

PREMIERS CONTACTS

L'Evidence-Based Medicine en quelques mots

- ☞ [Le terme d'Evidence-Based Medicine \(EBM\) \[terme.php\]](#)
- ☞ [Résumer en quelques mots \[resumer.php\]](#)
- ☞ ["SnNel et SpPaf" \[snel.php\]](#)
- ☞ [Les preuves à l'épreuve de la pratique quotidienne \[preuves.php\]](#)
- ☞ [EBM : mettre le pied à l'étrier \[mettre.php\]](#)
- ☞ [La pratique médicale façon EBM \[pratique.php\]](#)

LE TERME D'EVIDENCE-BASED MEDICINE (EBM)

Le terme d'Evidence-Based Medicine (EBM) a été défini au cours des années 80 à l'école de médecine McMaster à Hamilton, ville d'Ontario située à quelques miles de Toronto et des chutes du Niagara.

Pour les universitaires de McMaster, il s'agissait de désigner un des concepts fondamentaux de la réforme « pédagogique » qu'ils étaient en train de mettre en oeuvre (1).

Cette réforme était organisée autour de trois concepts principaux :

- 1) l'auto-apprentissage dans le cadre de petits groupes d'étudiants suivis de près par un tuteur senior ;
- 2) la résolution de problèmes (cliniques) comme orientation prioritaire de l'apprentissage ;
- 3) l'Evidence-Based Medicine - que l'on peut traduire par « la médecine fondée sur des faits démontrés » - comme origine essentielle du savoir.

Ce nouveau concept a été précisé par un article publié en 1992 dans le JAMA et signé par un quasi mystérieux EBM Working Group - au sein duquel apparaissent un tout petit nombre de Latins et un seul Français qui fait désormais partie de notre comité éditorial.

De plus, cet article princeps apportait une précision essentielle : l'EBM prétendait s'appliquer tant à l'apprentissage qu'à la pratique de la médecine. En clair, cela signifiait que tous, aussi bien les étudiants en facultés, que les professionnels en formation continue ou dans le cadre de leur pratique quotidienne, pouvaient bénéficier de l'EBM.

A ce stade, il est temps de préciser exactement en quoi consiste l'EBM.

Une phase est suffisante : il s'agit, pour assurer correctement la prise en charge d'un malade donné, de revoir ce que la littérature apporte dans un cas comparable et de s'en inspirer pour définir la conduite à tenir. D'une manière plus formelle, les promoteurs de l'EBM distinguent les quatre stades successifs suivants (2) :

- 1) formuler clairement le problème clinique à résoudre dans le cas du malade considéré ;
- 2) réaliser une revue de la littérature en excluant les articles critiquables ;
- 3) apprécier la validité et l'applicabilité des conclusions pratiques des publications ;
- 4) en déduire la conduite à tenir pour le malade en cause. Bien entendu, ce modèle d'apprentissage et de pratique de la médecine est apparu à certains comme particulièrement attractif. Par quelques autres, il a été cependant considéré comme irréaliste et inapproprié.

Le Lancet (3-4) s'est ainsi fait l'écho d'un débat qui visait à déterminer quelle part de l'activité médicale est réellement fondée sur des faits démontrés.

Un court article publié en mars dernier par le BMJ (5) apporte une réponse extrêmement encourageante : plus de 80% des cas vus en pratique générale seraient compatibles avec la pratique d'une médecine « fondée sur des preuves » ; tout au plus, y aurait-il lieu de diversifier les méthodes habituellement utilisées (avant tout l'essai thérapeutique contrôlé) pour établir ces preuves.

Jean-Michel Chabot - Conseiller éditorial EBM Journal

Références

(1) Neufeld VR, Woodward CA, MacLeod SM. The McMaster MD program : a case study of renewal in medical education. Acad Med 1989 ; 64 : 423-432.

(2) Rosenberg W, Donald A. Evidence Based Medicine : an approach to clinical problem-solving. BMJ 1995 ; 310 : 1122-1126.

(3) Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence based. Lancet 1995 ; 346 : 407-410.

(4) Bradley F, Field J. Evidence-based medicine. Lancet 1995 ; 346 : 838.

