

Prix du meilleur
mémoire kiné bibliographique

Plaidoyer pour un usage, mais un usage raisonné et raisonnable, de l'*Evidence-Based Medicine*

DELPHINE LOBET
Kinésithérapeute
delphinelobet16@gmail.com

PROMOTEUR : JEAN-FRANÇOIS STOFFEL
Section de kinésithérapie
Département des sciences de la motricité
Domaine de la santé
Campus de Montignies-sur-Sambre
Haute école Louvain-en-Hainaut
stoffeljf@helha.be

RÉSUMÉ. – Destiné plus particulièrement à ceux qui n'ont pas encore une connaissance approfondie de l'*Evidence-based medicine* (EBM) — par exemple certains étudiants — et/ou qui éprouvent à son égard une certaine réticence instinctive — parmi lesquels, probablement, de nombreux praticiens —, cet article tente de fournir, aux uns et aux autres, une présentation accessible et nuancée des avantages de cette démarche, mais aussi de ses dérives potentielles et de ses limites actuelles. Attentif à la complexité de la réalité et à celle, qui n'est que le reflet de la première, de la démarche scientifique elle-même, il insiste, en particulier, sur la nécessité de prendre en compte, avec autant de considération, les trois piliers de l'EBM au lieu de se focaliser sur l'un d'entre eux. Alors, et alors seulement, un usage non seulement raisonné, mais également raisonnable, de l'EBM paraîtra s'imposer à tous, du moins jusqu'à ce que le monde médical et paramédical dispose d'une méthodologie encore plus aboutie.

ABSTRACT. – Aimed principally at those who do not yet have an in-depth knowledge of Evidence-based medicine (EBM) — such as certain students — and/or those who feel a certain instinctive reticence towards it — among whom, probably, numerous practitioners — this article attempts to provide, to both of these groups, an accessible and well-balanced presentation of the advan-

tages of this approach, as well as its potential misuse and current limitations. Remaining mindful of real-world complexities, and of those of the scientific approach itself, which are merely a reflection of the former, it lays particular emphasis upon the need to take all three of the pillars of EBM into account, with equal consideration, as opposed to focussing on only one of them. Then, and only then, will the use of an EBM, that is not only reasoned but also reasonable, become applicable to everyone, at least until the medical and paramedical world is able to provide a more sophisticated methodology.

MOTS CLÉS. – *Evidence-based medicine* — Méthodologie de la recherche scientifique — Expérience clinique du thérapeute — Projets et attentes du patient.

Plan de l'article

1. Introduction
2. Définitions
3. Mise en œuvre
 - 3.1. Première étape : la détermination d'une question
 - 3.2. Deuxième étape : la recherche bibliographique
 - 3.3. Troisième étape : l'évaluation des publications obtenues
 - 3.3.1. La validité externe
 - 3.3.2. La validité interne
 - 3.3.3. La pertinence clinique
 - 3.4. Quatrième étape : la prise en compte du contexte
 - 3.5. Cinquième étape : le retour sur sa pratique effective
4. Objectifs
5. Bienfaits
6. Dérives potentielles
 - 6.1. Par rapport au pilier « projet du patient »
 - 6.2. Par rapport au pilier « expérience clinique »
 - 6.3. Par rapport au pilier « preuve scientifique »
 - 6.4. Par rapport au pilier « coût financier »
7. Limites
 - 7.1. Le financement des études
 - 7.2. Le biais de publication
 - 7.3. La complexité du contexte du patient
 - 7.4. Une méthodologie chronophage
 - 7.5. Le problème de l'uniformisation
 - 7.6. Le problème des recommandations
 - 7.7. L'échelle des preuves
 - 7.8. Le choix du critère de jugement
8. Conclusion

1. Introduction

L'*Evidence-based medicine* (EBM), appellation qui peut être traduite par « médecine basée sur les preuves » ou « médecine factuelle », semble susciter des réactions contrastées. Pour les uns, elle incarne, dans le domaine du raisonnement médical, la plus complète des démarches, celle qui, dans l'évaluation de

l'utilité d'un traitement, est la plus aboutie. Ceux-là se plaisent à faire remarquer que puisque la mise en œuvre d'une pratique réellement scientifique est, dans le monde médical et paramédical, un gage de qualité et d'efficacité, c'est bel et bien cette qualité et cette efficacité dont bénéficieront ceux qui voudront bien la mettre en œuvre. Effrayés par l'importance du rôle que l'EBM s'attribue, voire par le monopole qu'elle semble revendiquer, d'autres s'inquiètent. Tout en convenant que la science propose un point de vue très efficace, à défaut d'être le seul qu'il soit possible de porter sur le monde; tout en reconnaissant que l'efficacité est assurément, dans le domaine de la santé, un paramètre important, ils objectent peu ou prou : « c'est une mode qui passera comme toutes les autres », disent certains comme pour se rassurer; « rien de tel que l'expertise clinique accumulée au cours d'une longue carrière », renchérisent d'excellents praticiens; « quelle méconnaissance de la démarche effective de la science » concluent quelques philosophes.

Serait-il donc impossible de porter un jugement équilibré à son propos, en affirmant par exemple que s'il faut *bien sûr* faire usage de l'EBM, il faut néanmoins que cet usage reste aussi bien *raisonné* que *raisonnable*? Peut-être est-il tout simplement trop tôt, faute de recul suffisant, pour qu'un tel jugement puisse s'imposer. Peut-être aussi la défiance que suscite l'EBM, et dont nous venons de donner quelques exemples, n'est-elle que la conséquence de l'ignorance de ce qu'elle préconise *vraiment* et de sa propre incapacité à faire entendre l'intégralité de son message. Quoiqu'il en soit, face à cette situation contrastée, il nous a semblé important de fournir à ceux qui n'auraient pas encore une connaissance adéquate de l'EBM, et plus particulièrement aux étudiants et aux praticiens, un certain nombre d'éléments, à charge et à décharge, afin de leur permettre de porter à son égard un jugement qui soit mieux fondé et plus équilibré. Nous le ferons sans revendiquer la moindre originalité. Sauf une peut-être : celle d'avoir tenté d'adopter un point de vue nuancé prenant en compte aussi bien la complexité du réel que celle de la démarche scientifique !

2. Définitions

Sans chercher à résoudre la question controversée des fondements historiques de l'EBM — pour certains, elle est apparue au XIX^e siècle à Paris (Sacket, 1996, pp. 71-72); pour d'autres, elle a été mise au point au cours des années 1980 par des Canadiens de la Mc Master Medical School (Delvienne & Pasleau, 2000, p. 226); pour d'autres encore, elle a pour fondateur André Vésale (De Roeck, 2014, p. 18) —, il est néanmoins intéressant d'examiner com-

ment ses définitions les plus fréquemment mentionnées se sont progressivement précisées au fil des années.

En 1992, un article relatif à l'EBM, écrit par un groupe de travail au sein de la McMaster University, était publié dans *Jama* (Gordon *et. al.*, 1992). Bien que ses auteurs ne donnaient pas véritablement de définition de l'EBM, ils expliquaient comment enseigner la médecine ou, du moins, comment transmettre une pratique de la médecine qui soit conforme aux préceptes de l'EBM. Pour eux, il s'agissait d'un changement de paradigme dans la façon d'appréhender la prise en charge d'un patient.

