

Les limites et possibilités de la médecine basée sur les preuves

Introduction

La médecine fondée sur les preuves : de quoi s'agit-il exactement ? Cela existe-t-il réellement ? Doit-on la mettre tellement en évidence ? Existe-t-il aussi une autre médecine, non basée sur des preuves ? D'ailleurs, en parlant de preuves, de quelles preuves s'agit-il ? Sur quoi la médecine doit-elle s'appuyer ? Sur des connaissances générales, exclusivement sur un savoir scientifique, sur l'intuition, sur des sentiments et des émotions, sur le flair, ou d'autres éléments ? Elle pourrait également être fondée sur l'humeur des médecins et médecins-chefs, des savants ou des prophètes ("Ainsi parlait Zarathoustra", etc...), sur "les voix d'en-haut" ou encore être dépendante de la météo. (Par exemple, par la dépression atlantique, la pression atmosphérique étant si déterminante pour la santé ou les douleurs !). Certains chrétiens souhaiteraient une "médecine fondée sur la Bible" (*The Bible-based Medicine, BBM*), par exemple, avec l'imposition des mains (voir Matt 6, 5 ; Luc 9, 1 ; Jacq 5, 14-15 ; etc...). Ou existe-t-il une médecine surnaturelle, qui, au lieu d'être fondée sur des preuves, table sur un échange entre le ciel et la terre ? Et que produit-elle au juste ? La guérison ? La tumeur disparaît-elle définitivement ou encore les neurones de la sclérose en plaques retrouvent-ils leur gaine de myéline ?

De nos jours, on parle souvent de "médecine alternative" ou "médecine complémentaire" (CAM). Mais alors, face à la médecine conventionnelle/courante, quelle est la réelle valeur de cette alternative proposant méditation, prière, respiration profonde, ou encore acupuncture, homéopathie, thérapie neurale ou médecine anthroposophique ? Existe-t-il une médecine conventionnelle, simple ? **Y-a-t-il un seul ou plusieurs types de médecine ?** Devrait-on (dans ce cas) rejeter toutes les autres déclinaisons de la médecine ? Chez nous, en Tchéquie, dans le doute nous demandons souvent si la démarche du médecin a été conforme à "*lege artis medicinae*" (c.à.d. selon les règles de l'art médical). Dans d'autres pays, on demande si les procédures sont exécutées "*selon l'état le plus récent de la science*".

Dans les pages suivantes, nous voulons nous poser cette question et d'autres et essayer, dans le même temps, d'y apporter des réponses.

La médecine „fondée sur les preuves“

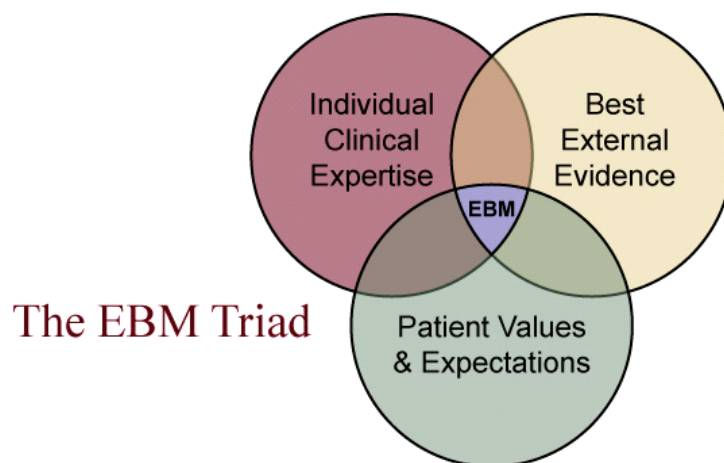
Alors que, de nos jours, ce mot est décliné dans tous les cas grammaticaux (bien entendu dans les langues utilisant le système des "cas", tels que le nominatif, le génitif, le datif...), il s'agit d'un terme assez nouveau, utilisé seulement depuis les années 90 (un "*terminus technicus*"). Devenu rapidement un terme à

la mode, un dogme accepté par tous que l'on ne remet pas en question, il s'agit toutefois d'en discuter et d'y réfléchir.

