

# Il y a EBM et EBM

Par Guy Postiaux\*, Kinésithérapeute



\* Grand Hopital de Charleroi, services de pédiatrie et des soins intensifs, Grand-Rue 3, B-6000 Charleroi. Groupe d'étude pluridisciplinaire stéthacoustique, B-6000 Charleroi, Belgium

*La kinésithérapie respiratoire se voit concernée par la médecine factuelle mieux connue sous l'appellation internationale d'EBM, médecine fondée sur les preuves. L'EBM encadre nos pratiques. Quelle place lui accorder ? Faut-il adopter aveuglément ce que d'aucuns considèrent aujourd'hui comme des diktats ? Quelle valeur encore accorder à l'expérience modeste du praticien, à son bon sens clinique, au bon sens tout court ? Quelle est la signification d'un symptôme dans le cadre d'une kinésithérapie définie dans cet ouvrage comme symptomatique et non nosologique ? Quelle est la valeur de la recherche scientifique, du choix de la langue pour en transmettre les résultats ? Cet article tente d'apporter un éclairage sur ces notions générales qui, quoique d'apparence abstraites, n'en constituent pas moins le terreau de notre pratique quotidienne. Autrement dit : quelle valeur faut-il accorder à la médecine factuelle en kinésithérapie plus spécifiquement ?*

## **La kinésithérapie est une science que l'on applique avec art.**

*Le mouvement basé sur l'évidence en sciences de la santé appelé « Evidence-based Medicine » (EBM), locution traduite en français par « médecine basée sur les preuves », ou le plus souvent par « médecine factuelle » représente un outil de collection des preuves qui a sans conteste élevé le niveau de la médecine et de son enseignement. Conçue à l'origine comme un outil pédagogique, il est aujourd'hui l'objet de nombreuses critiques dont la plus importante est le caractère normatif et exclusif vis-à-vis de la connaissance scientifique. La kinésithérapie, étroitement apparentée à la médecine scientifique, s'inscrit dans le même cadre décisionnel et interventionnel et elle est ainsi tenue d'adopter une démarche de validation similaire. La médecine factuelle est sans conteste une méthode analytique performante, dont chaque praticien devrait prendre connaissance mais qui s'est vue dévoyée et qui s'apparente pour certains auteurs à ce que certains n'hésitent pas à qualifier de micro fascisme. Une analyse approfondie de l'EBM a été réalisée par G. Savard en 2002, où le lecteur francophone en saisira mieux l'approche critique.*

*Les kinésithérapeutes sont conscients du manque d'évidence solide qui affecte la plupart de leurs techniques. Faut-il pour autant s'abstenir de soigner les malades ?*

## **1. Historique et définition de l'EBM**

La médecine factuelle s'est proposée dès les années 1980 comme une nouvelle pédagogie et un nouveau paradigme de la médecine. Elle s'affirme en 1992, sa définition est revue et amendée en 1996 puis en 2000, à la suite des débats et controverses auxquels elle donne lieu.

En 1992 elle est définie comme « un processus systématique de recueil et d'évaluation des preuves résultant de la recherche médicale en vue de fonder la décision clinique. Elle procède en quatre étapes : formulation claire de la question clinique à partir du problème du patient, rechercher la littérature appropriée, évaluer de manière critique la validité des preuves et leur utilité et transposer ces résultats dans la pratique clinique ».

La définition de 1996 est plus explicite et intéresse le kinésithérapeute car ce processus le concerne de la même manière : « la médecine basée sur preuves est l'utilisation consciencieuse et explicite des meilleures preuves actuelles dans l'élaboration des décisions de soins individuelles en associant à l'expertise clinique individuelle, les preuves disponibles résultant des moyens de la recherche clinique systématique et des fondements de base de la médecine. Par expertise clinique individuelle, on entend la compétence et les jugements que les cliniciens ont acquis au travers de leur pratique clinique associée aux moyens techniques les plus appropriés pour établir le diagnostic et en tenant

compte des droits et des préférences des patients. La définition ajoute que « sans l'expertise clinique, la pratique risque d'être gouvernée de manière tyrannique par les preuves applicables ou inappropriées à un individu particulier ». Cette fois, la définition associe les preuves externes à l'expertise clinique individuelle, c'est-à-dire à l'expérience du praticien. Par fondements de base de la médecine, on entend la physiologie et la physiopathologie établies.

