

Faut-il des preuves pour nourrir ?

Do we need evidence for feeding?

E. Lerebours

Reçu le 2 mai 2011 ; accepté le 3 mai 2011
© SRLF et Springer-Verlag France 2011

Résumé Se poser la question, « faut-il des preuves pour nourrir ? », revient à aborder plusieurs problématiques intimement liées dans la pratique quotidienne : quelle est la nature de la preuve en médecine ? Quelles sont les spécificités de la preuve en nutrition clinique ? La gestion de la preuve et de l'incertitude et ses implications éthiques. La recherche de la preuve en médecine est un problème très ancien qui a connu un regain d'intérêt important dans les années 1980 avec le développement de l'*evidence-based medicine* (EBM) et la place majeure, voire excessive, faite aux résultats des essais contrôlés randomisés. En dehors de quelques situations cliniques particulières et peu nombreuses, les niveaux de preuve en nutrition clinique sont faibles. Deux exemples permettent d'illustrer cette situation et d'en comprendre les raisons : le contrôle glycémique en réanimation et la nutrition entérale (NE) précoce chez le malade agressé. Les discordances entre les études peuvent s'expliquer par des différences méthodologiques, mais de manière plus profonde, elles démontrent que, contrairement à ce qu'avaient imaginé les promoteurs de l'EBM, la preuve a deux composantes, une composante factuelle et une composante contextuelle. Les faits ne naissent pas seuls, un fait scientifique ne peut pas être isolé de son contexte de production. Se poser la question « faut-il des preuves pour nourrir ? » renvoie enfin aux spécificités de la nutrition par rapport aux autres prises en charge. La nutrition n'est pas dans l'imaginaire collectif un soin courant, car la privation de nourriture est associée à la mort. L'instauration, la poursuite ou l'arrêt de la nutrition dans les situations de fin de vie doivent donc reposer sur une réflexion éthique. En conclusion, le médecin n'est pas confronté à l'application plus ou moins automatique de « l'évidence », mais à la gestion de l'incertitude et à la résolution des questions éthiques. **Pour citer cette revue : Réanimation 20 (2011).**

Mots clés Nutrition · Agression · Éthique · Médecine par les preuves

Abstract Asking the question “do we need evidence for feeding?” raises several concerns that are closely linked in clinical practice. What is the nature of the evidence in medicine? What are the specificities of the evidence in clinical nutrition, management of the evidence and of the uncertainty, as well as ethical implications? Searching for the evidence is an old issue that became more relevant in the eighties with the development of the evidence-based medicine (EBM) theory and the increasing importance of randomised controlled trials. Except some specific clinical situations, the level of proof is often weak in clinical nutrition. Two examples illustrate this situation: the glycemic control and the early enteral nutrition in critically ill patients. Some methodological issues may explain the discrepancies between the studies, but more deeply, these discrepancies demonstrate that, in opposition with the view of EBM promoters, the proof has always two components: a factual and a contextual one. Facts do not occur alone, a scientific fact cannot be isolated from its emerging context. Asking the question “do we need evidence for feeding?” refers to the specificities of clinical nutrition in comparison with other treatments. Nutrition is not only a “cure” but also a “care” with all its complexity. Stopping nutrition is associated with death. To initiate, continue or stop nutritional support should be associated with an ethical approach. In summary, in clinical practice, physicians are not facing an automatic application of the evidence but have to deal with uncertainty and manage ethical issues. **To cite this journal: Réanimation 20 (2011).**

Keywords Nutrition · Critical care · Ethics · Evidence-based medicine

Introduction

Se poser la question, « faut-il des preuves pour nourrir ? », revient à aborder plusieurs problématiques intimement liées dans la pratique clinique quotidienne : quelle est la nature de

E. Lerebours (✉)

Service d'hépatogastroentérologie et nutrition,
hôpital Charles-Nicolle, Rouen University Hospital,
F-76031 Rouen cedex, France
e-mail : eric.lerebours@chu-rouen.fr

la preuve en médecine ? Quelles sont les spécificités de la preuve en nutrition clinique ? La gestion de la preuve et de l'incertitude et ses implications éthiques. Dans cet article, la nutrition sera limitée au support nutritionnel des malades dénutris ou à risque de dénutrition, sans aborder l'alimentation en général et notamment, la prise en charge curative ou préventive de la malnutrition dans les pays en voie de développement.