Tout d'abord, j'aimerais relever que la **soit-disant médecine fondée sur les preuves s'entend surtout dans le sens statistique**. On peut considérer que son fondateur est l'épidémiologiste canadien récemment décédé David Sackett (1934-2015). Avec ses collaborateurs de l'Université McMaster d'Ontario (Canada), il a élaboré le principe d'une médecine fondée sur les preuves (evidence-based medicine – EBM – *ndlr* : terme à la traduction aléatoire), définie comme "**l'utilisation consciente, explicite et prudente des preuves actuellement disponibles pour prendre des décisions pour le traitement d'un patient individuel**" (Greenhalgh 2000, S. 17).

Dans la pratique de tous les jours, cela signifie que pour l'exécution de procédures correctes de diagnostic et de thérapie, il ne suffit pas d'agir uniquement conformément aux autorités locales reconnues (médecins-chefs, professeurs), aux habitudes et selon sa propre expérience, mais également en accord avec les expériences d'autres médecins. Le gain en information pour l'interprétation de celles-ci est soumis à la contrainte du temps (à effectuer le plus rapidement possible, c.à.d. "online") et est, pour cette raison, **uniquement possible que grâce à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information** (ordinateur, internet, etc.). Sans ces moyens, l'EBM n'existerait vraisemblablement pas. D'ailleurs, en tant que notion internationale, statistique et informative, elle est sans aucun doute un produit de la globalisation actuelle.

Les principes fondamentaux de l'EBM sont énoncés par ladite "**EMB-triade**" – selon le schéma ci-dessous. En premier lieu, il y a les connaissances personnelles du **médecin**, puis les expériences des **collègues** représentées dans ce cas par des sources de données reconnues (par exemple PubMed, Web of Science, bibliothèques ou bases de données Cochrane). Enfin, il s'agit de prendre en compte les valeurs, souhaits et attentes du **patient**, des informations tout aussi précieuses.



Ce diagramme nous montre la fameuse triade de l'EBM de D. Sackett (1996). Elle représente l'intersection des trois éléments que nous venons d'évoquer. Il ressort de sa définition que cela **concerne des patients cliniques réels** et non pas la recherche fondamentale ou la médecine théorique (anatomie, pathologie, physiopathologie etc...). L'EBM doit et a toujours dû proposer et intégrer des éléments de preuves reproductibles.

Sackett était surtout un épidémiologiste plus à l'aise dans le traitement des chiffres que de patients vivants. C'est plus tard qu'il rejoignit le département clinique, ce qui signifie qu'il a été surtout actif dans le domaine statistique. C'est pour cette raison que les données statistiques et les séries de données ont été son point fort. Ce domaine comporte également les études randomisées (fondées sur une sélection au hasard),

la division aléatoire des fréquences, tous les types de valeurs moyennes, les corrélations, les écarts-types et beaucoup d'autres outils statistiques dont la puissance est visible avec les grands nombres.

Le Dr. Sackett a été le premier à prouver au niveau mondial les effets de l'aspirine dans la prévention des accidents cardiaques et cérébraux mortels. Dans ses travaux, il voulait également restreindre les conséquences des erreurs statistiques ("biais" en français ; „bias“ en anglais), et ainsi améliorer et renforcer la pertinence des études. Cela a conduit à de nouveaux principes lors de la conception des études („design“), de l'exécution et de l'interprétation telles que les études "randomisées" et "contrôlées" („randomised controlled study“) qui furent adoptées plus tard dans tous les domaines en tant que méthodes standard. Il serait faux de prétendre que ces méthodes n'ont pas été utilisées auparavant. Bien sûr qu'elles ont toujours été là et ont constitué en tant que tel le socle de tous les travaux scientifiques et cliniques. Sans ces méthodes, la recherche fondamentale ne fonctionnerait pas. C'est toutefois le Dr. Sackett qui a exprimé au bon moment le principe pertinent d'un usage à grande échelle de la technologie de l'information au service de la recherche. C'est ainsi que sa nouvelle méthode a pu être promue à l'échelle mondiale et dans tous les domaines de la médecine clinique.

