



HAL
open science

De l'Evidence-Based Medicine à l'Evidence-Based Ethics : quelle définition pour la pratique de la médecine ?

C. Herte

► To cite this version:

C. Herte. De l'Evidence-Based Medicine à l'Evidence-Based Ethics : quelle définition pour la pratique de la médecine ?. 27^e Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), Deauville, 2005. Dogmes et doutes, Nov 2005, Deauville, France. pp.62-66. <hal-03574959>

HAL Id: hal-03574959

<https://hal.science/hal-03574959v1>

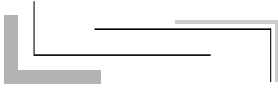
Submitted on 15 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization



De l'*Evidence-Based Medicine* à l'*Evidence-Based Ethics*: quelle définition pour la pratique de la médecine ?

From Evidence-Based Medicine to Evidence-Based Ethics: what is the definition of medical practice?

Mots-clés : Éthique, Pratiques professionnelles, Prise décision, Participation patient.
Keywords : *Ethic, Professional practices, Decision, Patient participation.*

C. Hervé⁽¹⁾

Depuis 1992, de nombreux auteurs proposent une nouvelle forme d'enseignement de la médecine, se fondant sur des preuves, plutôt que sur les bonnes pratiques, tirées d'une compréhension, toujours à affiner, de la physiopathologie. Sophie Taïeb [1], Bruno Trumbic [2] et mon ami Jean-Michel Chabot [3] exposent très bien ce que, respectivement, l'*Evidence-Based Medicine* et la déduction physiopathologique apportent à la pratique médicale. Parallèlement, depuis les conférences régionales et nationales de santé qui ont préparé la loi du 4 mars 2002, le corps social demande que les patients soient considérés avec l'autonomie qui les caractérise et qui fait partie de leur dignité de personne humaine. L'information, le consentement doivent être les bases mêmes de la relation médecin-malade, et une véritable négociation doit sanctionner les prises de décision médicales, qu'elles soient préventives, diagnostiques ou thérapeutiques. Même le refus de soins est légalisé avec, toutefois, l'obligation pour le médecin de s'efforcer à faire saisir les conséquences d'une telle position, quant à la santé de la personne. La loi, qui oblige tout citoyen, a fortiori médecin, de porter assistance à une personne en danger, met en évidence la tension éthique qui implique une réflexion sur des notions aussi fondamentales que : ce qu'est la vie, sa possession par nous-mêmes, ou l'usufruit que nous en faisons. Dans ce cadre, s'expriment désormais les associations

1. Directeur du laboratoire d'éthique de la faculté de médecine Paris V, 45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris.

qui représentent les usagers, que ce soit par exemple dans la Commission nationale des accidents médicaux ou, dans les hôpitaux, dans le cadre de la loi sur la gouvernance. L'usage d'Internet, dans le cadre de la santé, mis en évidence par Liebens et al. [4], montre bien le changement de pratique dans la collecte, la confiance des savoirs et savoir-faire médicaux et le tri nécessaire de ces informations. Tout cela donne d'autant plus d'importance à ce nouveau partenariat, que Nicole Alby [5] sait mettre en valeur entre les associations de patients et le corps médical.

Je me permettrai, pour ma part, de poser des questions fort simples, qui me semblent être préliminaires à toute opposition qui risquerait d'être stérile, mais dont les réponses deviennent possibles dans les disciplines de l'épistémologie, l'anthropologie et l'éthique.

Auparavant, en ce qui concerne l'information et le consentement, on peut regretter que cette forme de protection du consommateur n'intéresse que les personnes conscientes ; bien au contraire, celles qui manquent d'autonomie ne sont plus protégées par cette notion devenant uniquement juridique et non opérante. L'éthique du médecin et l'apport des associations ou celui d'une personne de confiance, choisie par le patient, sont les seuls moyens qui peuvent, alors, agir contre une soumission, voire une aliénation, qui caractérisaient des relations anciennes dites "paternalistes".

Enfin, l'économique, dans la représentation de la valeur des actes effectués en médecine, devrait suivre cette évolution de liberté dans la relation médecin-malade et "valoriser" ce temps nécessaire à expliquer, à susciter la compréhension, à ce qu'un débat s'effectue en fonction des spécificités des situations et des sensibilités des personnes, pour que la médecine reste humaine et individuelle, adaptée à une personne dans une action médicale où l'éthique importerait. C'est toute la discussion autour de la tarification à l'activité, la hauteur de la lettre-clé de la consultation médicale, et l'importance ou non, donnée en quantité et en qualité, aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et cela en rapport avec ces obligations légales en forme de cohérence...

