

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

plus en plus reconnus et exposés au grand jour. Il reste toutefois du travail à faire.

Application de la médecine fondée sur les données probantes en médecine familiale

Au cours des dernières décennies, on a beaucoup insisté sur les soins centrés sur le patient dans nos programmes de résidence en médecine familiale, alors que parallèlement et de manière cloisonnée, les résidents ont été exposés à la lecture critique de la littérature, souvent comme unique initiation à la médecine fondée sur les données probantes. Le fossé s'est creusé de telle sorte que la médecine fondée sur les données probantes est considérée par certains comme un «dada» de chercheurs, inaccessible, alors qu'au contraire elle doit être le quotidien de tous les cliniciens.

Sans mettre la lecture critique aux oubliettes, l'accès aux données de la recherche clinique qui ont déjà fait l'objet d'analyses ou de synthèses critiques, indépendantes de l'industrie, est de plus en plus facile grâce à des moteurs de recherche médicaux (la base de données Trip, InfoCritique, MacPLUS), des résumés critiques (*Evidence-Based Medicine*, InfoPOEMs, Infopratique), des manuels en ligne (Essential Evidence Plus, DynaMed, Clinical Evidence, Best Practice, UpToDate) et maintenant des programmes de formation à la prise de décision partagée (www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/index.php?id=189) et des outils d'aide à la décision pour le patient au Canada (<http://decisionaid.ohri.ca>), au Royaume Uni (<http://sdm.rightcare.nhs.uk>) et aux États-Unis (<http://informedmedicaldecisions.org>). Les outils d'aide à la décision pour les patients sont des supports précieux, voire essentiels, pour partager les données probantes avec les patients et favoriser leur participation à la prise de décision concernant leur santé tout en respectant leurs valeurs et leurs préférences¹⁰.

Il est évident qu'on ne donne pas trop d'importance à la pratique de la médecine fondée sur les données probantes. On n'en donne pas assez!

D^r Labrecque est professeur titulaire au Département de la médecine familiale et de la médecine d'urgence de l'Université Laval et chercheur-clinicien au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital Saint-François d'Assise, Québec. **D^r Cauchon** est professeur agrégé au Département de la médecine familiale et de la médecine d'urgence à l'Université Laval.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^r Michel Labrecque, Centre hospitalier universitaire de Québec, Hôpital Saint-François d'Assise, D6-728, 10 rue de l'Espinau, Québec, QC G1L 3L5; téléphone 418 525-4437; télécopieur 418 525-4194; courriel Michel.labrecque@mfa.ulaval.ca.

Références

1. Prasad V, Vandross A, Toomey C, Cheung M, Rho J, Quinn S, et coll. A decade of reversal: an analysis of 146 contradicted medical practices. *Mayo Clin Proc* 2013;88(8):790-8. Epub 2013 Jul 18.
2. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.
3. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence-based practice. *BMJ* 2002;324(7350):1350.
4. Straus S, Haynes B, Glasziou P, Dickersin K, Guyatt G. Misunderstandings, misperceptions, and mistakes. *ACP J Club* 2007;146(1):A8-9.
5. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence-based medicine has come a long way. *BMJ* 2004;329(7473):990-1.
6. Montori VM, Guyatt GH. Progress in evidence-based medicine. *JAMA* 2008;300(15):1814-6.
7. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268(17):2420-5.
8. Dumit J. *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health*. Durham, NC: Duke University Press; 2012.
9. Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ* 2013;346:f3830. Erratum in: *BMJ* 2013;346:f3998.
10. Barratt A. Evidence-based medicine and shared decision-making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Educ Couns* 2008;73(3):407-12. Epub 2008 Oct 8.

CONCLUSIONS FINALES – NON

Michel Labrecque MD PhD FCFM

Michel Cauchon MD FCFM

- La médecine est fondée sur l'utilisation des données issues de la recherche scientifique.
- La médecine fondée sur les données probantes dépasse largement l'application simpliste de résultats de recherche.
- L'industrie pharmaceutique a fait preuve d'un réductionnisme délibéré de la médecine fondée sur les données probantes pour en tirer des bénéfices financiers.
- La prise de décision partagée apporte les techniques et les méthodes nécessaires pour mettre en œuvre la véritable médecine fondée sur les données probantes.

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