(5) Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. Evidence-Based general practice : a retrospective study of interventions in one training practice. BMJ 1996 ; 312 : 819-821.

RÉSUMER EN QUELQUES MOTS...

"Nous avons deux options : soit un traitement fondé sur un haut niveau de preuves, soit une alternative excitante mais risquée". Medical Science & Practice 1998;2:1. Conception : Ragnar Levi ; réalisation : Christina Alvner. Reproduit avec l'autorisation des auteurs.

Résumer en quelques mots l'essence de l'Evidence-Based Medicine pourrait être une mission bien délicate. Pourtant, ce croquis initialement publié par Medical Science & Practice, le périodique de l'agence d'évaluation suédoise SBU (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care ; site Internet : www.sbu.se) y parvient à merveille, en un fulgurant coup de crayon. Il rappelle que la médecine fondée sur un haut niveau de preuves n'admet pas d'autre finalité que celle de mieux soigner les malades. Reste à s'entendre sur le « mieux » de cette profession de foi. Or, comme le rappelle Ragnar Levi, rédacteur en chef délégué du journal et concepteur du croquis, ce « mieux » admet aujourd'hui un contenu ou, du moins, un prix à payer : celui des essais cliniques multicentriques randomisés, incluant un nombre élevé de patients représentatifs de la pratique quotidienne, suivis pendant assez longtemps pour être évalués selon des critères de morbidité et de mortalité probants. Le coût de cette recherche appliquée est certes souvent élevé mais celui de « l'incertitude appliquée » n'est-il pas presque toujours exorbitant ?

Bruno Trumbic

SNNÉL & SPPAF !

Que les lecteurs se rassurent (ou se consolent), ce titre curieux - en forme d'onomatopées extraites d'un album d'Astérix - ne signifie pas qu'EBM Journal se soit (enfin) converti à la bande dessinée. En effet, comme vous pourrez le lire dans le Bloc-notes de ce numéro (cf. pages 4 à 6), SnNél et SpPaf sont des acronymes*, signifiant respectivement que :

- 1) quand un test diagnostique a une Sensibilité très élevée dans la détection d'une maladie donnée, un résultat Négatif permet en pratique d'éliminer le diagnostic ;
- 2) inversement, quand un test a une Spécificité très élevée, un résultat Positif permet au contraire d'affirmer le diagnostic.

Au-delà de cet aspect quasi anecdotique, il faut souligner l'importance particulière du Bloc-notes original de David Sackett et Sharon Straus : l'article en question permet en effet de décrire un volet fondamental et encore largement méconnu de l'Evidence-Based Medicine (EBM), à savoir sa mise en application dans les démarches diagnostiques. Comparativement à l'évaluation des interventions thérapeutiques, dont les principes et les critères de validité ont été largement diffusés depuis une vingtaine d'années, et sont aujourd'hui assez bien connus par les praticiens, le domaine du diagnostic accuse un retard manifeste, notamment souligné par certaines contributions récentes à ce journal (1, 2). Ainsi, des indicateurs directement exploitables en pratique quotidienne - comme les probabilités prétest, post-test et les rapports de vraisemblance - restent méconnus et peu utilisés.

Est-ce dommage ou peu importe ? Nous plaignons pour la première hypothèse car ne pas utiliser ces indicateurs c'est se fermer l'accès à une vision bien plus informative des tests diagnostiques que celle fournie par leur interprétation « binaire » (résultat positif vs négatif), et se priver d'un puissant système d'aide à la décision clinique qui permet d'articuler le résultat d'une séquence de tests (et de probabilités prétest/post-test) à la décision thérapeutique, déterminée par des seuils de probabilités cumulées (approche dite du threshold decision making (3)).

Et le praticien dans tout ça ? Et bien, il continue à jouer tout son rôle, puisqu'il faut notamment « savoir utiliser l'expérience clinique personnelle pour adapter chaque estimation initiale de la probabilité prétest aux spécificités de chaque patient ».

Bruno Trumbic

*Il s'agit donc de la traduction française que nous proposons pour les acronymes anglais SnNout et SpPin.

