

L'EBM est une composante majeure de la pratique médicale, il y en a d'autres



L'article du Professeur J. Steurer [1] dans le présent numéro retient l'attention. Il est important de rappeler les apports de la médecine basée sur les preuves (*evidence-based medicine* – EBM), qui rendent la pratique plus efficace et plus efficiente. A noter toutefois que, si l'EBM peut être vue comme l'alpha ou l'omega de la médecine, elle ne saurait être les deux! Elle est une dimension principale de la pratique mais ce n'est pas la seule. Souvenons-nous de William Osler: «It is much more important to know what sort of patient has a disease than what sort of disease the patient has.» En traitant un patient, le médecin ne peut pas faire abstraction de l'individu, de son histoire, de ses circonstances de vie, de son environnement – social, physique... Un confrère chevronné: «EBM ne rend pas compte de la complexité perpétuellement présente dans nos pratiques: pluripathologies, plurimédication, comorbidités psychiatriques, interventions médico-sociales... pour traiter cela, les réflexes monosynaptiques ne suffisent pas.» Dans l'utile article récent d'A. Abraham [2]: «la notion de qualité chez les médecins de famille ne se laisse guère standardiser ou quantifier (...) Cela s'oppose aux évaluations de la qualité dont les objectifs sont présentés de manière quantitative, dans un paradigme positiviste.» Le fait est qu'EBM s'attache à «what sort of disease the patient has» – et le développement de la médecine scientifiquement dite personnalisée ne changera pas cela.

Edouard Jéquier-Doge (1907–1988) a été un maître de la médecine interne à la Faculté de Lausanne, il a marqué des centaines de futurs praticiens. Dans sa leçon inaugurale, il avait parlé de «ces patients qui guérissent par envie de plaire à leur thérapeute»; faisant référence à ces catamnèses qui ne sont pas «conformes» aux effets quantitatifs et qualitatifs attendus des données de type EBM. Pourtant, en plus d'exister, ces évolutions aident les malades, qui vont mieux et même guérissent. NB: aujourd'hui, je veux croire qu'on admet que le patient lui-même est le mieux placé pour savoir s'il doit se sentir bien portant ou malade.

Je me souviens comment durant nos études on insistait sur le fait qu'il n'a pas une grande et une petite médecine – ou chirurgie –, il y a LA médecine. D'accord, il est bon de le souligner pour éviter de faire penser qu'il y a des «castes» de valeurs différentes dans le corps médical. Or, la pratique médicale n'est pas limitée à ce qui se fonde sur EBM. Des confrères expérimentés relèvent que, en pratique de premier

recours, plus de la moitié des consultations sont données sans qu'un diagnostic précis ne soit posé. Est-ce à dire que ces collègues ne méritent pas d'être appelés médecins? Ils le méritent bien sûr; simplement il y a plusieurs registres dans la médecine, qui ont chacun leur pertinence et leur légitimité.

Tout en ayant eu des contacts constants avec des confrères praticiens durant quarante ans, je n'ai été clinicien que durant cinq ans. Mais ces cinq ans ont suffi pour que je sois frappé de l'impact de l'attention à la personne du malade; impact de la relation, du charisme du thérapeute, d'une «chimie» pour l'instant pas déchiffrable par EBM; une dimension «magique» – sans jamais, bien sûr, glisser dans le charlatanisme ou le chamanisme. «Il y aura toujours, en médecine, un dehors de la science, des marges, du mythologique (...) Le rôle de cet à-côté, qui prend en charge la souffrance des humains à sa façon, est incontestable [3].» Bernard Hoerni, professeur bordelais qui a présidé l'Ordre des médecins français, dit: «La médecine est faite de rationnel et de relationnel; relation sans raison (EBM) n'est pas de la médecine mais raison sans relation est une médecine incomplète.»

Je parle ici de la plus grande partie des soins donnés quotidiennement (à propos de *disease*, *illness* ou *sickness* au sens anglo-saxon de ces termes, y compris des mal-être divers qui méritent aussi d'être soignés). Sans doute la situation n'est-elle pas identique en médecine tertiaire (grands hôpitaux cantonaux et hôpitaux universitaires), voire quaternaire (services spécialisés pour tout le pays). S'agissant de patients dont le pronostic vital est immédiatement en jeu, dont la conscience peut être altérée voire absente, les connaissances objectives strictes ont un rôle prééminent. Au reste, en médecine tertio-quaternaire – un pourcentage des soins prodigués quotidiennement? –, les témoignages sont nombreux aussi qu'un geste, une parole, un regard d'un intervenant de soins intensifs, par exemple, peut être le facteur qui va faire qu'un malade se raccroche à la vie plutôt que de «laisser aller».

Bien sûr, je ne dis pas, comme récemment un confrère «Oui, l'EBM c'est très bien, à dose homéopathique.» Toutefois, pour une pratique médicale complète, d'autres dimensions doivent être présentes.

Jean Martin, ancien médecin cantonal vaudois
et membre de la rédaction

1 Steurer J. Jeder Patient ist einzigartig: ein universales Killerargument gegen Standards in der Medizin? Bull Méd Suisses. 2011;92(7):248.

2 Abraham A. Varianz als Norm. Bull Méd Suisses. 2010;91(49):1967–70.

3 Kiefer B. L'efficacité démocratique. Rev Med Suisse. 2011;7:176.

jean.martin@saez.ch