La preuve en médecine et en nutrition

La recherche de la preuve en médecine et en nutrition n'est pas un phénomène nouveau. L'un des exemples les plus démonstratifs est le récit publié en 1753 par James Lind dans son *Treatise of the scurvy* (Fig. 1). « Le 20 mai 1747, je pris sur le vaisseau du roi, le *Salisbury*, 12 malades atteints du scorbut. Je choisis ceux dont les symptômes étaient les plus semblables..., on les mit tous ensemble... on leur donna la même nourriture. Ces patients furent répartis en six groupes de deux recevant respectivement pendant 15 jours : un quart de cidre ou 75 clous d'élixir de vitriol ou six cuillères de vinaigre ou de l'eau de mer ou deux oran-

ges et un citron ou trois fois par jour, la grosseur d'une noix de muscade d'un électuaire, recommandée par un chirurgien d'hôpital... ». Ce furent, bien sûr, les consommateurs d'agrumes qui furent améliorés apportant la preuve du rôle de la carence en fruits frais dans la genèse du scorbut.

Depuis plus de deux siècles, des progrès considérables ont été réalisés dans l'obtention et l'utilisation de la preuve en médecine, mais c'est au début des années 1990 que se développa une approche plus systématique et formalisée de l'utilisation de la preuve en médecine avec l'émergence du concept d'*evidence-based medicine* (EBM), encore appelée médecine basée sur les preuves ou médecine factuelle [1]. L'EBM se définit comme « l'utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données, preuves actuelles de la recherche pour la prise en charge personnalisée de chaque patient ». L'objectif de l'EBM est d'améliorer la prise en charge des patients en diminuant la part de l'expérience clinique individuelle dans la décision, c'est-à-dire la part subjective et arbitraire de la décision médicale. L'EBM repose sur un nouveau paradigme, « les données issues de la recherche constituent la meilleure base pour la décision médicale, à la fois dans les soins à la personne et l'organisation d'un système de santé ». L'évidence expérimentale étant par principe supérieure à toutes les autres preuves, le médecin doit privilégier l'examen critique des résultats issus de la recherche clinique. Le concept initial de l'EBM, très orienté vers la pédagogie, a fait l'objet rapidement de nombreuses critiques sur le caractère trop strict et les dangers potentiels de l'utilisation des preuves scientifiques [2,3]. Sacket et al. ont fait évoluer le concept de médecine factuelle en intégrant, au sein d'un tryptique, la preuve, l'expertise du médecin et les valeurs ou préférences du malade [4]. Malgré cette évolution, plus conforme à la pratique quotidienne de la médecine clinique, le concept d'EBM est resté depuis très lié à la suprématie de la vérité scientifique dans la démarche médicale.

Dans l'esprit des promoteurs de l'EBM, seules les études contrôlées randomisées (ECR) et les méta-analyses étaient susceptibles de fournir des preuves de niveau élevé. Toutes les autres sources d'informations étaient considérées de niveau secondaire, ce qui a conduit certains à parler de l'impérialisme des ECR. Les résultats des ECR peuvent eux-mêmes être hiérarchisés selon des grilles d'analyse formalisées, comme celles utilisées par la Cochrane Library et reprises en France dans les recommandations de la Haute Autorité de la santé (HAS) et les Standards Options Recommandations (SOR) des centres de recherche et de lutte contre le cancer (CRLCC).

