

L'EBM en pratique

L'analyse des discordances apparentes au cours du temps entre les études consacrées au traitement hormonal substitutif de la ménopause – et qu'illustre bien l'article de J.-C. Thalabard contenu dans la monographie de ce numéro « Ménopause » (v. p. 372) – est un plaidoyer pour ce qui, depuis une dizaine d'année, est apparu comme un nouveau concept en médecine : l'*Evidence-based medicine* (EBM), dont la traduction ne va pas de soi, puisque *evidence* signifie preuve et non pas évidence.

Après un inévitable débat entre spécialistes, le plus grand nombre s'accordent désormais sur les termes de « médecine fondée sur des [niveaux de] preuves ».

On peut rappeler brièvement que l'EBM est née¹ à la faculté McMaster dans l'Ontario anglophone, au Canada. Depuis le milieu des années 1980, cette faculté expérimente un nouveau curriculum, principalement caractérisé par l'abandon quasi total des cours magistraux et des examens écrits traditionnels, par la prééminence d'un auto-apprentissage par petits groupes d'étudiants supervisés par un tuteur (chaque promotion ne compte qu'une centaine d'étudiants), par la priorité accordée à la résolution de problèmes de santé individuels ou collectifs et enfin par l'utilisation privilégiée de l'EBM comme modèle de raisonnement. Moyennant diverses adaptations, ce nouveau curriculum a connu un grand succès puisque de nombreuses écoles de médecine de culture anglo-saxonne, puis, à travers le sas que constituent les facultés québécoises, certaines facultés françaises l'ont adopté.

C'est plus tardivement, depuis le début des années 1990, que les réflexions menées à McMaster ont largement débordé le cadre de la formation initiale des étudiants,

Jean-Michel CHABOT
Faculté de médecine - Marseille

pour s'ancrer sur des questions beaucoup plus « professionnelles » comme la décision médicale, ses déterminants² et plus largement l'évaluation de la qualité des soins. Celle-ci, et notamment l'évaluation de la qualité des pratiques médicales, se fonde sur la démarche dite de « la médecine fondée sur les preuves » (*Evidence-based medicine*) qui se définit comme « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient ».³ S'agissant d'un modèle de décision clinique (v. figure) et non d'une théorie de la connaissance, l'EBM est un instrument adapté à l'évaluation des pratiques.

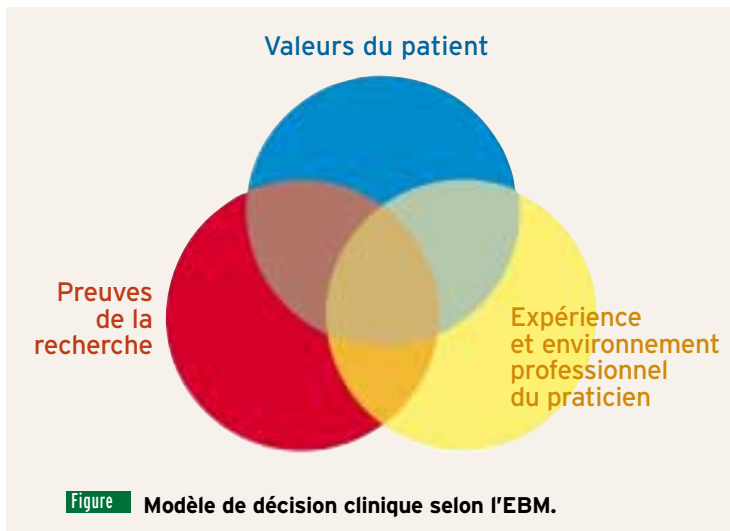
Concrètement, il s'agit de suivre une démarche en 4 étapes,⁴ visant à enclencher une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins.

- Traduire les besoins d'information issus de l'activité clinique en questions structurées (selon l'acronyme PICO : *Patients, Interventions, Comparisons, Outcomes* [critères de jugement]).

- Rechercher méthodiquement dans la littérature les meilleures preuves permettant d'y répondre.