À ce propos, c'est seulement sur cette base qu'est né le traitement médical comportant protocoles et directives, dans le cadre desquels l'individualité du patient peut être menacée. Ce pionnier en était tout à fait conscient, c'est pourquoi dans la triade vue plus haut, l'individualisation constitue l'un des trois piliers du schéma EBM. Il est possible qu'il s'agisse même du plus important. Dans tous les cas, c'est un élément incontournable. Cependant, nous devons tout de même reconnaître que ce principe d'individualisation a tendance à être écarté. C'est comme si quelque part, l'unicité de l'individu était un obstacle aux grands chiffres, comme si le patient n'était pas réellement malade et ne correspondait pas aux dernières descriptions médicales dans nos manuels ou aux expériences d'autres médecins, en fin de compte comme s'il ne correspondait pas à la médecine fondée sur les preuves.

Les "preuves" (en anglais „evidence“)

Avec cette méthode, il faut prendre en compte que les preuves décrites dans les articles publiés ont leur propre hiérarchie, établie selon leur pertinence. En cas de doute, nous devons alors attribuer la signification la plus élevée aux méthodes qui se situent le plus haut dans la hiérarchie. Cela prend forme de la manière suivante ("classes de preuves") :

1. **méta-analyses** (analyse des analyses) ou revues systématiques („systematic reviews“)
2. **études randomisées avec groupe témoin** („randomised controlled trials“) - études d'intervention basées sur une sélection aléatoire et un groupe témoin qui n'est pas traité avec la méthode d'essai. Aujourd'hui, c'est probablement la méthode la plus courante.
3. **études de cohorte** („cohort trials“) - études analytiques où l'on suit un groupe/cohorte de patients sur une période plus longue (quelques années ou plus) et en testant une caractéristique sûre (p. ex. morbidité, mortalité) liée à un médicament, une méthode, etc.
4. **études de cas contrôlées** („cased controlled studies“, „controlled clinical trials“), - études analytiques. Une unité nosologique est testée sur la base d'un petit groupe de cas (hôpital universitaire, hôpital universitaire, hôpital, etc.).
5. **études transversales** („cross-section studies“, „case studies“) - dans ces études empiriques, un phénomène est étudié une seule fois, à un moment donné (analyse de contenu, questionnement - surtout dans le domaine de la psychiatrie, de la psychologie, de la sociologie).
6. **casuistique/expérience clinique** („case reports“) : très utilisé. "Écoutez mon collègue quel cas intéressant j'ai résolu dans mon service la semaine dernière !" (ce qui signifie souvent : „Voyez comme je suis bon!"). Expérience analytique / de recherche. Il s'agit d'avantage de convictions individuelles que de conclusions générales.
7. **intervention** dans un mécanisme pathologique/physiologique qui n'est pas encore connu clairement, parfois presque impossible à répéter "au hasard".

Ce que je trouve également très intéressant, c'est que parmi les classes de preuves (voir ci-dessus la hiérarchie), il n'y ait plus l'étude dite " en double aveugle ", où ni le médecin traitant ni le patient ne savent distinguer la "vraie" pilule de la pilule "placebo", où seul le chercheur connaît toutes les données.

Je pense que c'est tout à fait juste puisque dans certains domaines de la médecine, cette étude ne peut pas du tout être réalisée et, si elle le peut, c'est alors de manière faussée. Prenez, par exemple, l'acupuncture (ou même d'autres domaines de la médecine ?). Les stimulations des points d'acupuncture stimulent toujours les dendrites du premier neurone (par piqûre d'aiguille, laser, stimulation électrique, etc.), tout comme d'ailleurs les stimulations à d'autres endroits (= "pas de points d'acupuncture", ce qu'on appelle "acupuncture factice" vs. "acupuncture réelle"). Mais plus loin dans le tronc cérébral et dans les structures supérieures du cerveau, les points d'acupuncture forment quelque chose comme une "couronne" complexe dans les faisceaux de projection, d'association et inter-hémisphériques et visent aussi d'autres structures que la simple intervention "n'importe où" n'atteint pas. Du point d'acupuncture émane toute une "cascade d'impulsions", tandis que des autres lieux n'émanent que des stimulations isolées.