Quatre ans plus tard, Sackett *et al.* (1996, p. 71) proposaient la définition suivante qui allait, pour beaucoup, devenir une référence :

« La médecine fondée sur des données probantes est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes actuelles dans la prise de décisions concernant les soins des patients individuels. La pratique de la médecine fondée sur des données probantes signifie l'intégration de l'expertise clinique individuelle avec les meilleures données cliniques externes disponibles issues de la recherche systématique. »

Comme on le constate, cette définition insistait sur la nécessaire complémentarité entre les preuves scientifiques et l'expertise clinique. Si l'une de ces deux composantes venait à être oubliée ou négligée, deux conséquences, aussi néfastes l'une que l'autre, menaçaient de survenir : le thérapeute risquait soit de verser dans « l'idéologie de la preuve » en adoptant un traitement inadapté à la personne bien singulière qu'il avait en face de lui, soit de sombrer dans l'amateurisme.

En 2000 enfin, Delvienne et Pasleau (p. 226) proposaient une nouvelle définition :

« Une approche qui s'efforce de fonder, autant que possible, les décisions cliniques sur les données actuelles les plus probantes (preuves) issues de la recherche médicale. Par preuves, on entend les études cliniques systématiques et, en particulier, les essais contrôlés randomisés et les méta-analyses... En aucun cas, ces preuves ne peuvent suppléer le jugement ou l'expérience du médecin. Ceci explique que l'EBM complète la pratique médicale traditionnelle, mais ne la remplace pas. Dans le cadre de cette démarche, les décisions cliniques peuvent être définies par un modèle à trois composantes : l'expérience clinique du praticien, les meilleures données actuelles

(preuves) de la recherche clinique et les préférences du malade en matière de soins ».

Si les auteurs insistaient à nouveau sur la nécessaire complémentarité entre les preuves scientifiques et l'expertise clinique, ils soutenaient, sans préciser davantage leur propos, que l'EBM complétait la pratique médicale traditionnelle, ce qui revenait à faire disparaître toute opposition entre cette nouvelle démarche et la « médecine traditionnelle ». On fera remarquer l'apparition, dans cette définition, de la hiérarchisation du niveau de preuve et, surtout, celle d'un troisième pilier, en l'occurrence les préférences du patient. Ces trois piliers seront particulièrement mis en évidence par Manske et Lehecka en 2012. Aussi sont-ils actuellement devenus indissociables de toute définition de l'EBM, même si, comme nous le constaterons (cf. § 6), ils ne semblent pas, dans les exposés théoriques, présents avec une égale attention et, dans la pratique, toujours appliqués en égale proportion.

3. Mise en œuvre

La mise en œuvre de la démarche EBM se fait selon un processus constitué de cinq étapes (Delvienne, 2000, pp. 226-230 ; Manske & Lehecka, 2012, p. 463 et p. 472 ; Pariente, 2013, pp. 1305-1308).

3.1. Première étape : la détermination d'une question

La première consiste à convertir en une question le besoin d'informations que ressent le thérapeute face au cas d'un patient. Cette question doit reprendre l'ensemble des éléments du problème tout en restant claire. Pour atteindre cet objectif de complétude, elle doit être construite sur base du système PICO, à savoir :

- « P » pour « patient » : quelles sont les caractéristiques de la personne venant consulter (son âge, son sexe, son ethnicité) ?
- « I » pour « intervention » : quel type d'intervention est prévu : une médication, un test diagnostique, une imagerie... ?
- « C » pour « comparaison » : avec quelle autre intervention possible l'intervention réellement envisagée va-t-elle être comparée¹ ?

1. Par exemple, un thérapeute qui hésite, pour le traitement d'une tendinopathie, entre un massage transversal profond et des ondes de choc formulera sa question de manière à pouvoir trancher entre ces deux traitements.

- « O » pour « *Outcome* » : quelle est l'issue clinique recherchée ? Quels sont les résultats espérés ?

3.2. Deuxième étape : la recherche bibliographique

La deuxième étape consiste à réaliser une recherche *efficace* d'articles *pertinents* par rapport à la question posée (Reychler & Vuylsteke, 2012, pp. 57-58). Très classiquement, elle se concrétise par l'interrogation de bases de données comme PubMed, après avoir formulé une équation de recherche appropriée utilisant les opérateurs booléens et les termes du MeSH.

3.3. Troisième étape : l'évaluation des publications obtenues

Évaluer chacune des publications obtenues au terme de la deuxième étape est le défi que se propose de relever la troisième étape. Pour ce faire, chaque publication doit être examinée sous plusieurs aspects :

1. sa pertinence à l'égard de la situation clinique visée, c'est-à-dire sa validité externe ;
2. sa capacité à démontrer que les modifications observées sont bien dues au traitement testé, c'est-à-dire sa validité interne ;
3. sa situation par rapport aux erreurs aléatoires et/ou systématiques : si de telles erreurs sont présentes, il faudra vérifier qu'une analyse statistique adéquate a effectivement été réalisée (pour les erreurs aléatoires) et que les biais ont été correctement pris en compte dans la mise au point du protocole et dans l'analyse des résultats (pour les erreurs systématiques) ;
4. sa rigueur méthodologique : par exemple, comment la sélection des sujets s'est-elle déroulée ? La randomisation est-elle correcte ?
5. enfin, la recherche de la pertinence clinique de l'effet démontré.

À défaut de pouvoir approfondir chacun de ces cinq aspects, examinons trois d'entre eux.

3.3.1. La validité externe

Commençons par la validité externe, à savoir l'évaluation de l'applicabilité, dans la vie réelle, du traitement recommandé (Pariente, 2013, p. 1306). Cette évaluation portera sur :

1. *Les conditions d'administration du traitement.*

Par exemple, il est évident que si la recommandation vise la mise en décubitus ventral dans le cas d'un ARDS sévère², ce qui nécessite quatre personnes, dont au moins deux expérimentées, cette recommandation ne constituera plus une option thérapeutique optimale s'il s'avère que le nombre de personnes disponibles est insuffisant.

2. *Les conditions de surveillance impliquées par le traitement.*

Reprenons l'exemple de l'ARDS sévère requérant la mise sur le ventre du patient. Ce traitement nécessitant un niveau de surveillance extrêmement élevé, il peut être envisagé dans nos régions, étant donné le nombre de praticiens habituellement présents en unité de soins intensifs, alors que ce même traitement ne sera pas ou ne sera plus envisageable dans des contrées où ce niveau de surveillance ne saurait être atteint.

3. *Les caractéristiques de la population sur laquelle l'étude a été menée.*

Cette population est-elle représentative de celle à laquelle le traitement étudié est susceptible d'être administré ?

À ces trois critères, il convient bien sûr d'ajouter la compétence et l'expérience qui sont celles du thérapeute eu égard au traitement spécifique qu'il lui incombe d'administrer³.