Il n'est pas question de remettre en cause l'apport méthodologique considérable des ECR dans la pratique médicale moderne, mais avant d'envisager l'utilisation des résultats des ECR et de l'EBM en nutrition clinique, il est important de rappeler que les ECR comportent de nombreux biais et limites tenant :

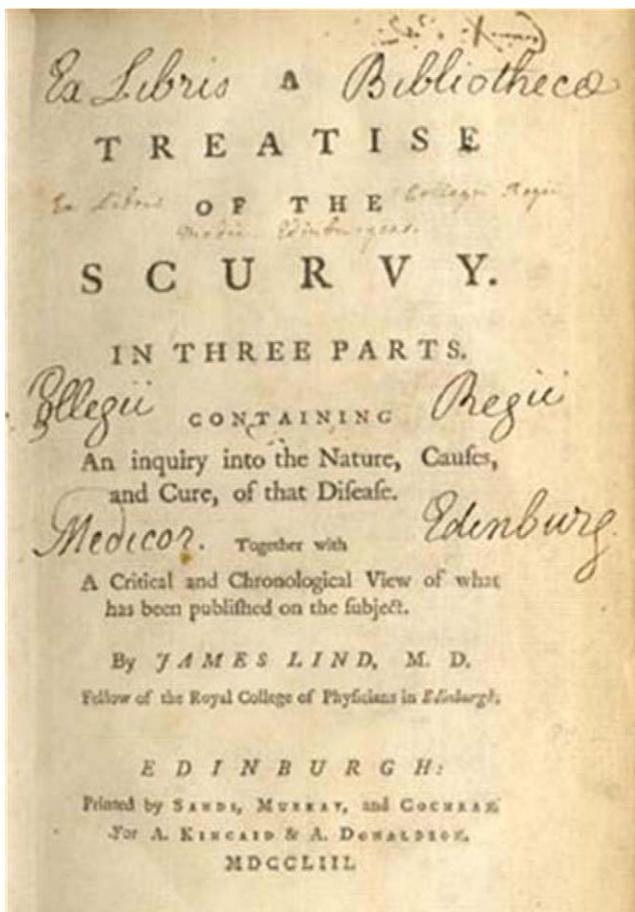


Fig. 1 *Treatise of the scurvy* de James Lind

- aux malades étudiés qui, du fait de critères d'inclusion et d'exclusion stricts, ne sont plus représentatifs des patients auxquels les résultats seront ultérieurement appliqués. Le malade que le praticien doit prendre en charge ne peut jamais être assimilé au malade « moyen » d'un ECR ;
- aux critères de jugement utilisés dont le choix est parfois dicté par le souhait d'obtenir plus facilement une différence significative par rapport au groupe témoin sans que le critère retenu ait une réelle pertinence clinique. Pour des raisons de faisabilité, les ECR sont basés sur des critères de jugement sur le court terme. On peut s'interroger sur la signification de l'amélioration d'un paramètre donné à trois ou six mois pour une maladie chronique, dont l'histoire va se dérouler sur l'ensemble de la vie du malade ;
- à la non-publication fréquente, pour ne pas dire systématique, des essais négatifs. Une méta-analyse, qui ignore les résultats négatifs, n'aura comme seul résultat que l'évaluation de l'ampleur d'une différence qui n'existe peut-être pas en pratique dans la « vraie vie ».

De nombreux travaux méthodologiques ont mis à mal la suprématie des ECR au cours des dernières années [5]. Le Lorier et al., dans une étude parue dans le *New England Journal of Medicine* en 1997, avaient montré que des ECR de grande taille avaient des résultats différents de ceux des méta-analyses antérieures sur le même sujet [6]. Sur 19 études concernant une thématique ayant fait l'objet de méta-analyses antérieures « positives », seules 13 ECR retrouvaient des résultats positifs et inversement, sur 21 études portant sur des thématiques ayant fait l'objet de méta-analyses « négatives », sept ECR ultérieures ont mis en évidence des résultats « positifs ». Dans un article au titre provocateur, *Truth survival in clinical research: an evidence requiem?*, Poynard et al. ont montré que « la durée de vie » des résultats des méta-analyses n'était pas supérieure à celle des essais non contrôlés ou des études observationnelles [7]. Dans le domaine de l'hépatologie, la probabilité que les conclusions d'une méta-analyse ne soient pas devenues fausses ou obsolètes avec un recul de 20 ans était de 56 % alors qu'elle était de 87 % pour les études non contrôlées ou observationnelles. Par ailleurs, des travaux ont montré que les résultats des études observationnelles étaient souvent bien corrélés avec les résultats des ECR portant sur le même sujet, ce qui suggère que ces travaux, jugés de moindre valeur, pourraient constituer une source d'information complémentaire utile dans la décision médicale [8]. L'exemple, le plus fréquemment cité pour montrer les limites de l'EBM et l'intérêt des études observationnelles, est l'article provocateur du *British Medical Journal* sur l'absence de démonstration par une étude contrôlée de l'efficacité du parachute en cas de « challenge gravitationnel », lié à la chute d'un avion... ! [9].