Comme déjà abordé, la plus grande force de la méthode EBM réside dans le degré élevé de répétabilité. La notion d'individualité s'estompe. De la résistance était inévitable. Je suis d'avis que c'est justement au travers du troisième "pilier" (l'individualité du patient) que Sackett voulait éviter les critiques reçues de la part de ses contradicteurs. **On ne peut tout de même pas réduire le caractère unique de l'individu à la simple entité statistique.**

L'EBM est à la recherche d'une méthode optimale pour le diagnostic et la thérapie à l'aide de grands nombres et de méthodes statistiques. Elle analyse et évalue en termes statistiques. Pour obtenir un résultat correct, la méthode doit également vérifier l'ensemble des données d'autres maladies similaires, afficher leurs caractéristiques, tester les hypothèses, déterminer le degré de pertinence, etc... Elle travaille donc avec des variables de probabilité (théorie des probabilités), c'est-à-dire avec des modèles stochastiques.

Pour certains patients, la procédure particulièrement adaptée à ce moment-là est celle qui a fait ses preuves chez 95 % ou 99 % des patients atteints de maladies similaires dans le monde entier (les hypothèses associées sont testées pour un taux de probabilité de 95 ou 99 %). Si nous utilisons le même traitement qui s'est déjà avéré efficace chez 95 % des patients atteints d'une maladie similaire, notre patient également a de bonnes chances de se rétablir. Le taux de réussite statistique est assez élevé, mais cela ne correspond pas nécessairement au succès véritable chez le patient clinique réel. D'autre part, si le médecin n'agit pas de manière sensible (avec émotion, intuitivement), toute l'individualité de la personne peut être perdue.

Un autre problème est la possibilité que notre patient ne corresponde pas aux 95 % mentionnés. Ce sont tout de même 50 patients sur 1000. Il en va de même lorsque le taux estimé n'est pas de 95 %, mais, disons, de seulement 30 %. Quelle médecine utilisons-nous alors ? La médecine "non fondée sur des preuves" ?

"Ars medicinae" (L'art médical)

Si l'on exclut les expériences du médecin et l'individualité du patient (deux piliers sur trois), les patients pourraient se soigner eux-mêmes, surtout à l'ère internet actuelle. D'ailleurs, l'EBM elle-même incite à aller dans ce sens.

Je pense que beaucoup d'entre nous, médecins, avons déjà vécu cela : un patient vient en consultation, sort un tas de papier de sa poche et dit : « Docteur, je ne sais pas si vous savez tout cela, mais j'ai trouvé ces articles sur Internet... Pouvez-vous les lire ? » Le médecin doit alors expliquer au patient tout ce qui se trouve sur Internet et ce que cela signifie, et ce n'est qu'après ce moment-là qu'il peut commencer l'examen. Cependant, le patient pense probablement avoir apporté "*les meilleures preuves actuelles*" disponibles sur Internet (c'est-à-dire au sens de l'EBM), il se peut même qu'il ait de meilleures informations que celles que le médecin (inculte) a à sa disposition. **Aujourd'hui, l'information provenant d'Internet offre aux gens de nombreuses possibilités.** Je crains cependant que ceci ne remplace guère les connaissances et l'art de la profession médicale (pour aller dans le sens de "*lege artis medicinae*"). Pour les patients, en particulier les jeunes, qui ont toujours accès à Internet ou aux réseaux sociaux (Facebook, Twitter,

Instagram), et qui travaillent avec ces moyens (également dans le bus, dans le métro, dans la nature, etc.), c'est une expérience complètement nouvelle dans laquelle ils semblent devenir de véritables partenaires d'égal à égal avec les médecins. Il n'y a rien de mal à cela, mais comme on sait, les apparences peuvent être trompeuses.