Références

- (1) Richardson WS. Diagnostic basé sur des faits prouvés : accroître le niveau d'exigence. EBM Journal 1998;N°10:7-8.
- (2) Ravaud P, Chastang C. L'évaluation diagnostique, un nécessaire investissement. EBM Journal 1998;N°11:1.
- (3) Pauker SG, Kassirer JP. The threshold approach to clinical decision making. N Engl J Med 1980;302:1109-17.

LES PREUVES À L'ÉPREUVE DE LA PRATIQUE QUOTIDIENNE

Le premier Bloc-Notes de ce numéro d'EBM Journal de Glasziou et al. (1) aborde le thème de la transposition des preuves issues de la recherche aux cas individuels des patients vus en pratique quotidienne. Comme le souligne le commentaire rattaché (2), la solution de ce problème fondamental n'est pas si simple, ni même suffisamment étudiée à l'heure actuelle.

Elle peut pourtant se résumer en quatre questions, dont trois sont d'ordre qualitatif :

- 1) les preuves sont-elles applicables au malade concerné ?
- 2) l'intervention est-elle réalisable dans le contexte global des soins ?
- 3) la décision prend-elle correctement en compte les préférences du malade ?

alors que la réponse à la dernière question - les bénéfices escomptés l'emportent-ils sur les dangers probables ? - passe par une quantification des effets positifs et des effets négatifs de l'intervention.

Deux de ces questions méritent qu'on y apporte un bref commentaire.

Contrairement à une opinion très répandue, la solution du premier problème (applicabilité) ne passe pas par l'examen attentif des critères d'inclusion/exclusion de l'essai et de son cadre (hospitalier vs communautaire, par exemple) mais par la réponse à une question de bon sens : « Mon patient est-il si différent des participants de l'étude que les résultats ne peuvent pas lui être appliqués ? ». Pour renforcer la démonstration, Glasziou et al. choisissent même un cas fictif dont une donnée de terrain (alcoolisme) aurait constitué un motif d'exclusion de tout essai clinique du traitement envisagé (AVK)... L'important n'est-il pas de noter que cette approche valorise pleinement la compétence et l'expérience du praticien, au dépens de toute application « intégriste » du concept de médecine fondée sur les preuves ?!

La quantification précise du rapport bénéfices/risques individuel reste assez complexe (3) : son calcul manuel au cas par cas est irréaliste au vu des contraintes de pratique actuelles. Gageons qu'il en sera tout autrement à l'avenir, quand des programmes informatisés seront disponibles et que les praticiens accepteront de les utiliser : alors, comme le note justement Gilles Chatellier, l'ordinateur pourra nous aider à « réconcilier science et compassion » (4).

Bruno Trumbic

Références

(1) Glasziou PP, Guyatt GH, Dans AL, et al. Comment appliquer les résultats des essais et des revues systématiques au cas particulier d'un patient donné ? EBM Journal (édition française) 1999;19:5-7.

(2) Ross JM. Commentaire sur le Bloc-Notes « Comment appliquer les résultats des essais et des revues systématiques au cas particulier d'un patient donné ? ». EBM Journal (édition française) 1999;19:7-8.

(3) Glasziou PP, Irwing LM. An evidence based approach to individualising treatment. BMJ 1995;311:1356-9.

(4) Chatellier G. Science et compassion. Web Med 1999;1:74.

EBM : METTRE LE PIED À L'ÉTRIER

Un document d'initiation à l'evidence-based medicine (EBM) restait à écrire, du moins à l'attention du lectorat français. Il ne manque certes pas dans notre pays d'ouvrages de qualité pour présenter l'épidémiologie clinique, les statistiques biomédicales ou l'analyse critique des essais thérapeutiques : mais, parce que la médecine fondée sur les niveaux de preuve en est schématiquement une synthèse (certains diraient une chimère...), et qu'elle recouvre bien d'autres aspects, l'utilité d'un document de référence n'est plus à montrer.

