. *Rev Med Liege* 2015;**70**:225-31.
- Cochrane AL. Effectiveness & efficiency: random reflections on health services. Report. London: Taylor & Francis; 1972. Available from: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/effectiveness-and-efficiency-random-reflections-on-health-services>
- "Give me back my fact": How can social science help us survive a post-truth pandemic? [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.socialsciencespace.com/2020/12/lecture-examines-social-science-and-the-post-truth-pandemic/>
- Oreskes N, Conway EM, Treiner J. *Les marchands de doute: ou comment une poignée de scientifiques ont masqué la vérité sur des enjeux de société tels que le tabagisme et le réchauffement climatique*. Paris: Le Pommier; 2012.
- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;**268**:2420-5.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;**312**:71-2.
- Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence based medicine. *BMJ* 1999;**319**:1618.
- Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis ? *BMJ* 2014;**348**:g3725.
- Ioannidis JP. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *J Clin Epidemiol* 2016;**73**:82-6.
- Greenhalgh T, Fisman D, Cane DJ, et al. Adapt or die: how the pandemic made the shift from EBM to EBM+ more urgent. *BMJ Evid-Based Med* 2022;**27**:253-60.
- Mol A, Debauche M, Debauche C. *Ce que soigner veut dire: repenser le libre choix du patient*. Paris: Presses des mines; 2009.
- Wieringa S, Greenhalgh T. 10 years of mindlines: a systematic review and commentary. *Implement Sci* 2015;**10**:45.
- Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ* 2016;**353**:i2016.
- Swinglehurst D. Evidence-based guidelines: the theory and the practice. *Evid Based Healthc* 2005;**9**:308-14.
- Han PK, Klein WM, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011;**31**:828-38.
- Hillen MA, Gutheil CM, Strout TD, et al. Tolerance of uncertainty: conceptual analysis, integrative model, and implications for healthcare. *Soc Sci Med* 2017;**180**:62-75.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;**336**:924-6.
- Aubourg V. «Prolégomènes». Dans : Incertitudes et prudence. Extrait. *Confluences* 2024;**1**(5). Disponible sur: [https://www.uclj.fr/recherche/editions/revue-confluence/incertitudes-et-prudence-n-5/#\\_ftn1](https://www.uclj.fr/recherche/editions/revue-confluence/incertitudes-et-prudence-n-5/#_ftn1)
- Rutter H, Wolpert M, Greenhalgh T. Managing uncertainty in the covid-19 era. *BMJ* 2020;**370**:m3349.
- Lefève C, Thoreau F, Zimmer A. *Les humanités médicales : l'engagement des sciences humaines et sociales en médecine*. Montrouge: Doin; 2020.
- Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 2014;**312**:1295-6.
- Scheen AJ. Éditorial : Médecine conventionnelle, médecine factuelle, médecine personnalisée : trois approches complémentaires. *Rev Med Liege* 2015;**70**:221-4.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr Henrard G, département de Médecine générale, ULiège, Belgique.  
Email : [gilles.henrard@uliege.be](mailto:gilles.henrard@uliege.be)