3.3.2. La validité interne

Tournons-nous maintenant vers l'évaluation de la validité interne d'une publication, en l'occurrence la détermination du niveau de preuve qui est le sien (tableau n°1). Celui-ci est déterminé par la capacité de l'étude à démontrer l'effet spécifique d'un traitement sur l'état de santé du patient (Pariente, 2013, pp. 1305-1307). Aussi les critères standards d'évaluation d'une publication sont appliqués : la présence d'un groupe contrôle, la qualité de la randomisation (pertinence des critères utilisés, objectivation par une analyse statistique de l'homogénéité des groupes...), etc.

2. À savoir *Acute Respiratory Distress Syndrome* ou syndrome de détresse respiratoire aiguë.
3. La mise en œuvre d'une ventilation non invasive pour un patient hypercapnique requiert, par exemple, une expérience certaine de la part du kinésithérapeute concerné.

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 <ul style="list-style-type: none"> • essais comparatifs randomisés de forte puissance; • méta-analyse d'essais comparatifs randomisés; • analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 <ul style="list-style-type: none"> • essais comparatifs randomisés de faible puissance; • études comparatives non randomisées bien menées; • études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 <ul style="list-style-type: none"> • études cas-témoins.
	Niveau 4 <ul style="list-style-type: none"> • études comparatives comportant des biais importants; • études rétrospectives; • séries de cas; • études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Tableau n°1.

Grades des recommandations retenus par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Source : d'après HAS, 2013, p. 8.

3.3.3. La pertinence clinique

Envisageons enfin la recherche de la pertinence clinique de l'effet démontré. En effet, après le traitement statistique des données obtenues lors de l'étude, une différence significative (p valeur) peut apparaître entre les résultats du traitement A et ceux du traitement B (Pariente, 2013, p. 1306). Toutefois, cette p valeur peut s'avérer insuffisante d'un point de vue clinique. Aussi convient-il de compléter la signification de cette p valeur en recourant à la notion de pertinence clinique de l'effet démontré (Dierick, 2018). Pour illustrer simplement cette notion, imaginons une étude comparant des exercices d'équilibre chez des personnes âgées. Après un traitement statistique, cette étude ferait apparaître que la p valeur est significative. Cependant, en prenant en compte l'aspect clinique, on s'apercevrait que lesdites personnes n'auraient gagné que 0,1 seconde avant la perte d'équilibre, ce qui, fonctionnellement, risque de ne pas s'avérer intéressant ! D'où l'intérêt de prendre en compte la pertinence clinique de l'effet démontré grâce à un indice, le *Minimal Clinical Important Difference* (MCID), qui cherche à déterminer la différence minimale devant être observée entre deux mesures pour que l'on puisse considérer que cette différence signale un réel effet thérapeutique (Dierick, 2018). Pour évaluer cette

différence, plusieurs méthodes existent, comme le consensus entre experts, le questionnement du patient ou encore les traitements statistiques (Chevalier, 2015).

Cette pertinence clinique peut aussi être évaluée en examinant la manière dont a été mis en évidence l'effet du traitement. Pour ce faire, on sera attentif, d'une part, à la mise en compétition du traitement testé (avec un traitement placebo ou avec un traitement considéré comme une référence?) et, d'autre part, à la pertinence des critères de jugement retenus pour évaluer l'efficacité du traitement (Pariente, 2013, p. 1306) (cf. § 7.8).

Cette troisième étape de la démarche EBM, à savoir l'évaluation raisonnée de la littérature recueillie, est assurément la plus importante : les publications scientifiques n'étant pas à l'abri d'erreurs ou d'imprécisions de toutes sortes, il demeure indispensable d'analyser leur qualité avant d'appliquer ce qu'elles proposent. Assurément importante, cette étape est aussi, nous le verrons, particulièrement problématique : non seulement elle prend beaucoup de temps (cf. § 7.4) et requiert de nombreux savoirs et savoir-faire, mais elle risque de susciter erronément l'impression qu'une certitude va nécessairement être atteinte au terme de cette évaluation et que cette certitude est de nature à dispenser le praticien de tout raisonnement clinique (cf. § 7.6).

3.4. Quatrième étape : la prise en compte du contexte

Les traitements qui, au terme de la troisième étape, se sont avérés bénéficiers du meilleur niveau de preuve scientifique doivent encore être appliqués en tenant compte du contexte du patient et de celui de son thérapeute : c'est l'enjeu de la quatrième étape. Il faut en effet adapter ces traitements aux valeurs du patient et à l'expertise clinique du thérapeute, sous peine de tomber dans cette « idéologie » ou dans cette « dérive » de la preuve que nous avons déjà évoquée (cf. § 2) et sur laquelle nous reviendrons en détail (cf. § 6).

3.5. Cinquième étape : le retour sur la pratique effective

Enfin, la cinquième étape demande au thérapeute d'évaluer l'efficacité de sa propre démarche en vérifiant si elle conduit véritablement à une modification de sa pratique. Il semble en effet que les connaissances théoriques acquises lors de recherches dans la littérature soient difficilement transposées dans la pratique, ce qui est pourtant la condition *sine qua non* pour que le patient bénéficie d'un meilleur traitement. Divers facteurs comme l'habitude, la peur du

changement ou encore la crainte d'une éventuelle réaction négative du patient peuvent expliquer cette difficulté.

4. Objectifs

À travers cette démarche dont nous venons de rappeler les différentes étapes, l'EBM poursuit plusieurs objectifs. Le premier, et le plus évident, vise l'acquisition de nouvelles connaissances (Postiaux, 2016, p. 6) que ce soit pour répondre à un besoin d'information qui s'est fait ressentir lors de la prise en charge d'un patient souffrant d'une pathologie moins courante; pour rompre la monotonie grâce à l'enrichissement du panel de traitements et d'exercices disponibles; ou encore pour se focaliser sur des stratégies de rééducation spécifiques (Chopin, 2018, p. 40). Ce faisant, d'autres objectifs seront également atteints : le thérapeute aura développé une expertise spécifique dans le domaine étudié, amélioré le service qu'il offre à ses patients et augmenté, que ce soit en équipe ou en individuel, sa capacité à la prise de décisions thérapeutiques (Chopin, 2018, p. 39; Colangeli-Hagege, 2018, p. 38; Plagnol, 2017, p. 19).

* * *

Après avoir défini l'EBM (§ 2), synthétisé la démarche qui est la sienne (§ 3) et relevé ses principaux objectifs (§ 4), il importe maintenant de tenter d'évaluer cette démarche en recensant ses bienfaits (§ 5), mais également ses dérives (§ 6) et finalement ses limites⁴, lesquelles se confondent parfois avec celles de la recherche scientifique elle-même (§ 7). Gardant à l'esprit l'hypothèse formulée en introduction (§ 1), nous veillerons à nous demander si une bonne partie des réticences suscitées par l'EBM ne provient pas d'un écart entre son enseignement théorique — plus équilibré que la représentation partielle et fautive que beaucoup s'en font — et sa réelle mise en œuvre pratique.

5. Bienfaits

L'EBM amène tout d'abord à être plus prudent et plus pertinent dans les interventions thérapeutiques ou préventives. Étant un modèle de recherche scientifique appliqué à la médecine, elle apporte ensuite, grâce aux nombreuses

4. Certains auteurs ont fait état de limites concernant spécifiquement l'*Evidence Based Practice* (EBP). Considérant que l'EBP prolonge l'EBM, nous avons pris le parti de ne pas distinguer les limites attribuées à l'une ou à l'autre.