D'ailleurs, quelque chose de ce genre a déjà été observé par le passé. Il y a environ 150 ans, les soi-disant "livres du médecin de famille" ont été publiés, pour l'auto-traitement pourrait-on dire, et la médecine a progressivement cessé d'être un domaine réservé à une élite. Trois hommes anglais ont alors constaté qu'ils souffraient de toutes les affections décrites dans le "livre du médecin de famille", à une exception près : la fièvre post-partum. Ce classique s'intitule "Trois hommes dans un bateau - sans parler du chien" (Three Men in a Boat - To Say Nothing of the Dog), écrit par Jérôme K. Jerome (1889). En dehors de l'humour anglais typique, nous y trouvons beaucoup de thèmes de réflexion. Je vous le recommande.

Or, devrions-nous traiter nos patients de manière individuelle, selon la méthode EBM de Sackett ou s'inspirer des deux types de "médecine"? Peut-on même poser la question de cette manière ? Je crois que les deux possibilités, l'approche individuelle ou "selon les statistiques" ne doivent pas forcément s'exclure l'une l'autre. Bien au contraire, on devrait choisir la meilleure des deux possibilités au service du patient.

Approchons maintenant ce problème sous un autre angle. Prenons par exemple **le traitement de la douleur**. Il s'agit probablement de l'un des traitements les plus fréquents sur le plan mondial. La consommation des antalgiques augmente de manière dramatique. L'efficacité du traitement anti-douleur dans tous les domaines de la médecine de la douleur est irréfutable. Le succès est élevé, l'être humain ne doit pas nécessairement souffrir de la douleur. Naturellement, l'industrie pharmaceutique est satisfaite et heureuse. Toutes les recherches effectuées dans ce domaine sont menées en étroite conformité avec l'EBM (j'imagine !). C'est clair et compréhensible.

Mais qu'est-ce que la douleur au juste ? Que traitons-nous en fin de compte avec la méthode EBM quand nous combattons la douleur ? La meilleure définition disponible au XXI^{ème} siècle est à tel point vague que c'est difficile à croire. "**La douleur est une sensation désagréable et subjective...**", définit l'OMS, phrase à laquelle certains scientifiques ajoutent "*...que chacun d'entre nous a déjà expérimenté une fois*". Une pensée du temps du siècle des Lumières... La douleur reste donc, malgré tout et même dans la médecine la plus moderne du XXI^{ème} siècle, un grand mystère et empêche ainsi toute définition plus précise ou plus objective.

Chacun d'entre nous sait parfaitement que chaque être humain ressent et vit la douleur différemment. Nous savons comment les voies nerveuses mènent vers le haut et vers le bas (par exemple : main → cerveau → main), mais c'est à peu près tout. Même notre médecine scientifique la plus moderne, avec sa technologie hautement développée, ne peut pas mesurer objectivement ce ressenti. Résultat ? Notre EBM est impuissante en ce qui concerne la douleur. Elle ne peut même pas mesurer et évaluer objectivement les effets des analgésiques les plus courants (Aspirine, Ibuprofène, Novalgin, Tramadol, etc...). Il faut dire que, lorsque les chasseurs néolithiques ont mâché l'écorce de saule ou en ont préparé une teinture, dans les temps préhistoriques, contre la douleur et la fièvre, ils agissaient très justement de manière intuitive, et allaient même dans le sens de l'EBM, comme nous le savons aujourd'hui. D'ailleurs, "intuitif" signifie-t-il toujours "non scientifique" au sens actuel ? Cette écorce de saule contient notre "Aspirine" (acide acétylsalicylique), qui a survécu depuis ce temps lointain et est toujours une médecine très moderne (bien que ses effets trombolytiques n'aient pu être confirmés que par D. Sackett et sa méthode EBM il y a quelques années, par exemple).

La douleur ne dépend aujourd'hui encore que des sentiments des patients et ne peut être seulement "mesurée" (= selon une échelle), par exemple à l'aide du fameux questionnaire de McGill (Université McGill, Montréal, Canada) - voir ci-dessous. Je vois une grande difficulté dans le fait que chaque personne peut ressentir la même irritation ou le même symptôme d'une manière complètement différente. Par exemple, sur l'échelle 1 - 10, quelqu'un pourra dire "un" tandis qu'un autre dira "cinq" ou même "dix". Ce n'est un secret pour personne que ce questionnaire ne peut offrir qu'une mesure subjective. Sans parler de l'aspect psychologique de la douleur, qui a beaucoup plus à voir avec notre cerveau et nos émotions.