Les nombreux adversaires de l'EBM n'ont pas manqué de souligner que, de manière paradoxale, la preuve de l'effica-

cité ou la supériorité de l'EBM sur les autres pratiques médicales n'avait jamais été « *evidence-based...* » [10].

Spécificités de la preuve en nutrition clinique

La recherche de la preuve en nutrition clinique n'est pas une problématique récente comme le montre l'étude de Lind sur le scorbut au XVIII^e siècle ; mais il est certain que le travail de Lind ne passerait pas aujourd'hui la barre de l'Editorial Board du moindre journal de nutrition, du fait de ses nombreux biais méthodologiques : faible effectif, faible puissance, absence d'aveugle... Et pourtant, plus de deux siècles plus tard, ses conclusions restent valides ! Les domaines où la preuve de l'efficacité d'un support nutritionnel n'est pas discutée sont peu nombreux. Aucun clinicien ne discute par exemple l'indication d'une nutrition parentérale chez un malade avec un syndrome de grêle court de type 1, avec moins de 50 cm de jéjunum restant ou celle d'une nutrition préopératoire chez un malade sévèrement dénutri devant être opéré d'une chirurgie digestive majeure. En revanche, dans la majorité des situations cliniques, le niveau de preuve de l'efficacité du support nutritionnel est faible : nutrition et agression, nutrition et cancer, nutrition et fin de vie, nutrition et démence...

Plusieurs facteurs expliquent ce faible niveau de preuve en nutrition clinique :

- l'état nutritionnel ou la dénutrition ne sont le plus souvent que des cofacteurs parmi d'autres dans une pathologie complexe. L'anorexie mentale est la seule maladie dans laquelle la carence d'apport joue un rôle exclusif ou au moins largement prédominant dans la genèse des troubles somatiques ;
- dans l'immense majorité des situations complexes auxquelles le clinicien est confronté, un support nutritionnel n'est habituellement pas susceptible de modifier, à lui seul, le pronostic du malade ni d'influencer un critère de jugement majeur comme la mortalité ;
- le choix des critères de jugement dans les essais thérapeutiques en nutrition clinique est une autre difficulté. Les critères les plus robustes comme la mortalité ou l'incidence des complications infectieuses sévères sont rarement modifiés par la nutrition pour les raisons évoquées ci-dessus. La modification de critères biologiques, comme le taux d'albumine ou de préalbumine, est plus sensible à la nutrition ; mais la pertinence clinique de ces marqueurs, en l'absence de modification de la mortalité et de la morbidité, n'est habituellement pas suffisante pour justifier la prescription d'un support nutritionnel.

Deux exemples, le contrôle glycémique en réanimation et la nutrition entérale (NE) chez le malade agressé, permettent d'illustrer les limites de l'EBM et des ECR dans le domaine du métabolisme et de la nutrition.

L'intérêt d'un contrôle glycémique strict en réanimation a été suggéré en 2001 par l'étude de Van den Bergh et al. publiée dans le *New England Journal of Medicine* [11]. Dans cette étude portant sur 1 548 malades de réanimation, un protocole d'insulinothérapie strict pour maintenir la glycémie entre 80 et 110 mg/dl était associé à une réduction de la mortalité en USI (4,6 vs 8 % dans le groupe témoin). Depuis cette étude princeps, de nombreuses études complémentaires et méta-analyses ont été consacrées au contrôle glycémique en réanimation avec des résultats malheureusement discordants [12]. Dans l'étude NICE-SUGAR, publiée également dans le *New England Journal of Medicine* en 2009 [13], les résultats étaient strictement opposés à ceux de l'étude de Van den Bergh et al., puisque les malades du groupe « contrôle glycémique » avaient une mortalité plus élevée (27,5 %) par rapport à celle du groupe témoin (24,9 %). Ces discordances entre études de très bonne qualité méthodologique ont fait l'objet de multiples éditoriaux et commentaires [12]. De nombreux facteurs ont été invoqués pour expliquer les divergences observées, tenant à la typologie des malades inclus, au protocole d'insulinothérapie, à la prise en charge globale des malades. Aujourd'hui, la « preuve » de l'efficacité et de l'intérêt d'un contrôle glycémique strict en réanimation n'est toujours pas apportée.

