COURS 2 ETHIQUE : DE L’EVIDENCE MEDECINE AU SOIN

L’évidence based medecine consiste à **rationaliser le soin**. D’autres phénomènes comme l’émotion, la compassion,… peuvent être étranger et interagir avec ce processus rationnel

1. Historique

Avt l’homme subissait la maladie comme un phénomène divin et donc une fatalité.

Avec les progrès de la médecine on passe d’un **artisanat médical** à une **science médicale** où l’homme tente d’avoir une prise directe sur sa santé et où le nvx de preuve est supérieur aux avis d’experts.

Cette quête de rationalité remonte au 17ème siècle ac John Graut. Au 18ème S lui succède James Lind qui fait des études cas-témoin sur le scorbut, au 19ème S Thomas Beddoes crée des bases de données et Pierre Charles Alexandre Louis fait l’apologie de la méthode numérique. Au 20ème siècle Johannes Fibiger réalise les 1er essais cliniques randomisés et Adolf Bingel la randomisation en double aveugle.

Pdt WWII 1ers grds essais randomisés pr sulfamides, pénicilline et streptomycine.

En 1992 David Sackett et Guyat écrivent la charte de l’EBM et la définissent

1. Les apports méthodologiques de l’EBM

* Se rapprocher le + possible à l’hôpital des expérimentations de labo. Passe par la randomisation, la méthode aveugle,…

Progrès se font de manière concomitante aux progrès informatiques et statistiques.

1. Incertitude médicale et connaissance

**Incertitude et raisonnement scientifique :**

Dans 85 à 95% des cas le médecin s’en remet à l’art médical et son **incertitude**. Cette incertitude repose sur la connaissance médicale qui est constituée :

D’une valeur extrinsèque = façon que l’on a **d’appliquer la connaissance au soin**

D’une valeur intrinsèque = **modalité de prod et de diffusion de cette connaissance** qui repose sur le raisonnement scientifique => soit raisonnement déductif (pr les math et la logique où les règles établies ne seront pas invalidées) ou *raisonnement inductif* : on fait d’un cas particulier une règle générale par le biais de probabilités. => le raisonnement épidémio ne peut pas produire de vérités c’est un **savoir conjectural**.

Pour établir un lien :

* **Relation temporelle**
* **Gradient biologique**
* **Vraisemblance**
* **Force de l’association**
* **Cohérence**
* **Sp de l’association**

**Incertitude et objectivation**

**Objectivation** => le médecin doit se détacher de son objet d’étude

Barrières = **conflit d’intérêt**: qd l’expérimentateur a intérêt à voir sortir un résultat plutôt qu’un autre

* Commerciaux :

**Biais de publication** : si résultat étude ne va pas ds sens labo ne sera pas publié

**Plans expérimentaux orientés** : teste du nvx tt par rapport à un placebo plutôt que le tt de référence

* Non commerciaux :

**Transaction connaissance-reconnaissance** : chercheur produisent une connaissance pr une reconnaissance sociale, salariale,… => la recherche clinique n’est pas désintéressée.

Pr mesurer cette reconnaissance on va mesurer *l’até de publication du chercheur* => déviance ac inflation des publications, redondance des publications, et dilution des questions d’intérêt.

1. EBM et connaissance médicale

Méthode qui permet de s’orienter dans cette connaissance => **la décision médicale se trouve à l’intersection entre l’expérience clinique du médecin, les données de la recherche et les préférences du patient**.

Approche éducative : on apprend au médecin à problématiser la situation => on se pose une question et pour y répondre il faudra consulter des bases de données avec une analyse critique de celles-ci ce qui suppose d’avoir des **connaissances de méthodologie épidémiologiques** => les soignants doivent pv être autonomes par rapport à la connaissance médicale

1. Limites de l’EBM

Mise en place d’une **méta-méthodologie** hiérarchisant la connaissance => surproduction de cadres, de consensus allant **à l’encontre de l’autonomie** des médecins vis à vis des bases de données.

Limites :

* **Champ** : les essais randomisés ne concernent que 5 à 15% des questions médicales
* **Tps** : on ne peut chercher dst s les articles publiés la réponse
* **Connaissances méthodo-stat insuffisantes**
* Les **essais** st **très généraux** et s’appliquent à des maladies et nn des malades et ne prennent pas en compte les préférences du patient.
* La **méthodologie d’élaboration** est svt **éloignée des critères de rigueur**
* Certaines **recommandations sont discordantes** les unes par rapport aux autres et **la mesure de leur impact se fait selon l’adhésion des médecins à ces guidelines** et nn par rapport aux indicateurs de mortalité/morbidité

1. EBM et standardisation de la médecine

Ces recommandations ont conduit à une **standardisation** de la pratique médicale pour contrôles les risques et contrôler les coûts. Mais le tps économique n’est pas le même que le tps médical

* L’efficacité de l’EBM comme outil de standardisation repose sur l’application à l’aveugle des recommandations qu’elle produit pr nier l’incertitude en associant significativité statistique et vérité. Les dérives actuelles tendent vers un syst hyper-sûr où on limite la prise de risque