## **2. But initial de l'EBM**

### **2.1 La médecine factuelle poursuit deux objectifs essentiels.**

Le premier est pédagogique. Le praticien s'investit dans un processus d'apprentissage permanent qui aide à la résolution de problèmes rencontrés dans la pratique clinique en proposant des repères fiables qui pour le kinésithérapeute, enrichit son bilan qualifié aussi d'évaluation. Le second est de faire face à l'augmentation vertigineuse du nombre de publications dont le praticien ne peut prendre connaissance, en confiant à des groupes ou « collaborations » un travail de synthèse qui dresse « l'état de la question » à ce moment là. Ces synthèses sont revues à la lumière des publications émergentes. Le concept de médecine factuelle a donné naissance à de nouvelles formes de publications recensées dans des journaux et des collaborations spécialisés. Ils opèrent des synthèses et notent les publications

sur une échelle de preuves plus pertinentes ; citons : EBM Journal, la Cochrane collaboration, ACP Journal, Evidence-based nursing, Best evidence etc... La médecine factuelle collige donc les preuves, établit leur valeur hiérarchique. Sans la preuve, la pratique clinique devient obsolète au détriment du patient.

## 2.2 Le recueil de la preuve

La médecine factuelle s'appuie sur une hiérarchie des données scientifiques en fonction de leur mode méthodologique de production. Les deux outils principaux dans la hiérarchie des données scientifiques, d'arrivée récente (50-60) auxquels recourt la médecine factuelle sont l'essai clinique randomisé et contrôlé (ECR) (randomized controlled trial - RCT) et les méta-analyses qui s'appuient sur des statistiques parfois sophistiquées. L'énoncé « CONSORT » aide les chercheurs à se conformer à ces méthodes de sorte éviter les écueils dans l'établissement d'un protocole de recherche clinique.

Un ECR est un type d'étude scientifique utilisé pour tester et comparer l'efficacité de deux ou plusieurs approches thérapeutiques. Après l'évaluation pour éligibilité dans l'étude puis recrutement, les sujets sont adressés de manière aléatoire (randomisation) parmi les groupes correspondants à chaque approche thérapeutique testée. On vérifie que les deux populations sont proches, on dit homogènes, en comparant les caractéristiques de base (caractéristiques démographiques, niveaux de gravité de l'affection identique, traitement de base identique...). La randomisation limite les biais de sélection et donc permet une répartition homogène entre les groupes. Lors de la réalisation de l'étude, les sujets, les thérapeutes et les évaluateurs procèdent en aveugle (on dit aussi en insu), c'est-à-dire qu'ils ne savent pas dans quel groupe est le patient. La seule variable qui soit différente entre les groupes est le traitement. On peut avoir recours à l'utilisation d'un placebo qui permet la comparabilité.

Une méta-analyse est une technique qui a pour but de combiner les résultats de plusieurs essais thérapeutiques pour en faire une synthèse reproductible et quantifiée. Cette synthèse produit un gain de puissance statistique dans la recherche de l'effet d'un traitement, une précision optimale dans l'estimation de la taille de l'effet et permet en cas de résultats discordants d'obtenir une vue globale de la situation.

Ces deux méthodes sont considérées comme de la plus haute valeur, mais on a tendance à oublier qu'il en existe d'autres. Mais que signifie preuve, encore appelée argument ?

## 2.3 La notion d'argument

Les traitements doivent être validés, ce qui signifie qu'ils doivent recourir à la preuve, à l'argument. Karl Popper, physicien et philosophe des sciences adresse à l'argument un qualificatif extraordinaire qui va révolutionner la méthodologie et la philosophie des sciences dans les années 60 en introduisant dans la méthode critique la notion de vérisimilitude ou de falsification. La validité d'un argument réside dans son caractère réfutable et falsifiable et Popper définit la méthode scientifique comme une méthode auto correc-



trice grâce à laquelle la science progresse et que l'on peut résumer ainsi : « la méthode scientifique est la méthode des conjectures audacieuses et des tentatives ingénieuses et rigoureuses pour les réfuter c'est-à-dire pour les contester ». L'argument se doit donc d'être falsifiable, contestable, critiquable, c'est-à-dire à déconstruire et reconstruire suivant le principe de vérisimilitude où le doute est élevé au niveau de principe.

