

La médecine fondée sur des données probantes est-elle surestimée en médecine familiale?

OUI – Ross E.G. Upshur MD MSc CCFP FRCPC C. Shawn Tracy

NON – Michel Labrecque MD PhD FCFM Michel Cauchon MD FCFM

OUI. Il peut sembler étrange de prétendre que la médecine fondée sur des données probantes (MFDP) est surestimée. On l'a décrite comme une révolution copernicienne de la médecine, on la célèbre comme l'une des plus importantes idées du 20^e siècle et on la considère comme le mouvement avant-gardiste en médecine clinique moderne. On la qualifie de standard selon lequel toute la médecine devrait être pratiquée¹. Se prononcer contre la MFDP s'apparente à suggérer de retourner à l'utilisation des sangsues et à l'autorité paternaliste.

À première vue, il n'y a pas d'argument contre l'énoncé disant que la médecine devrait être fondée sur des données probantes. Elle semble certainement préférable à d'autres options: Fondée sur la fantaisie? Fondée sur aucune bonne raison? La notion selon laquelle de bonnes décisions médicales devraient se baser sur des preuves relève illico de l'irréfutable et de la platitude. Le fait que nous soyons ici à présenter l'autre côté du débat sur la valeur de la MFDP pour la pratique familiale révèle que la MFDP est loin d'être sans controverse et n'est pas simplement une vérité de la Palice. Elle est plutôt une philosophie de la médecine clinique. Nous allons faire la démonstration que le modèle de la MFDP est surestimé parce qu'il est vague et incomplet dans sa formulation, qu'il n'est pas congruent avec les réalités de la médecine familiale, qu'il est omniprésent et surexposé comme une «marque de commerce» et qu'il ne se conforme pas à son propre standard.

Vague et incomplet

L'omniprésence de l'expression *fondée sur des données probantes* ne serait pas problématique s'il y avait une définition précise des données probantes dans la MFDP. Malheureusement, il n'y en a pas². On se fie plutôt à un éventail de conceptions de recherche clinique privilégiées pour minimiser la partialité dans les mesures. Si les mesures relevaient entièrement de la médecine, il n'y aurait pas de problèmes. Le manque d'attention sérieuse accordée à d'autres sortes de données dans le modèle de la MFDP et au problème entourant la façon de mettre en application les preuves de manière réfléchie, en dehors du contexte de leur production, met en évidence que la théorie des données probantes dans la MFDP est restrictive et incomplète.

Si on cherche à caractériser les données probantes produites par ces conceptions de recherche, on

s'aperçoit rapidement que les données probantes ne sont pas synonymes de vérité. Les données probantes peuvent être réfutées, en ce sens qu'elles peuvent être contredites, qu'elles peuvent être peaufinées et que leur validité peut changer à la lumière de nouvelles constatations³. Compte tenu de cette nature dynamique et changeante, il y a lieu de se poser la question pour savoir ce que signifie la notion de fonder la médecine sur des données probantes. Pour ce faire, il faut placer la médecine sur des sables mouvants plutôt que sur une solide fondation. Il faut porter plus d'attention à ce qu'on entend par la métaphore «fondée sur des données probantes»⁴.

Manque de congruence avec la réalité de la médecine familiale

Les étapes à suivre énoncées dans la MFDP évoquent l'image d'un patient qui sert comme un problème théorique de manuel à partir duquel extraire des renseignements. Le clinicien doit ensuite transformer ces données en une question clinique ciblée, analyser des études et critiquer leur validité et leur applicabilité, mettre en application la moyenne des résultats au patient et évaluer les résultats. Cette démarche semble, en surface, logique et impérieuse; par contre, de nombreuses rencontres en pratique familiale ne produisent pas de questions précises faciles à étudier. L'intégration des préférences et des valeurs du patient fait partie intégrante de la pratique familiale, mais elle vient à la fin du processus de la MFDP, en dépit du fait que la question clinique la plus importante sera habituellement la normative, à savoir ce qui devrait être fait pour ce patient.

La médecine fondée sur des données probantes a largement été silencieuse concernant la tâche difficile d'intégrer les préférences et les valeurs du patient. Par conséquent, des mouvements contrastants comme les soins centrés sur le patient ou sur la personne et la médecine fondée sur les valeurs ont surgi en contrepartie de la MFDP pour pallier ce déséquilibre⁵. Dans de nombreux aspects de la médecine familiale, la maladie du patient a progressé au-delà des données probantes actuelles ou encore, le patient ne reçoit plus de soins spécialisés et a pourtant encore besoin de l'attention d'un médecin⁶. C'est un problème grandissant dans la prise en charge des patients atteints de problèmes concomitants pour les soins desquels la base des données

probantes est presque inexistante. Étant donné qu'il s'agit là des populations de patients à croissance la plus rapide en pratique familiale, l'approche de la MFDP sera assurément non seulement surestimée, mais largement dépourvue de pertinence si elle conserve sa structure actuelle⁷.

