

Préface

Tout le monde connaît l'EBM, l'*Evidence-Based Medicine*, ou « médecine fondée sur les preuves », appelée aussi « médecine factuelle » ou « médecine apodictique ». Ce concept novateur a été développé à partir des années 1980 et a remporté un grand succès, un succès dû d'ailleurs, en grande partie, à une forme d'incompréhension. L'EBM est vite devenue la science médicale à la portée des esprits superficiels qui ont cru qu'il suffisait de lire le résumé de quelques essais en double aveugle contre placebo pour faire de la médecine « scientifique ». C'était évidemment une illusion et une dangereuse simplification. L'EBM, telle que conçue par ses fondateurs, a une assise plus sophistiquée. Cette démarche consiste à intégrer, lors de la prise de décision médicale, non seulement les données les plus actuelles de la science, issues de la recherche, mais aussi l'expérience du praticien et la demande du patient. (Cependant, il est frappant de découvrir peu de considérations sur le point de vue du patient dans l'article « Ce qu'est l'EBM et ce qu'elle n'est pas » (1996) de Sackett *et al.*¹.)

Ses partisans doivent bien reconnaître que les limites de l'EBM sont désormais atteintes. Les raisons en sont multiples : mauvaises conceptions des essais randomisés en double aveugle contre placebo ou contre produits de référence, manipulations des données, embellissement des résultats, mainmise de l'industrie sur la recherche médicamenteuse, qui se place en position d'être juge et partie, conflits d'intérêts des leaders d'opinion et, surtout, impossibilité en toute rigueur d'extrapoler à toute la population concernée par un traitement les résultats obtenus sur une sous-population soigneusement et étroitement choisie. C'est le cas, par exemple, des antidépresseurs qui obtiennent une autorisation dans les dépressions majeures alors qu'ils sont testés sur des déprimés ambulatoires sans idées suicidaires. Mais le reproche le plus profond que l'on peut faire à la conception étroite de l'EBM est qu'elle conduit à une pratique déshumanisée de la médecine, à l'application mécanique de protocoles ou de recommandations sur le vivant et ses variations infinies, à une décision médicale plaquée de l'extérieur sur un patient moyen qui n'existe pas, sur des situations simples rarement rencontrées en pratique. Cette crise de la recherche et de la pratique médicale, bien documentée désormais pour la première (notamment par les travaux de Ioannidis), doit nous faire revenir à l'éthique hippocratique qui vaudra toujours mieux que cette dérive « *evidence-based* ».

Depuis plus de trente ans, Bill Fulford défend le concept de clinique fondée sur les valeurs (*Values-Based Practice*). Il a développé ce nouveau champ dans lequel se marient la médecine et la philosophie, d'abord en psychiatrie, où elle peut s'illustrer au mieux, avant de proposer de l'étendre à l'ensemble des disciplines médicales.

¹ Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Brian Haynes R, Scott Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal* 1996 ; 312 : 71-2.

Cette approche dont les auteurs de cet ouvrage donnent une vision approfondie et aboutie à partir de situations cliniques individuelles, englobe les données acquises des sciences médicales et ne s'oppose donc pas à la médecine fondée sur les preuves, mais d'une certaine façon la transcende dans la pratique d'un art médical digne de ce nom, un art autant fait de la rencontre entre deux humains que de connaissances scientifiques.

Aujourd'hui, le médecin a perdu sa posture arrogante et paternaliste. Le malade devient un acteur de sa santé, ne subit plus passivement les décisions des « blouses blanches » et réagit en fonction de ses valeurs, ce que Bill Fulford a conceptualisé depuis longtemps, en précurseur, tout en développant un riche ensemble d'outils applicables à la réalité concrète des soins pour y intégrer la prise en compte des valeurs des personnes. Son ouvrage, écrit en collaboration avec Ed Peile et Heidi Carroll, parfaitement traduit par Arnaud Plagnol, Bernard Pachoud, Frédéric Advenier, Marie Darrason, Rémi Tevissen et Jean-Baptiste Trabut, prendra probablement rang de classique car il est le fruit de décennies de réflexions et peut servir de guide à une pratique clinique telle qu'on aimerait la voir exercer par le plus grand nombre.

Bernard Granger
Professeur de psychiatrie
(Université Paris-Descartes, groupe hospitalier Cochin)