Prenons un exemple, si je dis à un adepte de ces méthodes que l'homéopathie et la réincarnation bouddhique sont incontestables, il entend cela avec satisfaction. Mais qu'ils ne se méprenne ! Ces deux concepts, homéopathie et réincarnation bouddhique sont incontestables au sens premier du terme, car ils ne nous présentent aucun argument à contester. Cette définition contient son principe : le caractère réfutable, contestable de l'argument. Encore faut-il que l'argument existe. En sciences, le mode de production et de présentation de l'argument le plus usité et connu de tout scientifique est le système IMRAD. Le système IMRAD est un outil de démonstration puissant, le plus performant de cheminement logique et objectif pour produire et fonder l'argument. Il comprend plusieurs étapes qui s'appellent Introduction pour I, Matériel et Méthode pour M, Résultats pour R, Discussion pour D. L'application du système IMRAD confine toute croyance au stade de la conjecture gratuite, c'est-à-dire au stade de l'hypothèse. Le caractère faillible est un trait caractéristique de la science. Seules les « fausses sciences » ne montrent pas de faille, ne se révisent jamais de fond en comble, parant à toute critique, à l'aide d'hypothèse ad hoc. La preuve est donc fondamentalement faillible. En combien de choses avons-nous cru fermement qui ont été invalidées et débarquées du bateau de la science peu après ? Ainsi se construit la science qui jamais n'assène de vérité, mais ajoute du vrai au vrai. La science est évolutive, la croyance est statique, assise sur des dogmes immuables.

La kinésithérapie s'inscrit dans le même cadre décisionnel que la médecine scientifique, dès lors qu'elle est tenue d'adopter une démarche similaire de validation, à l'opposé des « dites médecines » « dites parallèles » ou « alternatives » qui relèvent de la croyance. Car il ne s'agit d'abord pas de médecine et ne lui sont en rien parallèles, il s'agit plutôt de pratiques divergentes, dont l'effet placebo n'est cependant pas absent (et d'ordre physiologique) et qu'il ne faut point négliger dans une démarche empathique. Replacées dans leur cadre, elles soulèvent davantage un problème éthique qu'un problème méthodologique. A la question d'Anne

Sinclair : « que pensez-vous des médecines parallèles ? » Le Pr Jean Bernard eut une réponse lapidaire qui résumait sa pensée : « Il y a la médecine et autre chose ».

### 2.4 La preuve est un argument faillible. (G. Savard)

Sans vouloir remettre en question leur performance et leur importance dans leur contribution à une médecine plus scientifique, les ECR et méta-analyses ont également leurs faiblesses et limites. En voici une liste non exhaustive :

- les ECR sont menés sur des populations de patients qui correspondent peu à la population générale. Ce sont des populations qui pour être homogènes, et à pathologie « pure », excluent les pluri pathologies, c'est-à-dire le tout venant des patients. Beaucoup de patients présentant des problèmes d'une grande complexité sont écartés des essais cliniques.
- dans l'inclusion, sur une pathologie, il manque souvent des informations importantes sur les types de symptômes.
- les grandes ECR diffèrent, dans leurs résultats, de 10 à 23 % par rapport aux méta-analyses, alors qu'on attendait de ces dernières un résultat univoque.
- les méta-analyses sont parfois réalisées sur un très faible nombre d'études.
- les méthodes statistiques des méta-analyses sont critiquables en cela qu'elles mélangent souvent des pommes et des poires, leur caractère faillible est souvent épinglé. L'exemple de la kinésithérapie dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson, rapporté précédemment dans cette revue est emblématique.
- la bibliographie crée parfois l'illusion de contribuer à la vérité. En réalité, elle assure juste que l'auteur s'est renseigné.
- l'industrie a une influence sur les résultats de la recherche. Même en kinésithérapie, où il nous est demandé de valider de nouvelles technologies, l'industrie qui les produit n'est pas loin qui subventionne les études, les frais liés à la participation à des congrès et réunions « scientifiques », et versent des honoraires d'expertise. La collusion n'est pas éloignée.
- puisque les ECR produisent des valeurs moyennes, l'application directe de la preuve pourrait désavantager les patients qui sont sous la moyenne. Ainsi la meilleure méthode statistique n'est pas une garantie pour prescrire ce qui convient à un patient particulier.
- le niveau de probabilité  $p$  fixé actuellement de manière arbitraire à une valeur de .05 est-il suffisant ? Pourquoi pas .01 ?