Le livre de Trisha Greenhalgh « How to read a paper. The basics of evidence based medicine » est un best-seller à l'échelle internationale. Il recèle en effet bien des qualités objectives : validité de l'information, clarté remarquable de l'organisation et de l'écriture, valeur didactique de l'exposé. Par exemple, le chapitre qui analyse les résistances au changement des professionnels de santé ou de leurs structures est un modèle de pragmatisme. Enfin, l'auteur y fait preuve d'une personnalité affirmée, empreinte de bon sens et d'humour, et donne à lire un livre vivant, chaleureux.

La parution de la version française de cet ouvrage* est imminente. Elle s'enrichit des contributions de Bernard Gay, Président du Collège National des Généralistes Enseignants, et de Bernard Guiraud-Chaumeil, Président du Conseil d'Administration de l'ANAES. Ces auteurs soulignent notamment le rôle potentiel de l'EBM dans les évolutions actuelles de la formation et des pratiques des médecins.

L'initiation à l'analyse critique des « preuves » présente aussi un intérêt manifeste pour bien d'autres acteurs : praticiens des professions paramédicales, industriels du médicament, associations de malades, responsables politiques ou administratifs... En effet, il y a fort à parier que ces « preuves » sont appelées à jouer un rôle croissant dans leurs activités professionnelles, comme dans leurs relations mutuelles.

Alors, autant bien en connaître les tenants et les aboutissants, ce que l'ouvrage du Docteur Trisha Greenhalgh parvient à exposer avec clarté et sens critique.

Bruno Trumbic

(*)Savoir lire un article médical pour décider. Editions RanD. Traduction : Dr D. Broclain et Dr J. Doubovetzky.

LA PRATIQUE MÉDICALE FAÇON EBM

Ce titre est volontairement provocant : cela fournit un prétexte immédiat pour rappeler que les promoteurs de l'Evidence-Based Medicine (EBM) ont eux-mêmes indiqué avec force que l'EBM n'avait rien à voir avec l'application de recettes (de cuisine) (1).

Au contraire, à partir des quatre étapes qui constituent sa démarche (2) (formuler la question, rechercher les données, apprécier le niveau de preuve et finalement proposer une prise en charge individualisée), l'EBM est beaucoup plus une médecine de l'incertitude qu'une médecine qui consisterait à appliquer systématiquement des conduites standardisées.

Autre mise au point : les gardiens du temple qui font partie du prestigieux Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics de la Mc Master University viennent eux-mêmes d'indiquer (3) qu'il est peut-être irréaliste d'essayer de former la totalité des futurs médecins à une pratique « pure » de l'EBM. Deux constats, faits en observant leurs propres étudiants, les ont amenés à cette position réaliste : d'abord, de nombreux residents (qui correspondent à nos internes) ne souhaitent pas aller à la source dans la littérature originale ; ils préfèrent souvent la presse de synthèse (de seconde source). Ensuite, la pratique pure de l'EBM nécessite beaucoup trop de temps et se révèle de fait largement incompatible avec les conditions habituelles de l'exercice clinique. Pour autant, être « sensibilisé » à apprécier la qualité des données issues de la recherche clinique, ou plus généralement la qualité d'une information médicale, reste l'objectif de base de la formation de tous les futurs médecins.

Au-delà, maintenant que les différents facteurs qui déterminent la pratique des médecins commencent à être mieux connus (4), il va s'agir de mettre en oeuvre progressivement l'ensemble des stratégies possibles afin de favoriser l'évolution vers l'evidence-based care. Et cette évolution sera nécessairement longue, si l'on en croit, par exemple, les résultats d'une enquête récente (5) menée aux États-Unis sur le traitement des hypertendus, où près de 40% des médecins ignorent les recommandations du Joint National Committee et plus du tiers débutent un traitement antihypertenseur pour des valeurs de PA largement supérieures aux limites consensuellement déterminées.

J.-M. Chabot

(1) Sackett DL, et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.

(2) Rosenberg W, Donald A. Evidence-based medicine: an approach to clinical problem solving. *BMJ* 1995;310: 1122-6.

(3) Guyatt GH, et al. Practitioners of evidence-based care. *BMJ* 2000;320:954-5.

(4) Oxman AD, et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Can Med Assoc J* 1995;153:1423-31.

(5) Hyman DJ, Pavlik VN. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians. *Arch Intern Med* 2000;160:2281-6.