études réalisées, une meilleure connaissance de l'évolution naturelle des maladies. Étant donné qu'elle permet un traitement statistique des données récoltées dans le monde de la santé, elle présente enfin un autre bienfait plus subtil. Présentons-le.

Benjamin Fauquert distingue deux méthodes de raisonnement médical : l'étude des mécanismes physiopathologiques et la recherche de corrélations statistiques. Les mécanismes physiopathologiques étant difficiles à identifier en raison de la singularité de chaque individu, il en conclut que l'approche statistique est tout à fait intéressante. Une contradiction semble néanmoins subsister : comment peut-on renoncer à employer la physiopathologie au nom du statut unique de chaque patient tout en acceptant, comme solution, l'emploi des statistiques qui, au final, créent un patient moyen et donc parfaitement inexistant ? Le recours aux statistiques présente néanmoins l'avantage qu'une étude suffisamment puissante et bien randomisée permettra de normaliser, grâce à ce patient moyen, tous les facteurs, y compris ceux qui ne sont pas connus. Par conséquent, elle permettra d'indiquer comment prendre en charge un patient, sans que la nature des liens de causalité n'ait besoin d'être connue. Or, tel est précisément une limite du raisonnement physiopathologique : pour être efficace, il requiert que soient connus non seulement les organes qui font défaut, mais également la nature du lien entre l'organe défaillant et l'état du patient (Fauquert, 2014, p. 16). Ne nous méprenons pas : le fait que la nature du lien n'ait pas besoin d'être connue ne dispense pas de rechercher une éventuelle variable de confusion, car corrélation ne signifie pas forcément causalité (Maernoudt, 2017, p. 19) ! Reprenons l'exemple proposé par Maernoudt : un graphique montre une corrélation positive entre la consommation d'alcool et l'espérance de vie. Il serait erroné d'interpréter cette corrélation comme manifestant un lien de causalité, car il s'avère (dans une certaine mesure) que là où la consommation d'alcool est plus élevée, les soins de santé y sont de meilleure qualité, car ces deux données sont reliées à la richesse du pays. Dans cet exemple, le niveau économique du pays est la variable de confusion qui intervient de manière indirecte dans l'établissement d'une corrélation positive entre alcool et espérance de vie. Ainsi, un autre avantage de l'EBM pourrait être que le traitement statistique, malgré la méconnaissance du lien de causalité et moyennant l'exclusion de toute variable de confusion, permettra une prise en charge correcte du patient, même si toutes ses données physiopathologiques ne sont pas connues.

6. Dérives potentielles

En retraçant brièvement l'évolution des définitions de l'EBM (cf. § 2), nous avons vu apparaître ses trois piliers que sont la preuve scientifique, le projet du patient et l'expérience clinique du thérapeute. Idéalement, ces trois piliers devraient intervenir à parts plus ou moins égales dans tout raisonnement clinique. Cependant, des déséquilibres potentiels dans la prise en compte de ces trois piliers sont patents : passons-les en revue, sans méconnaître le caractère forcément schématique d'une telle présentation (Gedda, 2017, pp. 9-12 ; Plagnol, 2017, p. 14).

6.1. Par rapport au pilier « projet du patient »

Vis-à-vis du projet du patient, une dérive peut se manifester dans deux sens opposés. D'un côté, le thérapeute peut privilégier à l'extrême le projet du patient au détriment des autres piliers. Les raisons d'une telle dérive sont nombreuses : la peur du conflit, le clientélisme, l'aspect pécuniaire, ou encore la volonté excessive de respecter la liberté de choix du patient. De l'autre côté, le projet du patient peut tout aussi bien ne pas être suffisamment pris en compte : en soins intensifs, par exemple, ce serait le cas du thérapeute qui « forcerait » le patient à accepter un traitement, parfaitement soutenu par des preuves scientifiques et par l'expérience clinique, alors que le désir de celui-ci est de le refuser. Dans un cas comme dans l'autre, ces situations de majoration ou de minoration de l'attention qui doit être accordée au patient manifestent que l'EBM, en tant que mode de raisonnement clinique, n'indique pas au thérapeute comment résoudre ce genre de situation. Celui-ci devra dès lors se tourner vers la déontologie pour espérer trouver une solution à son problème.

6.2. Par rapport au pilier « expérience clinique »

Par rapport au pilier « expérience clinique », la dérive serait celle du thérapeute qui commettrait l'erreur de se fier exclusivement à son expérience sans tenir compte ni des données probantes fournies par la littérature scientifique ni des projets et valeurs du patient. Uniquement attentif à ce qu'il a pu lui-même expérimenter, il ne se conformerait pas à l'obligation déontologique de la formation continue.

6.3. Par rapport au pilier « preuve scientifique »

La dérive que pourrait susciter le pilier « preuve scientifique » consisterait à privilégier la donnée probante au détriment des valeurs du patient et de l'expérience clinique. Croyant bien faire, croyant agir « en vrai scientifique », le thérapeute n'accorderait de la valeur qu'à ce qui est prouvé ou du moins prouvable.

Comme chacune des deux autres, cette dérive résulte d'une mauvaise connaissance et/ou d'une compréhension insuffisante de la démarche EBM, puisque celle-ci — rappelons-le! — recommande (ou du moins semble recommander⁵) la prise en compte, *à parts égales*, des *trois* piliers. Mais l'EBM elle-même pourrait avoir sa part de responsabilité dans cette méconnaissance : comme il existe une méthodologie, qui semble actuellement aboutie, pour le pilier « preuve scientifique », celui-ci est sur-représenté, au détriment des deux autres, au sein des exposés consacrés à l'EBM. D'ailleurs, notre propre exposé en témoigne, hélas ! Comment dès lors s'étonner que ce pilier soit privilégié dans la pratique puisqu'il l'est déjà dans la théorie ? Comment s'étonner que certains thérapeutes éprouvent des difficultés à véritablement entendre leur patient puisque cette incapacité se trouve renforcée par l'absence, au sein de l'EBM, d'une méthodologie dédiée à leur écoute ?

D'autres facteurs, plus spécifiques, peuvent évidemment intervenir : le manque d'expérience clinique du jeune praticien risque de l'amener à se baser essentiellement sur la littérature scientifique, ou même à se « réfugier » en son sein ; le sentiment d'incertitude, toujours inconfortable, auquel le thérapeute se trouve confronté peut le conduire à « compenser » par la confiance en la solidité de la base scientifique de sa pratique. Selon Plantin (2017, p. 41), ce dernier besoin est particulièrement exacerbé chez des thérapeutes ayant été formés avec la conviction que toute situation trouvera nécessairement sa solution dans l'application de théories et de techniques prouvées. Confronté à la réalité, infiniment plus complexe et plus imprévisible, un tel thérapeute risque alors d'être tiraillé entre son désir d'être scientifique (en appliquant la preuve) et celui d'être pertinent (en renonçant, vu le contexte, à l'appliquer).

6.4. Par rapport au pilier « coût financier »

Enfin, certains auteurs craignent qu'un nouveau et quatrième pilier ne soit dorénavant ajouté à l'EBM, à savoir celui du coût financier d'un traitement

5. Une étude historique précise devrait être menée pour déterminer la chronologie de l'apparition de ces deux caractéristiques.