Omniprésence

Il y a une gamme émergente d'activités pour lesquelles on utilise le descripteur «fondées sur des données probantes». L'expression se retrouve dans toutes les facettes des soins de santé: soins infirmiers, chirurgie dentaire, politiques de la santé, santé publique. Les approches fondées sur des données probantes se sont aussi insinuées à l'extérieur de la médecine jusque dans des domaines comme le parentage et le droit (quoiqu'il ne soit pas entièrement clair comment cette approche concorde avec la longue tradition des règles de la preuve dans le droit). Les spécialistes de la mise en marché ont vu les avantages d'une telle étiquette et les annonces publicitaires font désormais la promotion de thérapies fondées sur des données probantes!


Il existe maintenant de nombreuses variétés, voire même une vaste écologie, de fondements sur des données probantes, y compris un éventail vaste et divergeant de hiérarchies qui classent les données probantes et font des recommandations. Le terrain est devenu si peuplé qu'il faut un guide du promeneur pour identifier et distinguer les approches légitimes fondées sur des données probantes de celles préconisées par des imposteurs⁸. Compte tenu de l'utilisation omniprésente de la nomenclature fondée sur des données probantes, il est presque impossible pour la «vraie MFDP» d'être à la hauteur du battage publicitaire.

Omission de se conformer à son propre standard

En dépit de nombreux applaudissements et d'une adaptation généralisée, les données probantes à l'appui de la MFDP en elle-même se font rares. Que nous devrions simplement croire que c'est la meilleure approche n'est d'aucune façon un argument persuasif mais, en réalité, c'est plutôt un éloignement du dogmatisme même que déteste la MFDP. Faire remarquer que d'autres philosophies de la médecine n'ont pas suffisamment de justification semblable n'est pas un argument convaincant. La médecine fondée sur des données probantes a établi un standard pour les données probantes (la révision systématique des études randomisées contrôlées) auquel elle ne se conforme pas elle-même. Dans le manifeste original de la MFDP, on a reconnu ce problème, on a prétendu que la MFDP était plus «amusante» et on a exprimé l'opinion qu'elle entraînerait de meilleurs soins aux patients⁹. De fait, on pourrait raisonnablement soutenir que le respect des recommandations fondées

sur des données probantes dans certaines populations de patients pourrait se traduire par des ordonnances injustifiées, de la polypharmacie et des préjudices potentiels chez des patients complexes et frêles comme les adultes plus âgés. La croyance éclipse les preuves, ce qui est ironique, puisque c'est justement la critique que les partisans de la MFDP ont initialement exprimées contre les modèles qui l'ont précédée.

Conclusion

Nous avons argumenté sur le fait que la MFDP est surestimée, mais il existe des éléments de la MFDP, quoiqu'ils soient maintenant minimisés, qui sont essentiels dans toute forme de pratique clinique. Par exemple, les habiletés en évaluation critique sont nécessaires pour naviguer dans l'environnement riche en information et alimenté par le marché où nous vivons en tant que praticiens. Un scepticisme discipliné, un raisonnement adapté au contexte et une attention empreinte d'humanité accordée aux besoins du patient devraient être les compétences que nous tenons en plus haute estime. La médecine fondée sur des données probantes est surestimée en pratique familiale, précisément parce qu'elle omet d'enseigner ces habiletés et, par conséquent, ces compétences sont sous-évaluées. Plutôt que de produire des médecins fondés sur des données probantes, nous devrions aspirer à créer des médecins vertueux sur le plan épistémologique¹⁰. 

Dr Upshur est professeur au Département de médecine familiale et communautaire et à la Faculté de santé publique Dalla Lana à la University of Toronto, en Ontario, et directeur médical de la recherche clinique à Bridgepoint Health. **M. Tracy** est associé de recherche à Bridgepoint Health.

Remerciements

Dr Upshur est appuyé par la Chaire de recherche du Canada en soins de santé primaires. Les auteurs remercient **professeur Paul Thompson** et **M. Jonathan Fuller** de leurs commentaires sur des versions antérieures.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré.

Correspondance

Dr Ross Upshur, Département de médecine familiale et communautaire, University of Toronto, 2075 Bayview Ave, Toronto, ON M4N 3M5; courriel ross.upshur@gmail.com

Références

1. Reilly BM. The essence of EBM. *BMJ* 2004;329(7473):991-2.
2. Haynes RB. What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocates want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Serv Res* 2002;2:3. Cyberpub. du 6 mars 2002.
3. Upshur RE. Seven characteristics of medical evidence. *J Eval Clin Pract* 2000;6(2):93-7.
4. Upshur RE. If not evidence, then what? Or does medicine really need a base? *J Eval Clin Pract* 2002;8(2):113-9.
5. Miles A, Mezzich J. The care of the patient and the soul of the clinic: person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *Int J Pers Cent Med* 2011;1(2):207-22.
6. Upshur RE. The complex, the exhausted and the personal: reflections on the relationship between evidence-based medicine and casuistry. *J Eval Clin Pract* 2006;12(3):281-8.
7. Upshur REG, Tracy S. Chronicity and complexity. Is what's good for the diseases always good for the patients? *Can Fam Physician* 2008;54:1655-8.
8. Upshur RE. Evidence-based medicine, reasoned medicine or both? *J Eval Clin Pract* 2006;12(4):420-2.
9. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268(17):2420-5.
10. Marcum JA. The epistemically virtuous clinician. *Theor Med Bioeth* 2009;30(3):249-65.