La pratique de la médecine, avant d'être qualifiée de bonne, demande une définition précise de la connaissance qui la rend légitime. Or, celle-ci a évolué grandement, et il est nécessaire de formuler le ou les concepts qui la fondent. Maurice Tubiana, Jean Bernard, Jean-Charles Sournia, pour ne citer qu'eux, ont tenté, dans leurs écrits, de conceptualiser la médecine qu'ils pratiquaient ou qu'ils voyaient évoluer. Un *Dictionnaire de la pensée médicale* vient de sortir, dirigé par un philosophe, Dominique Lecourt, associant des collègues des sciences humaines et sociales. Ce que nous dénommons art médical est décrit dans ce dictionnaire d'une manière surprenante. Une étude de celui-ci met en évidence les termes d'utopie médicale, critique et histoire de la médecine, une telle association peut surprendre en regard des pratiques quotidiennes des médecins. Être ainsi caractérisée, la médecine ne bénéficie pas plus d'autres entrées de ce dictionnaire : "clonage thérapeutique", "contraception", "contagion", "cure", "dons d'organes", "infor-

mation”, “éco-épidémiologie”, “écologie médicale”, “économie de la santé”. Cela est le témoignage d'un éclatement conceptuel de la médecine qui fait que les praticiens ne peuvent se retrouver dans de telles descriptions même si elles sont érudites.

Comment caractériser les pratiques en médecine ?

Pour répondre, nous poserons cinq groupes de questions :

Premier groupe : en quoi est-il utile d'opposer toutes ces formes de rapport au corps, à la maladie, dans une dualité dont on ne pourrait aucunement trouver un dépassement ? Comment alors parler de pratiques médicales sans une vision réductionniste ni holiste ? Une référence au sujet, à la personne n'est-elle pas une résolution acceptable ?

Deuxième groupe : nous faisons la différence entre les deux traductions anglo-saxonnes du mot “soin” : “cure” et “care” (la médecine *high tech* versus la médecine d'accompagnement par exemple). Aussi, n'est-ce pas une prétention que prétendre “guérir” quelqu'un, en termes de réparation *ad integrum* d'une fracture ou d'une lésion, alors que la personne humaine est impliquée dans les répercussions de cette fracture ou de cette lésion ; que des peurs anthropologiques nous assaillent de manière consciente, et même inconsciemment, et les conditions de vie qui sont les nôtres propres peuvent être déstabilisées par cet épisode aigu ?

Troisième groupe : en quoi le progrès thérapeutique serait-il une meilleure représentation de ce qu'est la médecine, alors que chacun sait que la médecine a muté ? D'une médecine de faits cliniques, elle est devenue une médecine d'appréciation des risques. D'une médecine qui excluait la médecine psychosomatique et jusqu'à la psychiatrie de son domaine, la prise en charge globale des patients réintroduit le fait que les circonstances et l'environnement ont des actions fortes sur l'apparition de signes cliniques et de pathologies donnant à cette médecine le vocable de “médicosociale”. Après qu'il a été prouvé que les personnes vulnérables formaient une importante partie des patients (jusqu'à 20 %) accueillis aux urgences et que les informations sur les droits des patients étaient les verrous les plus obstructifs à l'accès aux soins, la perspective à la fois de contraintes juridiques (en termes de justice, mais aussi de justesse dans les décisions prises en médecine ou en médicosocial). La demande de la part des associations de patients d'une démocratisation de ses pratiques (information et du consentement de la négociation autant des examens paracliniques, des attitudes thérapeutiques et de prévention et même de ne pas se traiter malgré l'effort d'explication du médecin des risques conséquentiels) doivent faire évoluer nos pratiques actuelles en termes d'acceptation sociale des avancées médicales dans la société et l'appropriation des nouvelles technologies qui les permettent. C'est en cela qu'une véritable lutte contre l'obscurantisme, qui fait actuellement la méfiance

envers le corps médical et les chercheurs en biomédecine, pourra se transformer en une vision positive de la médecine en rapport avec de nouveaux rapports sociaux qui se déclineraient parfaitement dans les relations médecin-malade, soignant-malade et chercheur-patient. La finalité de tels changements sera une certaine idée de la dignité humaine faisant une confiance non seulement des patients à leurs propres médecins mais également à la médecine.

Quatrième groupe : pourquoi présenter l'information dans le cadre juridique de contrat d'une loi réformant, en même temps, l'expertise et la responsabilité médicale et insistant sur la formation continue, appelée "droit des malades" comme si les médecins n'en avaient point et que seuls les devoirs et les réparations devaient être dévolus aux praticiens ? Et tout cela, alors qu'une information peut tout à fait se concevoir et être accomplie par d'autres modèles tout aussi démocratiques.