McGill - Metzack Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm
 Analgesic(s) _____ Dosage _____ Time Given _____ am/pm
 _____ Dosage _____ Time Given _____ am/pm

Analgesic Time Difference (hours): +4 +1 +2 +3
 PPI: S (1-10) A (11-15) E (16) N/D (17-19) M/A/E (20) M/T (17-20) PRT(T) (1-20)

1 FLICKERING	11 TIRING
2 QUILVERING	12 EXHAUSTING
3 PULSING	13 SCREAMING
4 THROBING	14 SUFFOCATING
5 BEATING	15 FEARFUL
6 POUNDING	16 FRIGHTFUL
7 JUMPING	17 TERRIFYING
8 FLASHING	18 PUNISHING
9 SHOOTING	19 GRUELING
10 PRICKING	20 CRUEL
11 SCORING	21 VICIOUS
12 DRILLING	22 KILLING
13 STABBING	23 WRETCHED
14 LANCINATING	24 BLINDING
15 SHARP	25 ANNOYING
16 CUTTING	26 TROUBLESOME
17 LACERATING	27 MISERABLE
18 PINCHING	28 INTENSE
19 PRESSING	29 UNBEARABLE
20 GRABING	30 SPREADING
21 CRAMPING	31 RADIATING
22 CRUSHING	32 PENETRATING
23 TUGGING	33 PIERCING
24 PULLING	34 TIGHT
25 WRENCHING	35 NUMB
26 HOT	36 DRAWING
27 BURNING	37 SOULZING
28 SCALDING	38 TEARING
29 SEARING	39 OTHER

PPI _____ COMMENTS: _____

Key:
PPI = present pain intensity

Questionnaire sur la douleur de McGill

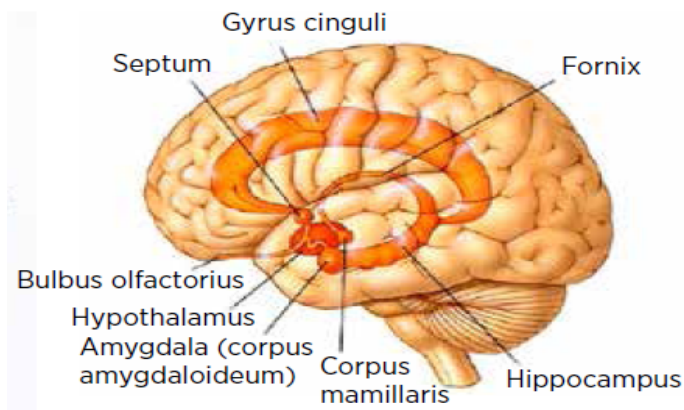
Notre médecine moderne est strictement fondée sur des résultats objectifs et évite autant d'opinions ou de résultats subjectifs et incertains que possible. Mais, dans le cas où les examens de laboratoire, radiographies, CT-scan ou IRM ne nous fournissent pas de résultats, que se passe-t-il ? Que faire avec un tel patient ? Notre médecine et le corps médical veulent traiter les patients "étiologiquement" et pas seulement "symptomatiquement". Mais que faire si nous ne pouvons pas trouver de cause, donc pas clarifier "tout d'abord l'origine du mal" ?

Les médecins et les patients ont alors de la peine à se comprendre, puisque dans une même situation avec les mêmes conditions, leur lecture du problème va être différente. Leur conversation ne peut donc que se limiter aux phrases suivantes : « Docteur, ça va un peu mieux aujourd'hui » ou « Je ressens à peu près la même chose » et dans les cas plus graves : « Ça fait encore plus mal ». Et malheureusement, il s'agit d'une quantification trop incertaine. Et plus encore : les portes de la simulation ou de la dissimulation sont grandes ouvertes. Dans notre service, nous en faisons l'expérience tous les jours. Si, lors des visites, un patient prétend qu'il souffre d'une "douleur insupportable", je n'ai aucune chance, en tant que médecin traitant, de vérifier sa demande, même si nous avons fait tout ce qui était possible et impossible contre sa douleur au cours de la dernière quinzaine...

