Médecine factuelle ou tyrannie de la preuve?

Séparer connaissances et croyances

Depuis plusieurs années déjà, la médecine factuelle s'installe progressivement dans la santé publique, non sans diviser le monde médical. Pour le meilleur, estiment les uns, car ceci permet la prise de décisions cliniques optimales et rationnelles. Mais aussi pour le pire, considèrent d'autres, en installant par exemple l'économique au centre d'un système de soins déjà «entièrement pollué par les économies et la rentabilité».

«Quelle médecine pour demain: libre choix ou tyrannie de la preuve?». La question était au centre du second symposium du Groupe d'Epistémologie appliquée et de clinique Rationnelle des Hôpitaux publics du Pays de Charleroi (GERHPAC), qui depuis un peu plus de trois ans s'attache à «*promouvoir l'enseignement d'une médecine clinique fondée sur les preuves et, plus largement, d'une pratique soignante s'appuyant sur la rationalité*».

Le GERHPAC rassemble en effet des médecins et enseignants-chercheurs du CHU de Charleroi, institution hospitalière de formation active dans la recherche expérimentale et à large orientation publique qui vise à encourager une pédagogie soucieuse des défis posés à la médecine du 21e siècle. «*Notre but est de placer la pensée au centre de la réflexion, réconcilier l'expérience du clinicien et la preuve, la rationalité et la liberté*».

Pour le Pr Philippe Lejeune (CHU de Charleroi et Direction générale ISPPC), il est important de bien circonscrire la notion de preuve. Qu'est-ce que prouver? Cela peut être établir la vérité, explique-t-il, aussi démontrer, expérimenter, mettre à l'épreuve et tester. Ou encore vérifier, corroborer, garantir, trouver des indices, justifier, montrer, décrire, expliquer, interpréter, résumer, argumenter, persuader... voire croire ou faire croire, ou tout simplement mentir.

«*Peut-on admettre d'office la vérité de certains énoncés expérimentaux? Bien sûr que non! Beaucoup de questions se posent lorsqu'on parle de la preuve*», fait-il remarquer. Quant à la «vérité», est-elle universelle, évolutive? «*Le vrai*, souligne-t-il, *n'est pas toujours démontrable*». Se pose aussi le problème de la charge de la preuve. Comme il y a plusieurs niveaux de preuve, ne peut-on pas parler d'une tyrannie de la preuve?

Professeur d'épidémiologie à l'Université de Columbia à New York, Alfredo Morabia a longtemps dirigé l'unité d'épidémiologie clinique de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, après avoir lancé le Bus santé qui suit les paramètres de santé des Genevois depuis bientôt 20 ans. Selon lui, preuve et libre choix ne sont pas forcément en opposition.

Faire la part des choses et des idées

Dans son dernier livre *Santé: distinguer croyances et connaissances* (Odile Jacob), il montre comment la société en est venue à adopter l'épidémiologie comme moyen de distinguer connaissances et preuves en matière de santé, en particulier pour répondre à un certain nombre de questions. Alors que les exemples de titres chocs repris dans la presse abondent de nos jours, sans de vraies études scientifiques, pour en vérifier les affirmations (exemple: «*Tabagisme: les femmes ont le cœur fragile*» ou «*La calvitie précoce pour détecter le cancer de la prostate*»), Alfredo Morabia souligne que l'épidémiologie permet facilement de séparer connaissances et croyances, de faire la part des choses et des idées, hypothèses et opinions en tous genres.

«*On a l'impression qu'il y a toujours eu des épidémies dans l'histoire de l'humanité, alors qu'il s'agit d'un phénomène relativement récent*». Et d'expliquer que, si on remonte jusqu'à 40.000 ans avant J-C, la société était alors composée exclusivement de chasseurs, il n'y avait pas d'animaux domestiques ou de production d'aliments. Autre élément qui a son importance, insiste-t-il: à cette époque les humains vivaient exclusivement en petits groupes (de 20 à 100 personnes), trop petits pour soutenir, et entretenir, toute transmission d'agents pathogènes. De fait, les premières traces d'épidémies sont apparues dans des sociétés de type agraire vers - 2.500 et - 2.000 avant J-C, à Sumer en Mésopotamie. Alfredo Morabia cite toutefois un contre-exemple, celui de l'ancien Mexique où de très grandes populations ont cohabité, sans animaux domestiques, et échappèrent aux épidémies dévastatrices.