### 2.5 la médecine factuelle dévoyée

L'enjeu est donc de « rationaliser davantage l'acte médical ». Alors qu'elle ne devrait servir qu'à une photographie de l'état de la science à un moment donné et ne prétendre n'avoir que valeur pédagogique, la médecine factuelle peut servir d'autres intérêts, et à ce titre s'en trouve dévoyée, ainsi :

- elle justifie un recours abusif aux tribunaux en y convoquant « les preuves ». Cela est surtout vrai dans les pays anglo-saxons où le recours aux tribunaux, excessif, n'est souvent que la face cachée d'un espoir de dédommagement financier.



- la médecine factuelle est utilisée pour juger des politiques de santé. Elle devient alors une forme de diktat que certains auteurs qualifient de micro-fascisme.
- la médecine factuelle fait preuve d'argument d'autorité pour convaincre, par exemple lorsque ses conclusions sont transposées sans nuance dans la presse générale ou de vulgarisation et est à la source de malentendus fort dommageables.

### 2.6 La hiérarchie des preuves est contestable

Des nombreuses critiques peuvent encore être adressées à la médecine factuelle. Ses limites sont importantes, ne serait-ce que parce qu'elle ne répond que du savoir biomédical et qu'elle ne représente pas la médecine dans sa complexité. La médecine factuelle ne rend également pas compte de l'innovation, de la découverte, « c'est une méthode sans génie ». Sa hiérarchie des preuves est largement contestable, mais les voix critiques n'ont pas beaucoup d'audience tant la médecine factuelle est réconfortante pour l'image que le médecin se fait de lui-même. Le risque de voir apparaître un nouveau dogme n'est pas loin.

Enfin, qu'en est-il de la transposition des ECR dans les pays moins développés ? Ses recommandations y sont-elles applicables ? Le principe ne conduit-il pas à une injustice ? Beaucoup des interventions dans les pays moins développés ne sont pas prouvées, ce qui ne signifie pas qu'elles soient sans effet.

La focalisation obstinée de la médecine factuelle sur les ECR et les méta-analyses font oublier l'intérêt d'autres types d'études. Ainsi sont de plus en plus rejetés des bibliographies les études datant de plus de 5 ans, 10 ans alors que, et c'est tellement vrai dans notre profession, les apports des premiers auteurs, des initiateurs divers voire des pionniers furent déterminants selon l'objectif thérapeutique poursuivi et ses motifs et que l'adage vaut en médecine comme en histoire : le futur se construit à partir de passé. Imaginons qu'il eût fallu attendre l'EBM pour mettre en application la méthode auscultatoire de Laennec ? Imaginons qu'il eût fallu attendre la validation par l'EBM de son traité fondateur de la pneumologie moderne ? Imaginons qu'il eût fallu attendre l'EBM pour mettre en œuvre la vaccination découverte par Pasteur ? Imaginons, imaginons, ... l'histoire de la médecine est truffée de ce genre de trouvailles intuitives géniales. Certaines de ces actions premières ont cependant





fondé notre discipline. Les articles anciens qui en établissaient les bases ne seraient plus recevables aujourd'hui. Or ils gardent toute leur pertinence parce qu'ils sont aussi des publications princeps.