Où est passée la science médicale moderne ? La douleur et son traitement sont-ils "non-scientifiques", sans quantification précise ? Si nous formulons le problème de cette manière, qu'en est-il d'une partie substantielle de la médecine et de l'industrie pharmaceutique ?

Et maintenant, quelques réflexions sur un autre domaine : **l'amour existe-t-il objectivement ou s'agit-il simplement d'une question de biochimie humaine** qui ne peut en aucun cas se vérifier ou être prouvée de manière fiable ? Si oui, y a-t-il un moyen de traiter ou de guérir "l'amour malheureux" ? Et comment ?

La médecine biologique/scientifique d'aujourd'hui enseigne que les émotions sont gérées dans les structures du cerveau, dans ce que l'on appelle le système limbique. Celui-ci est situé dans la partie centrale du cerveau et entoure la structure que nous appelons thalamus où toutes ces structures communiquent très intensément les unes avec les autres à l'aide de neurotransmetteurs spécifiques. Ce que nous appelons "l'amour" s'accompagne généralement d'une activité accrue des structures cingulaires et des effecteurs dans ces zones du SNC (système nerveux central) entourant la zone postérieure du système limbique. Certaines activités dans les structures voisines, comme les nucleus caudatus, nucleus accumbens et d'autres, jouent également un rôle important (voir ci-dessous). Voilà pour le thème de "l'amour" du point de vue de la biologie moderne !



En effet, l'évaluation objective de l'amour est une démarche comparable à celle de la douleur - difficilement mesurable, jugeable et, si c'est le cas, alors seulement subjectivement. Que peut être par exemple, "le grand amour" auquel chaque personne aspire ? Les femmes ressentent cela différemment des hommes. Les Grecs anciens avaient déjà trois expressions de l'amour : Éros, Philia et Agapé. Les trois termes, cependant, ne pouvaient décrire de l'amour que son apparence ou son expression sans savoir exactement ce qu'il contenait.

En fait, ici également, la médecine somatique la plus moderne (y compris de l'EBM), la psychologie ou la psychiatrie restent floues. Toutefois, les médecins rencontrent tous les jours dans leurs salles de consultation des patients malheureux en amour, des personnes aux relations endommagées ou brisées, et leur prescrivent des comprimés. Lesquels exactement ? Il y a les benzodiazépines anxiolytiques ou sédatifs tels que le Valium, les thymoleptiques qui ont un effet positif sur l'humeur comme les antidépresseurs tricycliques Imipramine, Amitriptyline et les inhibiteurs de la monoaminoxydase (IMAO) ou les nouveaux ISRS (inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine) comme la Fluoxétine (Prozac, Citalopram, etc.) et finalement les amphétamines qui augmentent et activent la motivation du patient et vous en connaissez d'autres encore ? Ces médicaments sont-ils utilisés en stricte conformité avec l'EBM ou de façon plus intuitive, après considération individuelle ? Comme je ne suis pas psychologue ou psychiatre, je suis heureux de confier ce problème aux experts que nous avons heureusement parmi nous en grand nombre. J'espère que vous répondrez à la question de savoir si l'EBM s'applique aussi à la psychiatrie.

La vie, la maladie et les médecins de la personne

Puisque nous nous sommes déjà occupés de questions inconfortables... **Qu'est-ce qu'un être humain en fait ?** Cette "essence" de la médecine également n'est abordée que de manière à peine satisfaisante par la biologie moderne. Nous avons appris toutes sortes de choses à l'école. Depuis lors, j'ai toujours en tête une citation de l'écrivain soviétique Maxime Gorki (1868-1936) : "*L'être humain – ce mot résonne la fierté !*" En revanche, le vieux roi israélite David, qui a vécu environ 3 000 ans plus tôt (1013-973 av. J.-C.) a ressenti la même chose d'une toute autre manière et a demandé à Dieu (rhétoriquement ou humblement et avec étonnement ?) : "*Qu'est-ce que l'homme, pour que tu en prennes soin, et qu'est-ce qu'un être humain pour que tu t'intéresses à lui ?*" (Ps 8, 4)