(Allet, 2012, p. 39). La dérive qui pourrait en résulter serait qu'un traitement soit jugé seulement en fonction de son faible coût. S'il est légitime de penser que la conformité à l'EBM d'une pratique semble être, du moins en première approximation, un critère de choix permettant d'évaluer si l'argent public est correctement utilisé, l'utilisation de ce seul critère s'avérerait rapidement délégitimée et même intellectuellement non fondée eu égard aux limites et faiblesses qui sont celles de l'EBM.

Le pilier financier ne faisant pas encore officiellement partie de la démarche EBM⁶, concluons sur la nécessité de garder à l'esprit chacun des trois piliers dont il vient d'être question : même si une situation clinique semble gérable en recourant uniquement à l'un d'entre eux, la combinaison des trois doit, malgré tout, être recherchée pour garantir au patient un traitement optimal et approprié (Plagnol, 2017, p. 15).

7. Limites

S'il peut y avoir des dérives potentielles par rapport à ce que l'EBM cherche à promouvoir, il existe aussi des limites intrinsèques à ce qu'il est et à ce qu'il recommande. A défaut de pouvoir les étudier toutes — il serait par exemple passionnant d'examiner si l'une d'entre elles n'est pas la surreprésentation de la langue anglaise qui y est de mise, comme le manifeste déjà à lui seul le titre de cet article —, limitons-nous aux plus importantes.

7.1. Le financement des études

Quel que soit le domaine concerné, le financement de la recherche par l'industrie et les entreprises pose un problème identique : comment le scientifique qui mène l'étude peut-il conserver sa liberté de chercheur, dont celle de reconnaître la plus ou moins grande inefficacité du médicament ou de l'appareil testé, alors qu'il est subventionné par l'entreprise qui entend bien mettre ce produit sur le marché ? Pour éviter de se retrouver dans une telle situation, ne sera-t-il pas tenté de faire porter son étude sur des éléments cliniques non pertinents (cf. § 7.8) ?

6. On sait que dans certains pays, cette problématique est déjà très importante. Au Royaume-Uni par exemple, le National Hospital Services met en œuvre une approche dite « *Cost Efficient* » qui constitue dès lors un facteur dans le choix d'une technique thérapeutique.

Le problème est trop connu et trop documenté pour qu'il faille insister. Une difficulté en appelant une autre, mentionnons plutôt une autre conséquence sans doute moins manifeste. Étant donné que les scientifiques ont besoin d'un financement et que les industriels financent des études sur des produits qu'ils peuvent espérer vendre, maints scientifiques seront tentés de consacrer leur temps et leur énergie aux seuls projets qui intéressent les industriels. Les études portant sur des techniques uniquement manuelles — où rien, par définition, ne pourra être commercialisé — seront dès lors relayées au second rang (Lepers, 2015, p. 119). Par conséquent, ces techniques « basiques » pourraient être moins utilisées, non pas parce qu'elles seraient inefficaces, mais tout simplement parce qu'elles souffriraient, en raison du nombre moins important d'études, d'un manque de visibilité (d'abord dans les recommandations de pratique clinique et puis auprès des praticiens qui les lisent) et, finalement, d'un manque de popularité (auprès des patients). Bien sûr, cette vision pessimiste peut être nuancée par le fait que, aujourd'hui du moins, des formations en thérapie manuelle existent encore et toujours. Soulignons donc qu'il est important que cette situation perdure : grâce à cet atout indéniable que constitue le fait de pouvoir disposer d'un arsenal thérapeutique aussi varié que possible, le praticien pourra continuer de choisir le traitement le plus adapté à chaque cas singulier qui s'offre à lui.

7.2. Le biais de publication

Le biais de publication peut être comparé à l'attitude d'un enfant qui ne montrerait à ses parents que ses résultats les plus gratifiants pour garder au fond de son cartable ceux qui le sont moins (Fauquet, 2014, p. 14). Adoptant la même attitude, que ce soit instinctivement ou sous la pression de leurs commanditaires, les scientifiques ont également tendance à ne publier que les résultats positifs. Ignorant qu'un seul résultat négatif peut être bien plus révélateur que maints résultats positifs (Stoffel, 2019), cette pratique malheureuse contribue en outre à discréditer la littérature scientifique : si un traitement obtient des résultats positifs au sein d'une étude, qu'est-ce qui m'assure qu'il n'a pas aussi et surtout obtenu des résultats négatifs au terme d'un nombre bien plus important d'études restées non publiées ? Pour parer à ce danger, une nouvelle pratique voit heureusement le jour, à savoir l'enregistrement préalable des recherches programmées : après que le protocole de la future étude ait été soumis au contrôle des pairs et accepté, les contractants s'engagent à publier l'article, quels que soient les résultats qui seront obtenus (Warren, 2018).

7.3. La complexité du contexte du patient

Comme nous l'avons rappelé (cf. § 3.1), la première étape de la démarche EBM consiste à formuler une question. Plus elle est simple, est-il parfois affirmé (Colangeli-Hagege, 2018, p. 37), plus elle sera efficace et donc plus sera significative la démarche EBM. On pourrait au contraire estimer que c'est justement parce qu'un cas est complexe, et donc difficile à ramener à une question simple, qu'il est nécessaire de faire appel à l'EBM. On pourrait aussi objecter que considérer qu'un cas est trop complexe pour pouvoir recourir à une démarche EBM relève d'une mauvaise compréhension de celle-ci. En effet, si on veut bien se rappeler que la recherche de la meilleure preuve n'est qu'une étape du processus puisque la prise en charge effective doit également se baser sur l'expertise clinique et sur les valeurs du patient, il est permis de penser que l'*esprit* de la démarche EBM aura bel et bien été respecté, même dans une telle situation. À défaut de pouvoir s'appuyer sur un haut niveau de preuve scientifique, le thérapeute sera peut-être contraint de recourir à d'autres stratégies, parmi lesquels le consensus professionnel (Soler, 2009, pp. 56-59), bien que celui-ci, défini comme l'accord intersubjectif d'hommes faillibles, semble aller à l'encontre de cette recherche de la preuve qui est aujourd'hui tant valorisée... tout en n'étant pas toujours et à tout moment disponible⁷.

Est ainsi posée la question de la capacité de l'EBM à affronter des situations compliquées⁸, ou même d'autres qui le sont nettement moins : par exemple, un patient souffrant d'une pathologie trop particulière pour que des études scientifiques aient pu donner lieu à des recommandations de pratique clinique ou encore des techniques trop nouvelles pour qu'elles puissent avoir été suffisamment étudiées et donc potentiellement intégrées dans ces mêmes recommandations (Chopin & Chopin, 2018, pp. 42-43). Dans un cas comme dans l'autre, le recours au consensus professionnel sera sans doute la solution, bien que celui-ci, particulièrement fragile, donne parfois l'impression d'être un outil surtout commode lorsqu'il s'agit de justifier des jugements différents portés sur des choses semblables⁹.