## 2.7 Il existe d'autres niveaux de preuves

La pratique n'est pas dirigée uniquement par la preuve. La preuve n'est qu'un rouage, avec l'intuition, l'expertise, l'environnement social et économique, etc... D'autres méthodes de preuve, par exemple qualitatives, sont parfaitement valables et très souvent mises à l'écart, ou négligées. Ainsi la base de données Cochrane comprend une collection d'articles qui sont sélectionnés sur leur seul critère acceptable d'être une ERC. Toutes les autres études, soit 98% de la littérature est considérée comme imparfaite ou inexploitable. Est-ce réaliste et fondé ? Des résultats importants peuvent provenir de publications qualitatives, ainsi que des réponses qui n'auraient pas été évidentes avec des études quantitatives. Ainsi en ce qui concerne les méthodes de désencombrement bronchique, manuelles ou instrumentales, considérées comme la pierre angulaire du traitement et de la prévention des maladies respiratoires sécrétantes et neuromusculaires, il existe suffisamment de données dans la littérature qui, quoique présentant de faibles niveaux de preuves au sens de l'EBM, permettent en tenant compte des caractéristiques personnelles du patient, d'élaborer des stratégies thérapeutiques efficaces. Même les études de cas et de séries de cas ont leur valeur car elles rencontrent souvent la pratique clinique quotidienne. Selon certains auteurs, la pratique quotidienne de la médecine factuelle, comme décrite originellement, est irréaliste. Pour réparer cela, ils proposent d'intégrer les autres types de preuve la preuve théorique où s'exerce la vérité logique du raisonnement, preuve pratique issue de l'expérience du praticien, preuve d'expert crédible par le consensus exercé et son caractère complémentaire, et la preuve fondée sur l'éthique. Ainsi, intuition et preuve ne sont pas en concurrence. En kinésithérapie EBM, de nombreux paramètres ne sont pas testés ni pris en compte dans les études : le type de symptômes, leur sévérité, leur variabilité dans le temps court, l'évolution ultérieure de l'affection. La médecine factuelle réprime l'intuition, l'expérience clinique non systématique et le raisonnement physiopathologique comme des bases suffisantes pour la prise de décision clinique, et insiste sur l'audition de la preuve issue des recherches cliniques.

Un autre écueil quasiment insurmontable est la reproductibilité du geste kinésithérapique évoqué plus avant. Il est quasiment impossible à standardiser au contraire d'un médicament précisément dosable. Sa faisabilité résulte de nombreux facteurs : comment a-t-il été enseigné ? Le geste est-il réalisé par un jeune confrère ou par un kinésithérapeute expérimenté ? Ces questions sont particulièrement pertinentes en pédiatrie où la question de tolérance au geste s'ajoute celle de l'impossibilité pour le petit patient d'exprimer ses sensations. On voit ici toute l'importance d'une observation clinique rigoureuse dont ne dispose pas encore le jeune praticien.

Enfin, l'accumulation et la hiérarchisation de preuves de toutes natures, leur intégration dans la décision thérapeutique, l'établissement des recommandations atteignent une telle sophistication algorithmique qu'elles en sont inapplicables sur le terrain comme en atteste une publication de 2013 relative aux méthodes de désencombrement bronchique.

Les effets des revues de synthèse rapportées sans nuance dans les articles de vulgarisation peuvent être extrêmement dommageables auprès des praticiens et des malades, ou de leur famille et peut aboutir à priver des malades de soins efficaces. Ce fut le cas de la revue Cochrane consacrée à la kinésithérapie respiratoire dans la bronchiolite virale aiguë du nourrisson que j'ai déjà évoquée plus avant. L'analyse procédait de la manière convenue, dans le cadre méthodologique étroit d'une revue de synthèse Evidence-based Medicine. En l'occurrence n'apparaissent pas : la différenciation des techniques, les stades de gravité, la physiopathologie d'une obstruction bronchique multifactorielle associant œdème, spasme, hypersécrétion, trois composantes sur lesquelles il faut agir chronologiquement. Mais la limite de la méthode réside essentiellement dans la négligence de la prise en compte de l'Expert-based Medicine. Celle qui prend en compte l'intuition et l'expérience clinique du clinicien, le cadre précis de son intervention et le raisonnement physiopathologique qui fonde également la prise de décision clinique.