La durée de vie de tous les êtres humains sur terre est limitée (heureusement !) et cette limite est généralement physiologique (ou physiopathologique). Dans des circonstances optimales, nous pouvons vivre au maximum 130 ans à condition d'exclure ou d'éviter tous les facteurs négatifs, les infections et maladies, etc... Cette limitation est due aux télomères (du grec, "extrémité de la racine"), qui forment les terminaisons

de notre ADN. On les compare parfois à des lacets de chaussures. Suite à chaque division cellulaire, ce qui est important pour le renouvellement continu de tous nos tissus (certains physiologistes pensent qu'il y a jusqu'à 10 millions de divisions cellulaires par seconde), elles deviennent un peu plus courtes, ce qui conduit à une élimination irréversible de notre ADN chromosomique après plusieurs millions de divisions. Et c'est la fin définitive de la vie.

Et encore quelque chose pour nous les médecins : **Qu'est-ce que la vie en réalité ?** Quand commence-t-elle et quand se termine-t-elle ? Commence-t-elle au moment où deux gamètes s'unissent ? Et prend-elle fin quand le cœur s'arrête et que le cerveau commence à être inactif ? Ou serait-ce très différent de cela ? À ce jour, on sait peu de choses dans ces deux domaines, plus adaptés aux philosophes et aux théologiens qu'aux biologistes et aux médecins. Pour nous médecins, cette pluralité d'états nous donne du fil à retordre, avec pour exemple les patients inconscients avec un cerveau endommagé (coma vigile, état végétatif). Ils ne peuvent pas parler, ne réagissent pratiquement pas, les seuls signes de vie étant leurs yeux ouverts qui nous traversent pour fixer un point quelque part. Nous entendent-ils ? Peuvent-ils nous voir ? Sont-ils encore vivants ou s'agit-il simplement de préparations artificiellement conservées ? Parfois, lorsque nous leur prenons la main, les caressons ou leur sourions, nous obtenons une réaction silencieuse. Mais s'agit-il d'une réponse consciente ou simplement d'une réaction réflexe ? Qui sait cela ?

Que sommes-nous en fait en tant qu'êtres humains ? Ce qui reste de nous après la vie sur terre se résume-t-il à trois à quatre kilos de minéraux, un peu de carbone et un peu d'eau ? Ou sommes-nous plus que cela ? Il reste encore beaucoup de questions sans réponse et de nombreux problèmes difficiles à résoudre. L'homme est une créature mortelle et le médecin n'est que son compagnon imparfait qui, dans certains cas, peut rendre la vie plus supportable, soulager la douleur et guérir les maladies guérissables pendant un certain temps. Notre cerveau est loin d'être assez parfait pour tout comprendre, même si nous le pensons parfois. Malgré tout, c'est le cerveau de l'homme, la créature, qui ne peut pas encore saisir beaucoup de choses (par exemple l'infini, l'origine de l'univers, le temps - avec son début et sa fin, etc...)

Même si nous, médecins, faisons tout ce qui est possible pour garder les gens en bonne santé et leur éviter la souffrance, à la fin, c'est la mort qui nous attend. Jusque-là, nous devrions et devons nous efforcer d'aider le malade avec tout ce qui est en notre pouvoir. Dans la mesure du possible, avec une médecine fondée sur des données vérifiées, mais toujours avec cœur et sensibilité. La médecine basée sur les preuves n'est donc pas une médecine nouvelle ou même meilleure. Il s'agit simplement d'une bonne méthode, certes encore imparfaite, issue du cerveau humain, imparfait lui aussi, mais qui dans de nombreux cas peut être bénéfique pour le patient. Ce n'est toutefois pas une formule magique !

La **Médecine de la Personne** non plus n'est pas une formule magique mais une manière d'exercer la médecine qui, à mon avis, va se développer. Elle offre un peu plus, ou du moins peut donner plus, même dans les cas où l'EBM n'apporte pas de succès ou même échoue.

Je vous remercie de votre attention et vous souhaite des débats riches et des échanges fructueux dans les petits groupes.