Si l'explosion de la fréquence des épidémies semble bien avoir accompagné l'explosion démographique, leur étude est cependant restée longtemps incompatible avec une approche de la santé par la population, le raisonnement holistique étant considéré forcément individuel, il ne permet pas de grouper des gens. «*Toute l'histoire de l'épidémiologie a finalement lieu au cours des 400 dernières années, avec l'apparition de la peste en 1600, puis du scorbut et de la variole au 18e siècle*, explique le Dr Morabia. *L'épidémiologie est surtout une discipline du 19e siècle, comme devinrent importants par la suite le lavage des mains et l'hygiène. Distinguer croyances et connaissances, c'est le rôle de l'épidémiologiste. Mais comment savoir s'il s'agit de connaissances ou seulement de (fausses) croyances? Le simple fait de se demander s'il s'agit d'une étude comparative de populations permet déjà de délier les choses. Ensuite il faut savoir quels sont les groupes comparés et surtout, ce qui fait souvent défaut aujourd'hui, quelle est la fréquence ou les risques observés. Tout cela permet d'avoir une idée de l'importance clinique des répercussions de la preuve par l'étude comparative des populations*».

Les premières traces d'épidémies sont apparues dans des sociétés de type agraire vers – 2.500 et – 2.000 avant J-C, à Sumer en Mésopotamie.

Des recommandations pas toujours suivies

Le Dr Raf Mertens, qui dirige le KCE depuis deux ans, est le premier à dire qu'il n'a pas de preuves! Et de constater que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé contribue avec ses rapports (169 publiés à ce jour depuis sa création en 2003) à l'evidence based medicine; «*Mais, sur le terrain, ses recommandations ne sont pas toujours suivies!*».

La croyance selon laquelle «ce qui est nouveau est meilleur» s'est peu à peu ancrée dans les mentalités, y compris chez nombre d'acteurs de la santé. En général, les gestionnaires voient dans l'innovation et la haute technologie la promesse d'un avantage compétitif pour leur établissement, symbole d'excellence clinique, d'expertise médicale et de chirurgie innovatrice. C'est également un moyen de se différencier de ses «concurrents». S'ajoute à cela la pression du patient qui menace d'«aller ailleurs», faute d'obtenir satisfaction, outre une forte médiatisation de l'innovation médicale dans la presse médicale et grand-public. «*C'est quelque chose qui séduit par sa fascination et ceci amène à des exagérations. Reste que c'est la technique qu'on met en avant, rarement les résultats*», relève-t-il. Tout cela n'est pas sans un risque considérable de surdétection de cancers et de surtraitements, sans compter le coût d'amortissement de ces nouvelles technologies pour l'ensemble de la société. Reste que le principal défi pour le KCE à l'avenir sera d'être encore plus transparent dans ses décisions et la pertinence de ses recommandations. «*Il nous faudra de plus en plus articuler nos messages par rapport à toutes les valeurs dans ce monde qui est fait autant de croyances que d'espoirs*».

Le Pr Jean-Pol Sculier (ULB), chef de service des soins intensifs et urgences oncologiques à l'Institut Bordet, admet lui-même avoir subi la tyrannie de l'ignorance. C'est la médecine factuelle qui lui a amené la connaissance. Avec Michel Vanhaeverbeek (Laboratoire de médecine expérimentale du CHU de Charleroi), il s'est ainsi battu pour mettre sur pied un cycle de formation continue destiné aux médecins généralistes, ainsi qu'un certificat de médecine factuelle depuis l'année académique 2008-2009. «*La médecine factuelle est une aide indispensable pour faire au mieux ce qu'on doit faire*, explique-t-il. *Cela consiste à s'appuyer sur des sources secondaires, tout en gardant toujours son propre jugement. C'est l'analyse systématique de notre expérience*». Ne jamais négliger l'examen clinique, ni son niveau d'expertise personnel et garder son esprit critique, est fondamental, considère encore Jean-Pol Sculier qui met encore en garde contre ce qu'il appelle «la tyrannie de la méta-analyse», considérée comme le niveau de preuve le plus élevé. «*Ce sont en fait des études qui sont des confirmations validant en pratique de routine les résultats d'essais cliniques. Il y a aussi des études de non-infériorité et d'équivalence qui transforment une étude négative en une étude positive*, s'amuse-t-il. *Elles n'ont d'indication que si l'on veut remplacer un traitement plus cher...*».

Attention aussi à la fraude aux données (car les méta-analyses risquent de concentrer des fautes) et à la manipulation de la littérature, à la fraude aux auteurs, aux conflits d'intérêts que les médecins négligent très souvent, quand ils ne sont pas eux-mêmes juges et parties. En conclusion, le Pr Sculier déclare qu'en fait, la tyrannie n'est pas celle de la preuve, sinon celle de l'ignorance.

Thierry Goorden