## 2.8 Le bon sens clinique

Souvent appelé intuition, « clairvoyance ou encore flair » dans un langage courant, il est la somme des observations factuelles glanées au fil d'une pratique quotidienne. Ces termes recouvrent la locution plus appropriée d'expérience clinique à laquelle il convient d'associer celle du simple bon sens. C'est un angle de vue qui n'apparaît jamais dans les études et autres synthèses, mais comme on l'a vu, il a valeur d'expertise. Cet angle de vue essentiel n'apparaît quasi jamais dans les études. Et cependant la kinésithérapie est d'ordre symptomatique et non pas nosologique. La stratégie thérapeutique s'appuie sur la collection des symptômes. C'est en cela que la démarche de la kinésithérapie diffère de la démarche médicale qui est d'ordre nosologique ou diagnostique et qui consiste à nommer la maladie. Le caractère polysémique des symptômes et leur convocation pour l'établissement d'une méthode de soins font l'art et la noblesse de notre métier.

### 3. L'usage quasi exclusif de la langue anglaise pour les publications est-il justifié ?

Abordons un dernier point sensible, celle de la langue dans laquelle les auteurs choisissent de publier les résultats de leurs études. L'auteur y est sensible en raison de ses nombreux contacts internationaux et d'une certaine frustration observée ci et là.

La médecine factuelle fait preuve d'autorité lorsqu'elle instaure la langue anglaise comme mode quasi exclusif de recueil des preuves et d'analyse en occultant les publications des chercheurs qui ne publient pas en anglais. Comme l'explique Claude Hagège, l'anglais dans les sciences est générateur d'inégalité et enferme les auteurs dans le cadre culturel restrictif d'une langue qui avantage les chercheurs anglophones au détriment des autres au risque également de se voir détourné voire plagié lors d'une soumission. Un exemple de ce type de détournement est celui du volume expiré par minute (VEMS). Rapporté à la capacité vitale, il constitue le rapport de Tiffenau du nom de son inventeur, un français Robert Tiffenau. Après la publication de Robert Tiffenau, apparu dans la littérature américaine la locution «forced expiratory volume/sec (FEV1)» sans que l'auteur appelle en référence et ne mentionne la publication princeps de son inventeur Robert Tiffenau. Eloignement géographique de deux mondes ? Oubli ? Ecart volontaire ? Convenons que cela peut se présenter dans l'autre sens. Un autre exemple concerne la primauté de la description de la spirométrie clinique dont la paternité est attribuée à Hutchinson alors que la première publication disponible semble avoir été signée par Bourgerie. Des exemples existent en kinésithérapie.

Mais le détournement de la primauté ou le simple plagiat ne peuvent occulter le problème plus fondamental qui est celui de la dilution d'identité par la langue. Un exemple contemporain illustre un phénomène de soumission dommageable pour la communauté scientifique nationale. Alors qu'en matière de recherche en kinésithérapie, l'Europe s'assoupit, les publications en anglais des collègues brésiliennes occupent aujourd'hui une place numériquement supérieure et de qualité dans les congrès internationaux où ils représentent jusqu'à environ 60% des communications. Cette soumission est dommageable à plusieurs titres. En Amérique latine, le français est utilisé comme une langue de résistance à l'américain, parce que la langue est aussi porteuse d'une idéologie, en l'occurrence ici la loi du marché, ce qui expose à être anglicisé dans ses structures mentales. L'anglais se voit ainsi doté d'une supposée supériorité, quitte à dévaluer la langue native.

Cette hégémonie d'une langue est-elle juste et justifiée ? Une langue scientifique unique ne bride-t-elle pas les avancées de la science ? De sérieux doutes sont émis aujourd'hui sur l'utilité de la langue anglaise pour la science. Comme à nouveau l'explique Claude Hagège, la langue est porteuse d'une culture et d'un mode de pensée. Publier systématiquement en langue anglaise impose un cadre de rédaction conformiste qui se limite au commentaire des résultats de l'étude dans son cadre strict, ce qui certes impose une certaine rigueur mais assure aussi à l'auteur une très large diffusion de ses travaux et une reconnaissance internationale.

