

# Quelle médecine pour demain : libre choix ou tyrannie de la preuve ?\*

**A. Van Meerhaeghe<sup>1,2</sup> et M. Vanhaeverbeek<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup>Service de Pneumologie, C.H.U. de Charleroi, <sup>2</sup>GERHPAC\*\*, <sup>3</sup>Service de Médecine interne, C.H.U. de Charleroi

En 1996, Sackett précisait, en réponse aux critiques adressées à la médecine factuelle, que celle-ci est " l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse de la meilleure preuve du moment, pour une prise en charge personnalisée de chaque patient "1. La médecine factuelle est aussi un outil de formation, un moyen de hiérarchiser les informations ainsi qu'une base rationnelle aux politiques de santé publique. Elle a amené à repenser l'épistémologie du savoir médical et de la pratique clinique.

Cette approche de la médecine s'installe progressivement dans les soins de santé et, pour son deuxième symposium, le GERHPAC (Groupe d'Epistémologie appliquée et de clinique Rationnelle des Hôpitaux publics du Pays de Charleroi) souhaitait s'interroger sur une des questions fondamentales qui nourrissent la résistance à ces concepts novateurs à savoir : l'obligation de se baser sur les faits les mieux documentés et classés en niveaux de preuves pour aider le praticien et son patient à prendre la meilleure décision. Ceci est vécu comme une atteinte à la liberté personnelle d'exercice de la profession, mais suscite aussi parfois des sentiments de culpabilité face à la difficulté d'adapter les données scientifiques à la réalité du terrain individuel. Il y a une tension permanente chez certains d'entre nous dans l'appréhension de la médecine factuelle comme aide à la prise de décision ou comme dogme évaluatif et contraignant.

Le but premier de ce symposium est d'essayer de montrer que la pensée épidémiologique qui organise le réel à partir de régularités, de fréquences observées au sein de groupes de patients est en fait un outil potentiel de réconciliation entre le savoir-faire du clinicien et la preuve.

Le concept de preuve occupe un statut particulier en philosophie qui est riche de termes tels que démonstration, raisonnement, syllogisme, déduction, induction, abduction, analogie.

Le Pr Lejeune, Directeur Général des Hôpitaux de l'Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi (ISPPC) s'efforça, dans le premier exposé, de cerner les différentes approches qui sous-tendent et constituent la notion de preuve dans divers domaines

allant de l'approche démonstrative au départ d'axiomes, à la confrontation au réel par l'expérimentation ou comme dans l'astrophysique à la modélisation ou simulation. Deux branches des mathématiques sont aussi nécessaires à savoir d'une part la logique qui permet d'édicter des règles d'inférence et d'autre part, le calcul des probabilités et la statistique.

Il n'y a de science que du général, on essaiera donc toujours de trouver la notion d'invariant et, pour la légitimer, les méthodes déductives et inductives peuvent être utilisées.

On pourrait dire avec F. Gil " une proposition est dite prouvée si ayant été établie par une méthode reconnue, elle fait l'objet d'une croyance "2. Le terme " croyance " recouvre ici deux concepts : la connaissance et l'acceptation de cette connaissance par les individus. Cette définition implique donc que, pour acquérir le statut de preuve, il faut une adhésion qui par essence est subjective.

Le Pr P. Lejeune insista, en s'appuyant sur K. Popper, sur le statut provisoire de la preuve et sur son caractère réfutable. La science progresse par réfutation et les théories ne seraient que des conjectures. Ce caractère intrinsèquement falsifiable permet à la vérité ou à son approche d'être provisoire et de ne pas être une dictature.

Dans le domaine médical, confrontées à la variabilité biologique, les expérimentations mises en œuvre fournissent des résultats aléatoires, nécessitant pour baliser le hasard le plus adéquatement possible, le tirage au sort. L'aléa revêtit alors un caractère probabiliste qui est une qualité fondamentale de la preuve en médecine.

Le Pr A. Morabia, de la *Mailman School of Public Health de New York*, s'attela à nous démontrer comment distinguer entre croyances et connaissances grâce à l'épidémiologie causale, sujet de son dernier livre<sup>3</sup>.

\*Compte-rendu du colloque organisé le 26 novembre 2011 au C.H.U. de Charleroi.

\*\*Groupe d'Epistémologie appliquée et de clinique Rationnelle des Hôpitaux publics du Pays de Charleroi.