7. La crise sanitaire que nous traversons est venue nous le rappeler.

8. Donnons un exemple issu du milieu hospitalier : un homme de 65 ans, encéphalopathie, alcoolique, dans le coma depuis 45 jours (intubé) après une épilepsie prolongée. Aucune évolution, ni positive ni négative, n'est constatée depuis son entrée aux soins intensifs. À défaut de pouvoir se référer à une quelconque recommandations de bonne pratique, la seule solution trouvée par les membres de l'équipe médicale a été de faire appel au comité d'éthique dans l'espoir de trouver un consensus professionnel.

9. Un même conseil de l'ordre peut, au nom de l'absence de preuves scientifiques, remettre en doute l'efficacité d'une pratique tout en admettant une autre, qui n'est pas davantage

Succomber à l'hégémonie de la preuve au détriment de l'expérience clinique du praticien et des valeurs du patient reviendrait donc, dans certains cas, à contraindre les thérapeutes à l'impuissance et à l'inaction, alors que la réalité les oblige à émettre des idées... même quand la science n'en a plus ou n'en a pas encore !

7.4. Une méthodologie chronophage

Le caractère chronophage de la démarche EBM est régulièrement mis en avant, ce qui est bien compréhensible au vu des différentes étapes par lesquelles doit passer le thérapeute désireux de l'appliquer correctement. Faisons remarquer qu'il est augmenté par le manque d'homogénéité des résultats fournis par la recherche documentaire. En effet, il existe une certaine hétérogénéité non seulement au niveau de la hiérarchie des preuves, mais également dans les recommandations relatives aux délais et aux durées des phases d'une pathologie, ce qui complique considérablement l'application, sur le terrain, des recommandations obtenues. Le même manque d'uniformité est également rencontré au niveau des objectifs fixés, qui peuvent varier suivant la provenance de la recommandation émise. Par exemple, une recommandation canadienne dans la prise en charge d'une revalidation d'un AVC insistera sur la globalité de la prise en charge, tandis que les recommandations émanant de la Haute autorité de la santé (France) porteront davantage sur l'aspect moteur. Tout en étant complémentaires et bénéfiques, ces deux approches induisent, par leur hétérogénéité, une perte de temps dont la conséquence est que maints thérapeutes, obligés de faire des choix, jugeront que ce qui est véritablement au cœur de leur métier, à savoir traiter leur patient, est tout de même plus important que se soucier d'appliquer une démarche EBM (Chopin, 2018, pp. 40-44; Anthamatten, 2009, p. 51). L'envie d'uniformiser toutes ses démarches se fait alors ressentir avec acuité tout en impliquant d'autres problèmes.

7.5. Le problème de l'uniformisation

Comme l'indique le titre de cet article, nous plaignons pour un usage de l'EBM, mais à condition que celui-ci reste *raisonné* et *raisonnable*. Pour faire entendre l'importance de cette double condition, imaginons ce qu'il pourrait advenir si l'EBM était promu au statut de seule et unique méthodologie qui puisse être appliquée au sein de la pratique médicale et paramédicale.

Un constat s'impose : sans qu'il faille nécessairement recourir à des cultures lointaines et/ou fortement différentes de la nôtre (entendons la Belgique), il suffit de franchir la Manche pour s'apercevoir que maints Anglais entretiennent un autre rapport au corps, à la pudeur, et au toucher que celui qui prévaut chez nous. Parmi de multiples indices, en témoigne particulièrement leur recours — difficilement compréhensible à nos yeux — à des techniques « *hand off* » (Bru, 2018). Il en résulte qu'un traitement parfaitement adapté à un patient belge ou français ne le sera pas nécessairement pour un patient anglais, et inversement¹⁰. Le thérapeute devra donc « composer » en fonction des circonstances sans pour autant perdre de vue ni l'obligation, en termes de qualité des soins, qui lui incombe, ni la responsabilité, par rapport aux actes thérapeutiques commis, qui demeure la sienne. L'uniformisation des pratiques qui résulterait d'une situation hégémonique de l'EBM serait donc dommageable autant pour les patients que pour leurs thérapeutes. Elle le serait aussi pour les chercheurs.

En effet, si, dans le domaine de la recherche scientifique, la seule démarche autorisée était celle recommandée par l'EBM, ce monopole étouffant entraverait gravement le progrès scientifique : quel espace de liberté serait-il encore laissé aux savants désireux de faire preuve de créativité en formulant ces théories de prime abord saugrenues, mais dont certaines sont cependant devenues des classiques incontournables de la science actuelle ? Quelles possibilités subsisteraient pour l'apparition d'anomalies susceptibles de provoquer un fécond changement de paradigme ? Toute l'histoire de la science nous le rappelle : son cheminement est tortueux, fait de tours et de détours, d'avancées et de reculs ; vouloir le normaliser, l'uniformiser, ou même le diriger, c'est la meilleure façon de purement et simplement l'entraver !

7.6. Le problème des recommandations

Un des autres reproches émis à l'encontre de l'EBM est qu'il existe déjà des « institutions », comme la Cochrane, qui réalisent des évaluations des études publiées et promulguent des recommandations de bonne pratique. Certes, de telles institutions, aussi imparfaites soient-elles, sont utiles : elles ont été créées pour répondre à la difficulté croissante de s'y retrouver dans une littérature de plus en plus abondante et de plus en plus complexe. Mais leur existence présente également un risque : elle pourrait amener des thérapeutes, erronément convaincus qu'il leur suffit dorénavant d'appliquer ces recommandations, à

10. Nous retrouvons ici l'importance de vérifier la validité externe d'une étude (cf. § 3.3).

stopper toute discussion, à cesser toute réflexion critique, à devenir, en somme, de simples exécuteurs. La peur de voir naître une idéologie, un dogmatisme, une léthargie de l'intelligence n'est pas loin. Heureusement, tenir un tel raisonnement, c'est oublier — encore et toujours ! — que l'EBM est composée de trois piliers qu'il faut prendre en considération à parts égales. Aussi, même à supposer — par impossible ! — que, grâce à ces institutions, le praticien puisse vraiment se dispenser de raisonner pour l'un d'entre eux (en l'occurrence la preuve scientifique), il lui incombera néanmoins toujours de réfléchir à la pondération qu'implique la nécessaire prise en compte des deux autres (le projet du patient et sa propre expérience clinique).

Entre confiance aveugle dans les « institutions » et incapacité à s'en remettre aux jugements des autres, un juste milieu est donc à trouver. Perdre tout sens critique par rapport à une étude qui a obtenu un très bon score Pedro ou se fier aveuglément à une recommandation simplement parce que c'est une recommandation serait aussi insensé que vouloir refaire, par soi-même et à chaque fois, tout le travail de critique et de revue de la littérature scientifique.