CONCLUSIONS FINALES – OUI

Ross E.G. Upshur MD MSc CCFP FRCPC

C. Shawn Tracy

- Les données probantes peuvent être réfutées, en ce sens qu'elles peuvent être contredites, qu'elles peuvent être peaufinées et que leur validité peut changer à la lumière de nouvelles constatations. Compte tenu de cette nature dynamique et changeante, il y a lieu de se demander ce que signifie la notion de fonder la médecine sur des données probantes.
- Les patients atteints de problèmes concomitants pour les soins desquels la base des données probantes est presque inexistante représentent l'une des populations de patients à croissance la plus rapide en pratique familiale. Pour eux, l'approche de la médecine fondée sur des données probantes sera assurément non seulement surestimée, mais largement dépourvue de pertinence si elle conserve sa structure actuelle.
- En dépit de nombreux applaudissements et d'une adaptation généralisée, les données probantes pour appuyer la médecine fondée sur des données probantes comme telle se font rares.
- Un scepticisme discipliné, un raisonnement adapté au contexte et une attention empreinte d'humanité accordée aux besoins du patient devraient être les compétences que nous tenons en plus haute estime. La médecine fondée sur des données probantes est surestimée en pratique familiale parce qu'elle omet d'enseigner ces habiletés.

Les parties à ce débat contestent les arguments de leur opposant dans les réfutations accessibles à www.cfp.ca. Participez à la discussion en cliquant sur Rapid Responses à www.cfp.ca

NON. La pratique de la médecine est fondée sur l'utilisation des données issues de la recherche scientifique. Imaginons que nous sommes dans les années 1970. À cette époque pas si lointaine, le « bon » médecin traitait les extrasystoles ventriculaires associées à un infarctus du myocarde avec de la lidocaïne, l'insuffisance cardiaque aiguë avec de la digitale, l'asthme avec de l'aminophylline et la gonorrhée avec de la pénicille. Il référerait en chirurgie ses patients souffrant d'un ulcère duodénal et qui ne répondaient plus à la diète lactée et à la psychothérapie.

Les données de la recherche scientifique—les données probantes—ont démontré que ces approches sont peu efficaces, voire nuisibles, et que d'autres traitements sont plus appropriés. La littérature médicale foisonne d'exemples d'approches diagnostiques, thérapeutiques et préventives qui étaient solidement ancrées dans la

pratique et qui ont dû être écartées à la suite d'une évaluation rigoureuse¹.

Mais attention, si les données scientifiques sont essentielles à la pratique de la médecine, le concept de la médecine fondée sur les données probantes dépasse largement l'application simpliste des résultats de la recherche. La médecine fondée sur les données probantes se définit comme l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données scientifiques dans l'établissement des soins à prodiguer à un patient².

Les données, si fortes ou si faibles soient-elles, ne sont jamais suffisantes pour prendre des décisions cliniques^{3,4}. Les soins centrés sur le patient et la prise de décision partagée sont au cœur de la véritable pratique fondée sur les données probantes. Cette pratique relève du jugement et de l'expertise du médecin qui tient compte des données scientifiques (de leur précarité, voire de leur absence) et qui informe clairement son patient. Cette pratique relève également du contexte clinique et social dans lequel évolue ce patient ainsi que de ses valeurs et préférences à l'égard des bénéfices et des risques des interventions envisagées^{3,4}. Les gourous de la médecine fondée sur les données probantes prêchent que ce ne sont pas les données qui prennent les décisions, mais bien des individus qui les prennent, et idéalement de concert³⁻⁶. La médecine fondée sur les données probantes définit ce qu'est l'excellence même de la pratique médicale: une combinaison de science, d'humanisme et d'art.

Appropriation par l'industrie pharmaceutique

Le plus grand tort que la médecine fondée sur les données probantes ait subi depuis que l'appellation a été évoquée, au début des années 1990⁷, est certainement la récupération du vocable par l'industrie pharmaceutique. Elle a fait preuve d'un réductionnisme délibéré de l'approche pour en tirer des bénéfices financiers. Depuis des décennies, grâce à son quasi-monopole des grands essais cliniques randomisés (sur le plan financier) et de ce qui en découle (publications et guides de pratique clinique), elle dicte aux professionnels de la santé ainsi qu'à la population ce que sont les données probantes et comment les appliquer, évidemment à son avantage et pour en tirer profit. Elle a ainsi réussi à modifier le concept même de la santé en transformant les facteurs de risque en maladies pour lesquelles un médicament devient un incontournable pour recouvrer cette santé⁸.

Conscients de cette influence sur la pratique médicale, il n'est donc pas surprenant que plusieurs s'insurgent contre la médecine fondée sur les données probantes, notamment en questionnant la valeur et l'utilité des guides de pratique clinique⁹. C'est en donnant plus d'importance à l'enseignement de la véritable médecine fondée sur les données probantes que ces usages inappropriés, voire délétères pour nos patients, seront de