L'épidémiologie peut se définir comme l'étude de la fréquence et de la dynamique des états de santé dans la population (épidémiologie descriptive) et des relations causales en rapport avec la santé humaine (épidémiologie causale).

Pour nous aider à saisir toute l'importance des concepts et du rôle majeur de l'épidémiologie en santé publique et en médecine, il présenta d'abord une leçon magistrale et passionnante sur l'histoire de l'épidémiologie. Cette histoire nous mena à la naissance des premières épidémies qui, pendant près de 4.000 ans, ont déferlé sans que la médecine ne puisse répondre à cette tyrannie. La raison principale de cet échec se trouvait dans la réponse médicale holistique. Cette approche postule que chaque cas de maladie est distinct dans ses causes et son traitement et la santé est un état d'équilibre entre l'organisme humain et l'univers.

Un point de rupture dans cet édifice est la révolution cartésienne. Il s'agit dès lors d'isoler une cause du réseau de causes potentielles considérées simultanément par le médecin holiste. Le décompte des décès dus à la peste par John Graunt au XVII<sup>ème</sup> siècle contredit les croyances en ses causes météorologiques ou astrologiques. Ensuite, partant de l'essai clinique de James Lind pour le traitement du scorbut (1747), il présenta les controverses sur " le grand chantier de l'épidémiologie " que furent les études qui montrèrent les conséquences de la consommation du tabac sur le cancer du poumon. Il termina sa démonstration pédagogique par l'analyse de quelques études de cohortes contemporaines.

Cette assise historique de l'utilisation de la preuve en médecine, lui permit d'expliquer comment l'épidémiologie était devenue la science principale pour répondre aux cinq questions qui permettent d'opérer le distinguo entre connaissance et croyance :

- Ce traitement est-il efficace ?
- Ce traitement est-il dangereux ?
- Cette caractéristique, ce comportement ou cette exposition environnementale représentent-ils un risque pour la santé ?
- Cette caractéristique, ce comportement ou cette exposition environnementale sont-ils bénéfiques pour la santé ?
- Ce test de dépistage est-il utile ?

Le principe est simple : il existe de la connaissance à partir du moment où l'on a fait appel à une étude comparative de population pour répondre à l'une de ces questions.

Le Pr Morabia souligna aussi le fait qu'il n'est pas aisé d'extirper des croyances invétérées.

Enfin, sa démonstration orale, fut en parfaite harmonie avec la seule équation d'inspiration bayésienne de son livre (hormis quelques calculs simples présents dans les 4 annexes) : connaissance " après " = croyance " avant " x

connaissance.

Cette équation montre que, confrontés à de nouvelles connaissances, nous réévaluons nos croyances. Il n'y a pas de politique de la table rase des éléments du passé<sup>3</sup>.

A partir d'une étude du " *College voor Zorgverzekeringen*, " organisation gouvernementale hollandaise qui veille à la qualité, l'accessibilité et la maîtrise des coûts des soins de santé, le Dr R. Mertens, Directeur Général du KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé), mit en lumière les enjeux sociétaux majeurs et divers qui font partie des prises de décisions dans les politiques de santé publique. L'étude à laquelle il fit référence pour bâtir son exposé évalue l'introduction de la chirurgie assistée par robot et tout particulièrement la prostatectomie radicale par voie laparoscopique à l'aide du robot Da Vinci®.

Méthodiquement, il passa en revue tous les éléments qui entrent en jeu pour rendre difficile toute prise de décision rationnelle. Il rappela cette vérité quasi universelle que " tout ce qui est technologiquement neuf est perçu comme meilleur ".

Il démonta les mécanismes commerciaux, publicitaires, la préparation " scientifique " à l'introduction de toute technologie ou traitement.

Il mit en exergue la collusion entre le monde chirurgical et les concepteurs du robot. Ceci se faisant par des congrès, conférences, séminaires où des " leaders d'opinion ", concept clé des stratégies de marketing, sont utilisés pour préparer le terrain et formater la connaissance non seulement des médecins, mais aussi des journalistes et donc de construire l'attente du public.

Un autre facteur relevé est le climat de compétition entre les institutions de soins. Interrogés, les administrateurs d'institutions hollandaises mettaient en avant le risque de fuite de la patientèle s'ils n'acquiesçaient pas un tel instrument.

Plus grave encore, pour faire face aux frais de fonctionnement, pour le maintien de l'expertise opératoire, un seuil minimum de patients doit être opéré à l'aide de cette technique et bien sûr, ceci peut être à l'origine de certaines dérives.