7.7. L'échelle des preuves

Afin de faciliter l'appréciation du niveau de preuve obtenu par une publication (cf. § 3.3), de multiples échelles ont été créées, au sein desquelles l'étude randomisée contrôlée (ECR), si possible en double aveugle, occupe le plus haut niveau de preuve. Indépendamment des mécompréhensions auxquelles ces échelles peuvent donner lieu — il est par exemple erroné d'assimiler une preuve à une vérité et donc de considérer l'échelle des preuves comme une échelle de vérité (Masquelet, 2010, p. 29) ; de même, il est regrettable que l'effet placebo, en raison de la gêne qu'il occasionne dans un cadre expérimental, soit connoté péjorativement alors qu'il peut, dans un cadre thérapeutique, constituer un atout (Falissard, 2015, pp. 74-75) —, il ne faut pas perdre de vue que ces classements, et plus particulièrement cette « toute-puissance » de l'ECR, sont néanmoins régulièrement nuancés, interrogés, voire remis en question. En faisant l'impasse sur bien des arguments habituels — l'impossibilité de certaines professions à travailler en aveugle (Lepers, 2015, pp. 119-120) ou encore l'incapacité des statistiques à prendre en compte des caractéristiques subjectives (comme les émotions) pourtant susceptibles d'influencer le traitement (Falissard, 2015, pp. 74-75) —, donnons deux exemples.

Le premier, relatif aux biais de sélection, concerne les raisons qui conduisent les patients à participer ou non à une étude. Celles qui les conduisent à parti-

ciper n'étant pas identiques à celles qui les poussent à refuser, un biais peut en résulter. Imaginons donc deux patients « malades de manières équivalentes » dont l'un s'engage dans l'ECR parce qu'il espère en tirer un avantage thérapeutique quand l'autre refuse non pas parce qu'il veut continuer à « aller mal », mais tout simplement parce qu'il rencontre des problèmes de transport. On pourrait considérer que le biais a consisté, dans ce cas, à exclure de l'échantillon les personnes qui ne possédaient pas de voiture personnelle et, par conséquent, à sous-représenter les couches sociales de la population n'ayant pas les moyens financiers nécessaires à l'acquisition d'un véhicule, et ce au profit des personnes plus favorisées d'un point de vue économique. On peut donc soupçonner l'échantillon sélectionné de ne pas refléter correctement l'ensemble de la population (Savard, 2003, pp. 41-43).

Le second exemple, qui appellerait plus de commentaires, a trait à cette exigence de reproductibilité qui est au cœur de la démarche scientifique. Les sciences cliniques (comme la kinésithérapie) se contentent de produire, pour ensuite les répliquer de nombreuses fois, des études statistiquement significatives qui ne répondent qu'à une seule hypothèse. Ce faisant, elles « oublient » d'explorer d'autres pistes. Pour tenter de contourner cette conséquence néfaste de la réplication aveugle des études, le concept de triangulation est suggéré, à savoir l'abord d'une question en recourant à diverses méthodologies et différentes disciplines. Par voie de conséquence, si des résultats semblables étaient malgré tout obtenus, ils pourraient être considérés comme plus fiables que ceux recueillis en suivant un seul et même procédé répétitif (Munafò & Smith, 2018).

7.8. Le choix du critère de jugement

Les résultats d'une étude dépendent du critère de jugement choisi. Donnons un exemple issu des soins intensifs. Lors d'une épidémie de poliomyélite, des étudiants en médecine ont été engagés pour ventiler les patients, ce qui a permis leur survie à court terme. Si le critère « survie à court terme » avait été le seul à être utilisé pour décider du bienfait de cette intervention, cela aurait été désastreux, car il s'est avéré, plusieurs mois après le traitement, que des patients ont souffert de graves complications pulmonaires. Pour avoir une évaluation correcte de l'efficacité de ce traitement, il importait donc de prendre aussi en considération d'autres critères, comme celui de la survie à long terme (Dujardin, 2019, p. 5). Sans aller jusqu'à dénoncer l'incapacité de l'EBM à détecter le « charlatanisme caché » dans les publications (Naudet, 2015, p. 2), il apparaît qu'au sein d'une démarche EBM, le choix du critère de jugement constitue

une étape particulièrement délicate (Fauquert, 2014, p. 14) qui, si elle est mal conduite, peut amener à réaliser des études ne posant pas les bonnes questions !

Comment comprendre qu'il puisse en aller ainsi ? Parmi les différentes explications possibles, il semble que l'obligation de publier — le fameux « *publish or perish* » — doive être particulièrement incriminée. En effet, l'outil mis en place pour évaluer les chercheurs ayant pour conséquence de les amener à modifier le contenu de ce qu'ils vont lui soumettre (Csiszar, 2018, pp. 75-78), le chercheur risque de choisir non seulement ses sujets de recherche, mais encore ses critères de jugement en fonction des caractéristiques de l'outil d'évaluation auquel il sera confronté alors qu'il aurait dû opérer ses choix en se référant uniquement, ou du moins principalement, à leur pertinence proprement scientifique. Par exemple, si l'outil d'évaluation, comme c'est malheureusement devenu la norme, est purement quantitatif, il risque de choisir ces sujets et ces critères en fonction de leur capacité à fournir rapidement des résultats. Chacun sait en effet qu'aujourd'hui, pour évaluer un chercheur, on ne lit plus ses publications..., on les compte !

Alors que — notre exemple l'a montré — le choix d'un critère de jugement pertinent est essentiel, il semblerait donc que l'évaluation quantitative des chercheurs soit susceptible d'exercer une influence néfaste sur ce choix. Aussi est-il nécessaire d'évaluer ces critères de jugement eux-mêmes et de préciser immédiatement que l'EBM n'a pas été créée pour le faire ! Dans la mesure où les pairs sont parfois aveuglés par la confiance et la solidarité qui règnent dans le monde académique, il est important que l'esprit critique des lecteurs reste en éveil et que ceux-ci soient capables de poser les bonnes questions quand des indices divers et variés conduisent à douter de la pertinence d'une étude.

8. Conclusion

La liste, bien sûr non exhaustive, de dérives et de limites par laquelle nous venons de terminer cet article — dérives et limites dont un bon nombre pourrait sans doute être évité si tout un chacun voulait bien faire preuve de conscience professionnelle, de vigilance et de bon sens — ne doit pas nous le faire oublier : il serait tout simplement absurde de vouloir pratiquer sans l'aide de cette littérature scientifique et de cette démarche de l'EBM qui, malgré leurs imperfections, restent ce que nous avons de mieux à notre disposition pour assurer une thérapeutique de qualité.

Encore faut-il être attentif, concernant plus particulièrement l'EBM, à prendre en compte la globalité de sa démarche — en l'occurrence ses trois piliers —, sous peine de verser dans l'idéologie de la preuve et de donner ainsi raison à ceux qui croient devoir rejeter cette démarche au nom de leur attachement aux projets du patient et/ou à l'expérience clinique. Trompés par le fait que trois de ses cinq étapes sont (trop) longuement consacrées à la recherche et à l'évaluation de la littérature scientifique, ils en viennent à considérer l'EBM comme une menace, alors que, bien comprise, elle défend, sans peut-être réussir suffisamment à le faire entendre, les mêmes préoccupations qu'eux : la promotion d'une pratique certes basée sur les meilleures preuves scientifiques disponibles, mais qui, tout autant, prend en compte le contexte du patient et l'expertise clinique de son thérapeute. Pour éviter une telle confusion, il conviendrait sans doute que l'EBM développe, avec autant de soin qu'elle l'a fait pour l'un d'entre eux, chacun de ses deux autres piliers.