- Évaluer la validité et l'utilité de ces données. Sur ce point, on peut relever une des principales limites de l'EBM, déjà pointée par Thalabard. Elle tient à la constitution des groupes d'étude d'où sortent les « preuves ». Ces groupes issus de nombre de critères d'inclusion et d'exclusion correspondent rarement à la population générale.

- Mettre en pratique les conclusions et évaluer la performance ultérieure.



Ce « processus d'autoapprentissage poursuivi tout au long de la vie professionnelle »⁴ substitue une harmonisation des pratiques – autour du meilleur niveau de preuve démontré – à la variabilité des prescriptions souvent constatée.

Son champ d'étude et d'application ne se limite pas à la seule activité clinique du corps médical mais inclut tous les acteurs de la santé : paramédicaux, auteurs et promoteurs des recommandations de bonnes pratiques, autorités de tutelle, gestionnaires et financeurs du système, enseignants universitaires, etc. C'est pourquoi la dénomination d'*Evidence-based health care* (EBHC) remplace progressivement celle d'EBM et repositionne le modèle dans une perspective de gestion médicalisée du système de soins. Intégrée à l'évaluation des pratiques, la démarche présente schématiquement 4 avantages qui sont autant de gages d'efficacité.

- **Responsabilisation** : en identifiant explicitement « la compétence clinique du soignant » comme l'un des déterminants de la décision, l'EBM reconnaît le rôle des praticiens, valorise leur jugement et les associe pleinement au processus. Les freins au changement, inévitablement suscités par toute tentative d'application autoritaire d'un référentiel externe, sont minimisés, sinon levés. Politiquement, il s'agit d'une stratégie de responsabilisation, voire de renforcement du pouvoir de décision (*empowerment*) des praticiens de première ligne, non d'une stratégie coercitive.

- **Décision partagée** : la prise en compte systématique des « valeurs du patient » satisfait à la fois à un impératif

éthique et à une évolution sociologique. Elle permet aussi de mettre en œuvre des stratégies d'influence (du comportement des praticiens) médiées par les patients, dont l'efficacité est bien établie.

- **Faisabilité** : s'ils se déclarent en majorité favorables à la mise en application des preuves dans leur pratique personnelle – parce qu'ils y voient une garantie de sécurité et d'efficacité – les praticiens demandent à utiliser des « synthèses de preuves adaptées à leurs besoins, élaborées par des collègues compétents et indépendants », car eux-mêmes estiment ne pas avoir la disponibilité et les compétences nécessaires.⁵ Fait capital, la simple utilisation pragmatique de telles synthèses suffit à assurer une qualité des soins satisfaisante, sans qu'il soit nécessaire de d'être un technicien accompli de l'EBM.⁶ Dès lors, la généralisation de la méthode devient concrètement réalisable.

- **Cohérence** : parce qu'elle repose sur un socle méthodologique unique et scientifiquement fondé, l'*Evidence-based health care* constitue un langage commun interdisciplinaire et interprofessionnel, audible par tous les acteurs du système de santé dont elle facilite la coopération.

Ce modèle d'évaluation diffère sensiblement de celui des *guidelines* (Recommandations de pratique clinique [RPC])⁷ tel qu'il avait été promu au milieu des années 1990. L'EBM reconnaît la valeur scientifique des *guidelines* quand elles sont développées de manière méthodique et se fondent sur des niveaux de preuves explicites. Toutefois, comme toute « preuve externe », elles ne peuvent s'appliquer aux cas individuels qu'après avoir été pondérées par les deux autres piliers de la décision : la « compétence clinique du praticien » et les « valeurs du patient » correctement informés. ■

1. Haynes RB *et al.* EBM Journal 2003; 34: 5-8.
2. Sackett DL. EBM Journal 1996; 1:5-6.
3. Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. BMJ 1995; 310: 1122-6.
4. Evidence-based medicine working group. EBM: a new approach to the teaching of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5.
5. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. BMJ 1998; 316 (7128): 361-5.
6. Guyatt G, Meade OM, Jaeschke RZ, Cook DJ, Haynes RB. Practitioners of evidence based care. BMJ 2000; 320: 954-5.
7. Sackett DL. Recommandations de pratique: critères d'applicabilité et motifs de rejet. EBM Journal 2000; 23:4-5.