Mais publier en anglais bride l'imagination, l'appel à l'innovation et à l'intuition, empêche toute digression porteuse d'idées nouvelles, interdit les raisonnements spéculatifs potentiellement porteurs de nouveaux concepts, conduit à simplifier et à priver de ses nuances les plus fines le mode de raisonnement. L'auteur a connu ce dilemme lorsqu'il s'est agi de proposer pour la kinésithérapie un nouveau paradigme abordant le traitement spécifique des atteintes du poumon profond, sur la base d'indices scientifiques peu nombreux et dispersés, mais convergents. Le choix s'est porté sur une revue francophone car cet article spéculatif qui n'avait aucune chance de se voir publié en langue anglaise qui aurait privé le travail de ses nuances et n'eût tout simplement pas été accepté. Sauf à être reconnu par le comité éditorial de la revue comme un auteur référent... Mais «la science se fait comme elle se parle» (Claude Hagège).

Un autre exemple concerne une espèce de conservatisme anglo-saxon en matière de kinésithérapie : la persistance au recours à des techniques obsolètes comme la cCPT, le clapping, le drainage postural. L'hégémonie de la langue anglaise et l'accès plus facile par proximité des physiothérapeutes anglais avec leur revue nationale, a permis cette situation ; alors que les auteurs francophones, maîtrisant mal la langue anglaise ou, à leur tort, produisant peu d'études, avaient depuis de nombreuses années (1970) épinglé le caractère obsolète de cette méthode qui fait encore aujourd'hui cependant l'objet de publications.

L'auteur n'a pas ici l'intention de mener ou de participer à un combat, mais on observe qu'un mouvement se dessine dans le sens inverse de celui que l'on croit inéluctable de l'anglais comme moyen de communication scientifique universel. Dans le cadre de la mondialisation, la résistance des grandes nations à une forme de normalisation mentale et sociétale se fait jour. Il faut se rappeler que les plus grandes découvertes en physique, mathématique, chimie, biologie, médecine ont été publiées en langue allemande, française et russe, cette pluralité culturelle ne peut qu'encourager la créativité au profit de l'avancée des sciences et rien n'est jamais figé. A ce titre, soulignons l'impérieuse nécessité pour la pneumologie francophone, qu'un journal comme la Revue des Maladies Respiratoires croisse encore en audience. Des milliers de pneumologues, de pédiatres, de médecins généralistes et de kinésithérapeutes francophones y découvrent en continu un corpus de connaissances d'une grande richesse présenté avec la rigueur mais aussi avec les nuances que la langue française autorise. Il ne s'agit pas de se placer en concurrence, mais de faire valoir sa propre identité culturelle.

### 4. Conclusion

La médecine factuelle est un outil utile à la pratique, car il est porteur d'un message de rigueur et en aucun cas ce ne doit être un critère d'évaluation, de vérité. L'application à une décision clinique des résultats de la médecine factuelle requiert des preuves d'efficacité (issues des essais cliniques) et d'application au patient (issues d'observations). Un essai clinique est plus valable quand l'hétérogénéité de la population est faible. Mais chaque patient est unique. Quoique un certain degré de généralisation soit nécessaire, l'application des preuves pose donc problème en ce qu'elles sont incomplètes et ne reflètent pas le cas du patient.

sciences

La résultante apparaît donc comme la subtile association d'une application pure et dure de l'EBM avec une approche personnalisée où l'expérience clinique du médecin influence la décision. Mais la médecine - kinésithérapie est une science appliquée... avec art. Dans son projet, la médecine précède la science dont elle emprunte et conserve la rigueur. Si elle a importé les statistiques, elle l'a fait pour son usage et en conservant la rigueur des statistiques.

De Sackett lui-même, promoteur de l'EBM, nous lisons : «External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise, and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision. Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough. Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannized by evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient. Without current best evidence, practice risks becoming rapidly out of date, to the detriment of patients».

Notre propos vise ici à rassurer les praticiens de terrain, ceux qui n'ont pas directement accès à la science, aux lectures, n'en ont pas le temps ou ne savent comment interpréter les résultats qu'ils peuvent aussi recevoir comme des diktats auxquels bien souvent ils ne comprennent pas grand-chose. Il convient de leur dire que l'EBM n'est pas l'évangile, quel leur expérience clinique leur savoir-faire est aussi de l'EBM, rendant ainsi à la clinique son immense valeur sur laquelle s'est fondée la médecine depuis Hippocrate.