Cinquième groupe : en quoi ce qui apparaissait en 1992 au président de l'American Medical Association comme le principal objectif de la médecine ne serait-il pas d'actualité : la violence, notamment intrafamiliale, mais aussi dans l'espace public, jusqu'à la violence institutionnelle ? En quoi les théories sur la violence ne risqueraient-elles pas d'être invoquées, jusqu'à la théorie mimétique de René Girard, qui montre comment nous sommes des persécuteurs que nous n'en finissons pas de nous regrouper sur des normes et d'exclure ceux qui ne s'y trouvent pas et que nous sacrifions pour notre repos autant intellectuel que spirituel, plutôt que d'aller au-delà des différences, prôner l'altérité et chercher comment se rapprocher de l'autre pour mieux le comprendre et ainsi le reconnaître ? Deux philosophes se distinguent : Husserl, en la voie phénoménologique, et Lévinas, en la voie de l'éthique comme philosophie première, en opposition complète avec l'ontologie, la recherche de l'être qui a dominé toute la philosophie depuis les philosophes grecs. Jusqu'à un niveau spirituel : "selon Paul de Tarse (saint Paul), Jésus abandonnant sa qualité de Dieu pour endosser la condition imparfaite de l'homme jusqu'à sa finitude, la mort". Doit-on demander un respect mutuel demandant la réciprocité du respect, ce que demande Paul Ricœur, ou exigeons-nous que l'existence de chacun nous fasse nous porter à l'aide de chacun, sans aucun esprit de réciprocité ? L'actuel débat entre Ricœur et Lévinas, et qui anime l'éthique, souligne ce que, dans le quotidien, par ses attitudes, ses comportements, l'homme, et d'autant plus, celui qui soigne ces éléments perturbateurs, se doit de penser ses actes en fonction de la visée éthique qu'il poursuit.

Toutes ces questions se joignent en une seule

Pourquoi ne pas considérer l'homme dans son corps et son esprit et comment, en fonction des représentations et des présentations qu'il fait de lui-même, les pratiques sociales, et notamment la relation médecin-malade, sont-elles différentes ? Comment les

pratiques pourraient-elles se satisfaire de concepts dépassés, comme si les maladies continuaient à être aiguës, alors que l'espérance de vie augmentant, les maladies doivent être désormais considérées comme chroniques avec des moments aigus, donnant une autre signification au séjour à domicile et également à l'hospitalisation. De plus, tout cela est à considérer avec les nouvelles normes répondant aux exigences économiques de répartition des ressources rares et, surtout, en cessant de prendre en compte de simples et réducteurs jeux de pouvoirs, tels que la sociologie a décrit la médecine. Au contraire, inspirons-nous d'Alain Touraine, qui a su montrer que subjectivité et rationalité sont partagées entre médecins et patients, et que le lieu de la médecine est surtout cette sollicitude, même si les progrès techniques peuvent y être adjoints ; c'est toute l'approche clinique qui est à conserver et à actualiser, en fonction de nos évolutions sociétales, sans jamais oublier que tout malade est vulnérable et, surtout, que les inégalités sociales sont parmi les facteurs les plus importants de ces maladies, surtout si l'on se déconnecte de notre Occident et que l'on considère les quatre cinquièmes de l'humanité.

L'intervention argumentera rapidement ces points par des mémoires de DEA et une thèse d'éthique médicale s'inspirant de l'analyse des pratiques médicales d'une façon multidisciplinaire et critique.

Références bibliographiques

- [1] Taïeb S, Vennin B, Carpentier P. *Médecine fondée sur les preuves et choix du patient*. In: *Dogmes et doutes, 27^{es} Journées de la SFSPM, Deauville 2005, DaTeBe Éditeur*.
- [2] Trumbic B. *Le praticien face aux recommandations et à l'Evidence-Based Medicine: quel degré de liberté, quelles marges de manœuvre?* In: *Dogmes et doutes, 27^{es} Journées de la SFSPM, Deauville 2005, DaTeBe Éditeur*.
- [3] Chabot JM. *Qu'est-ce qu'une recommandation professionnelle opposable? Vers l'accréditation individuelle?* In: *Dogmes et doutes, 27^{es} Journées de la SFSPM, Deauville 2005, DaTeBe Éditeur*.
- [4] Liebens F, Aimont M, Carly B et al. *Internet grand public, presse, médias: nouveaux éléments dans la communication médicale*. In: *Dogmes et doutes, 27^{es} Journées de la SFSPM, Deauville 2005, DaTeBe Éditeur*.
- [5] Alby N, Serin D. *Les associations de malades: nouveaux éléments dans la décision médicale*. In: *Dogmes et doutes, 27^{es} Journées de la SFSPM, Deauville 2005, DaTeBe Éditeur*.