Il montra clairement, au vu de la multiplication attendue des prostatectomies suite aux éléments repris ci-dessus et de la diminution insuffisante du taux de complications par rapport aux méthodes classiques, que le rapport bénéfice/effets secondaires n'était pas favorable.

Plus généralement, un appel a été fait à l'ouverture de débats démocratiques. Il faut décider de ce que tous, nous sommes prêts à payer pour des soins de santé de qualité. Il faut aussi s'interroger sur des limites éventuelles à instaurer.

Un autre aspect essentiel que le directeur du KCE souleva est la (l'impossible ?) rencontre entre l'approche scientifique pure et dure des problèmes de santé et la communication des résultats à la société. La presse comme les scientifiques d'ailleurs, ne semblent pas être des messagers valables pour la transmission des données à la population générale.

Son intervention montra bien que la preuve ne suffit pas pour que les choses bougent, d'autres aspects socio-psychologiques, philosophiques doivent être pris en considération afin d'entraîner l'adhésion du plus grand nombre à une approche rationnelle.

La question fondatrice du symposium : libre choix ou tyrannie de la preuve, se devait d'être abordée par un clinicien qui intègre dans sa pratique quotidienne les éléments de la médecine factuelle.

Le Pr J.-P. Sculier, Chef de Service des Soins intensifs et Urgences oncologiques à l'Institut Bordet et Professeur ordinaire de Médecine interne à l'ULB, s'attela à cette tâche.

Dans la première partie de son exposé, il souligna les différences entre la pratique de la médecine avant et après 1992. Auparavant, la pratique médicale s'appuyait sur l'expérience personnelle non systématique. A ceci s'ajoutaient la recherche fondamentale, et la recherche clinique conduite auprès de groupes restreints. A partir de ces éléments, une généralisation, un transfert étaient opérés auprès des autres patients.

C'est au niveau de ce cycle des connaissances biomédicales précédant le passage à l'action que le nouveau paradigme a vu le jour.

La nécessité d'une approche systématique pour tous les pans de l'activité médicale (diagnostic, pronostic, traitement) a été mise en avant. La nécessité de vérifier l'efficacité réelle des interventions auprès de grands groupes de patients dans des contextes expérimentaux, c'est-à-dire avec groupes témoins, s'est imposée. Ce nouveau cycle des connaissances biomédicales, généré avant le passage à l'action, constitue les données probantes, les preuves. Celles-ci ont été catégorisées en niveaux selon la susceptibilité d'introduction de biais dans les plans d'études qui ont servi à les générer.

A partir des exemples du dépistage du cancer du poumon par la radiographie de thorax, de l'irradiation postopératoire en cas de résection chirurgicale d'une tumeur pulmonaire maligne et de l'utilisation du cathéter artériel pulmonaire en soins intensifs pour les patients en état de choc, le Pr Sculier montra clairement que le cycle des connaissances créé par la médecine factuelle permettait d'échapper à la tyrannie de l'ignorance et apportait au clinicien et au patient une liberté de choix grâce aux données probantes.

Il insista enfin sur la nécessité de mise à jour des connaissances ainsi que sur l'évaluation critique de la littérature.

Nous pensons que ce deuxième symposium a permis de réaliser quelques petites avancées dans la compréhension de l'application de la rationalité dans la pratique médicale.

Face à la variabilité caractéristique principale du vivant, les sciences biomédicales ne peuvent obtenir des preuves qu'avec l'appui de la démarche statistique inférentielle. Celle-ci s'applique à des régularités observées dans des groupes soumis à comparaison. Ces fréquences observées dans les groupes, sont traduites en probabilité de l'événement étudié pour le patient que nous avons en face de nous. C'est dans cette tension épistémique que s'est créée la médecine factuelle. Cette tension n'est pas opposition. L'incertitude, domaine des sciences du vivant et donc du devenir médical du patient qui nous fait face, oblige à travailler en termes probabilistes.

Dans le domaine de la santé publique, si une telle démarche rationnelle est nécessaire, elle se révèle insuffisante. Elle doit en effet s'accompagner dans sa traduction vers la société de considérations socio-psychologiques, philosophiques et économiques.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS : Evidence based medicine : What it is and what it isn't. *BMJ* 1996 ; 312 : 71-2
2. Gil F : La preuve. *Encyclopédie Universalis*, 1998
3. Morabia A : Santé : Distinguer croyances et connaissance. Paris, Odile Jacob, 2011