Heureusement, la plupart des «états de la question» et autres revues ou synthèse prennent presque systématiquement la précaution de conclure par un truisme de cette manière : «further researches are needed. . .», et à juste titre car la science est en mouvement, elle est éminemment évolutive et rarement définitive. Le darwinisme et la théorie de la relativité ne semblent cependant plus remises en cause.

Tout comme la médecine, la kinésithérapie est une science que l'on pratique avec art. Un bon kinésithérapeute se doit, avant d'être un bon technicien, d'être un bon clinicien et absence de preuve ne signifie pas absence d'efficacité.



## Bibliographie :

- Savard G. La médecine factuelle : entre la vérité et les dogmes. Mémoire de maîtrise de sciences biologiques et médicales. Université Paris-Descartes (Paris V). 2002.
- Evidence-based medicine working group ; Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992 ; 268 (17) : 2420-5.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine - How to practice and teach EBM. New York : Churchill Livingstone, 1997.
- Sackett D., Rosenberg W., Gray M., Haynes B., Richardson S. Evidence-based medicine : what it is and what it isn't . BMJ, 1996 ; 312 : 71-72.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine - How to practice and teach EBM. New York : Churchill Livingstone, 2000.
- Altman DG, Schulz KF, Moher D, Egger M, Davidoff F, Elbourne D. et al The revised CONSORT statement for reporting randomized trials : explanation and elaboration. Ann Intern Med 200 ; 134 : 663-694.
- Perrier A. L'essai randomisé contrôlé : un guide de lecture. Rev Mal Respir 2002 19 : 505-514.
- Cucherat M. Méta-analyse des essais thérapeutiques. Ed Masson.
- Karl Popper. La connaissance objective. Aubier 1991. p. 578.
- Hoppin GH. Comment je critique un article scientifique original. Rev Mal Respir 2003 ; 20 : 671-678.
- Moyenne, médiane, et leurs indices de dispersion : quand les utiliser et comment les présenter dans un article scientifique ? Rev Mal Respir 2003 ; 20 : 421-424.
- Mériot C. Que veut dire «statistiquement significatif» ? Rev Mal Respir 2003 ; 20 : 425-427.
- Holmes D, Murray SJ, Perron A, Rail G. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences : truth, power and fascism. Int J Evid Based Health 2006 ; 4 : 180-186.
- Vaillancourt M. Recherche qualitative. Stratégies et méthodes d'analyse. Cah Kinésithér 1998 ; 2 : 22-46.
- Volsko TA. Airway clearance therapy : finding the evidence. Respir Care 2013 ; 58 (10) : 1669-1678.
- Gay B., «Le patient dans la décision médicale» (2002), p. 1.
- Rosenberg W., Donald A., «Evidence based medicine : an approach to clinical problem-solving»,(1995), p. 1122.
- Volsko TA. Airway clearance therapy : finding the evidence. Respir Care 2013 ; 58(10) : 1669-1678.
- Hagège Claude. Contre la pensée unique. Éd. Odile Jacob 2012 ; p. 245.
- Dessange JF. Robert Tiffenau (1910-1961). Hommage à l'occasion de son centenaire. Info Respiration 2010 ; 100.
- Yernault JC. The birth and development of the forced expiratory maneuver : a tribute to Robert Tiffenau (1910-1961). Eur Respir J 1997 ; 10 : 2714-2710.
- Derenne JP, Zelter M. A qui revient la primeur de la description de la spiromètre «clinique» ? Rev Mal Respir 2002 ; 19 : 385-386.
- Bourdieu P. 2001, intervention dans le débat «quelles langues pour une Europe démocratique», Raisons pratiques n°2, La République des langues. (cité par Hagège réf. . .).
- Postiaux G. Kinésithérapie du poumon profond, Bases mécaniques d'un nouveau paradigme. Rev Mal Respir 2014.
- Sackett D, Straus S., Richardson S., Rosenberg W. et Haynes B. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM (2000), p. 4.