Ce n'est pas à dire que l'EBM soit à même de guider la totalité des prises en charge auxquelles les praticiens peuvent être confrontés : il serait tout aussi illusoire de vouloir s'en passer que d'en faire, toujours et en tout lieu, un usage aveugle et exclusif ; il serait tout aussi néfaste de se priver de cette méthodologie que d'en faire une idéologie. Ce serait tout d'abord lui accorder un monopole nuisible. S'il est judicieux que l'EBM trace un itinéraire, il est tout aussi opportun que, lorsque celui-ci est raisonnablement jugé impraticable, soit laissée la possibilité de prendre une route secondaire pourvu que, d'une façon ou d'une autre, le thérapeute et son patient arrivent finalement à la destination fixée et souhaitée de commun accord. Ce serait également se condamner souvent à l'inaction. Or, le patient, lui, ne peut se permettre, face à l'urgence qui est la sienne, d'attendre que la science ait bien voulu progresser et accoucher d'une recommandation de pratique clinique dûment validée ! Conscient des dérives et des limites que nous avons rappelées, il revient donc toujours au thérapeute d'estimer, bien sûr dans l'intérêt de son patient, le poids relatif qu'il convient d'attribuer, selon les circonstances, à la preuve scientifique, aux attentes du patient et à sa propre expérience. Non, ni la Cochrane ni l'EBM ne dispenseront jamais le praticien de devoir réfléchir. C'est du moins notre conviction en même temps que notre vœu le plus cher !

Remerciements

Cet article est issu du mémoire intitulé *Le charlatanisme des uns fait la science des autres et vice-versa : à la recherche de la frontière entre science et non-science* présenté en 2019 sous la direction de Jean-François Stoffel en vue de l'obtention du titre de mas-

ter en kinésithérapie. Je tiens sincèrement à remercier mon promoteur pour son suivi constant et pertinent tout au long de son élaboration.

Bibliographie

- Allet, L. (2012). Le rôle de l'evidence-based medicine en physiothérapie. *Kinésithérapie, la revue*, (124), 38-40.
- Anthamatten, B. (2009). La pratique fondée sur les résultats probants en physiothérapie. Position des physiothérapeutes valaisans francophones. *Kinésithérapie, la revue*, (91), 50-57.
- Bru, V. (2018). De la nécessité, lorsqu'on exerce la kiné dans un pays qui n'est pas le sien, d'être attentif... aux banquettes du métro ! *Revue des Questions Scientifiques*, 189 (5), 143-150.
- Chevalier, P. (2015). La différence minimale cliniquement pertinente. *Minerva*, 14(3), 37.
- Chopin, E., & Chopin, I. (2018). Discussion sur le caractère utile des pratiques factuelles en kinésithérapie des affections neurologiques centrales. *Kinésithérapie scientifique*, (600), 39-45.
- Colangeli-Hagege, H. (2018). Intérêts et limites de l'EBP en rééducation périnéale. *Kinésithérapie scientifique*, (600), 33-38.
- Csiszar A. (2018). La naissance de l'évaluation des savants. *Pour la science*, (484), 74-78.
- De Roeck, M. (2014). André Vésale : sa contribution à l'Evidence-Based Medicine. *Tempo médical*, (368), 18.
- Delvienne, C. & Pasleau, F. (2000). Comment résoudre en pratique un problème diagnostique ou thérapeutique en suivant une démarche EBM ? *Revue Médicale de Liège*, 55(4), 226-232.
- Dierick, F. (n.d.). *Kinésithérapie du système locomoteur 5*. Unpublished document, syllabus (diaporama), Haute école Louvain-en-Hainaut, Montignies-sur-Sambre.
- Dujardin, L. (n.d.). *Kinésithérapie en unité de soins intensifs. Partie théorique*. Unpublished document, syllabus (diaporama), Haute école Louvain-en-Hainaut, Montignies-sur-Sambre.
- Falissard, B. (2015). Hypnose, acupuncture... Comment évaluer leur efficacité. *Cerveau et psycho*, (73), 74-75.
- Fauquert, B. (2014). Incertitude et EBM. *Ethica clinica*, (76), 11-17.
- Gedda, M. (2017). Médecine factuelle, pratique factuelle et indice de factualité 1.0 (i-FACT). *Kinésithérapie, La revue* (187), 9-16.
- Gordon, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., ... Tugwell, P. (1992). Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268 (17), 2420-2425.
- Haute Autorité de Santé (2013), *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique : état des lieux*. Récupéré depuis : <https://www.has-sante.fr/>

- [upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_graduation.pdf](#)
- Lepers, Y. (2015), *Impertinente ostéopathie : comprendre ses possibilités et ses limites*. Bruxelles : Mardaga.
- Maernoudt, G. (2017), *Kinésithérapie. Statistique. Partie 8 : corrélation et régression*. Unpublished document syllabus (diaporama), Haute école Louvain-en-Hainaut, Montignies-sur-Sambre.
- Manske, R. C. & Lehecka, B. J. (2012). Evidence-Based Medicine/Practice in sports physical therapy. *The International Journal of Sports Physical Therapy*, 7(5), 461-473.
- Masquelet, A.C. (2010). Evidence based medicine (EBM) : quelle preuve a-t-on que la médecine basée sur la preuve apporte un réel bénéfice ? *Académie nationale de chirurgie* 9(3), 27-31.
- Munafo, M. & Smith, G. D. (2018). Des études scientifiques solides nécessitent de nombreuses approches indépendantes. *Pour la science*. Retrieved from <https://www.pourlascience.fr/sd/epistemologie/des-etudes-scientifiques-solides-necessitent-de-nombreuses-approches-independantes-12796.php>.
- Naudet, F., Falissard, B., Bousageon, R. & Healy D. (2015). Has evidence-based medicine left quackery behind? *Internal and Emergency Medicine*, 10(5), 631-634.
- Pariante, A. (2013). Analyser et utiliser les résultats des études cliniques. *La revue du praticien*, 63(9), 1305-1310.
- Plagnol, A. (2017). Justification des pratiques et clinique fondée sur les valeurs. *Motricité cérébrale*, 38(1), 13-20.
- Plantin, A. (2017). Science et professionnalisation en kinésithérapie : éléments de réflexion. *Kinésithérapie scientifique*, (583), 35-43.
- Postiaux, G. (2016). *Kinésithérapie et bruits respiratoires : nouveau paradigme : nourrisson, enfant, adulte*. Louvain-la-Neuve : De Boeck supérieur.
- Reychler, G. & Vuylsteke, J. (2012). Voyage au pays de... PubMed. *Kinésithérapie, la revue*, (123), 56-60.
- Sackett, D. L., Rosenberd, W., Gray, J., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- Savard, G. (2003). *Enjeux et limites de la médecine factuelle*, (Doctoral dissertation). Université René Descartes, Paris 5.
- Soler, L. (2009). *Introduction à l'épistémologie* (2^e édition revue et augmentée). Paris : Ellipse.
- Stoffel, J.F. (2019). *Épistémologie* (syllabus de cours). Montignies-sur-Sambre : Haute école Louvain-en-Hainaut.
- Warren M. (2018), Préenregistrer les études scientifiques réduit le biais de publication. *Pour la science*. Récupéré de <https://www.pourlascience.fr/sd/science-societe/pre-enregistrer-les-etudes-scientifiques-reduit-le-biais-de-publication-15027.php>