L'efficacité de la NE précoce en réanimation est un deuxième exemple de la difficulté à apporter la « preuve » dans le domaine de la nutrition. Bien que le rationnel scientifique soit solide et les données expérimentales chez l'animal convaincantes, les multiples ECR et méta-analyses sur la NE précoce chez le malade agressé ont fourni des résultats différents, voire opposés [13–17]. Comme pour les études sur le contrôle glycémique, de multiples facteurs peuvent expliquer ces discordances : caractéristiques des patients étudiés, sévérité des malades de réanimation, précocité du début de la NE, types de mélanges nutritifs administrés, critères de jugement utilisés [18,19].

Au-delà de ces résultats divergents, il est important de réfléchir à ce que nous enseignent les polémiques sur le contrôle glycémique et la NE précoce en termes de pratique médicale. En médecine, la preuve a deux facettes, une dimension factuelle et une dimension contextuelle. Contrairement à ce qu'avaient énoncé ou espéré les promoteurs de l'EBM, soucieux de s'affranchir de toute subjectivité, un résultat a toujours une dimension contextuelle. Les faits ne naissent pas seuls, un fait scientifique ne peut pas être isolé de son contexte de production. Un résultat n'est pas indépendant des conditions dans lesquelles l'étude a été menée : modalités de prise en charge du malade, expérience de l'équipe soignante, conditions d'application du protocole, appréciation par le médecin et l'équipe soignante de l'état du malade et de l'utilisation des critères de jugement de l'étude. La méthodologie la plus rigoureuse ne peut pas supprimer la dimension contextuelle de la preuve. Si tel n'était

pas le cas, une seule étude bien menée deviendrait ipso facto LA référence, LA vérité.

Il existe également des limites conceptuelles à l'utilisation des résultats des ECR et des méta-analyses en pratique clinique [20]. Ces limites ne sont pas propres au champ de la nutrition clinique en réanimation mais sont d'autant plus importantes à prendre en compte que la situation pathologique est généralement complexe dans le contexte de la réanimation. Les ECR se rapportent à des groupes de malades, et l'analyse des résultats est le plus souvent quantitative, passant par la moyenne. Or, en pratique clinique, il n'y a pas de malades « moyens », mais une multitude de malades différents. Il est important de se rappeler et, plus encore, de faire comprendre au malade et à son entourage qu'il n'y a pas de résultat « moyen » pour un malade donné. Pour un individu, un traitement n'est pas efficace à 62 %, il est actif ou ne l'est pas. Il en est de même pour la survenue de complications infectieuses dans 45 % des cas : le malade aura ou n'aura pas une complication infectieuse. Même si la « moyenne » peut fournir une indication intéressante, pour le malade pris en charge, les deux seuls chiffres à considérer sont donc 0 ou 100 %. Globalement, les ECR sont plus aptes à indiquer l'efficacité d'un traitement que la personne qui doit en bénéficier [5]. Le « meilleur » traitement pour un groupe de malades n'est pas obligatoirement le « meilleur » traitement pour un malade donné.

Les difficultés méthodologiques liées à la nutrition clinique expliquent que le niveau de preuve global des recommandations soit faible [19,21]. Les recommandations de l'*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism* (ESPEN) de 2009 sur la nutrition parentérale sont de grade A dans 15,8 % des cas, de grade B dans 28,2 % et de grade C dans 56 % [22]. Ces chiffres sont, malheureusement, peu différents de ceux publiés par l'*American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN) en 1993, respectivement, 16, 29 et 56 % [23]. En l'absence de consensus sur le contrôle glycémique, il a été difficile aux sociétés savantes d'établir des recommandations précises : « il faut *probablement* éviter l'hyperglycémie supérieure à 10 mmol chez les adultes de réanimation [24]. Il faut *probablement* exercer un contrôle du niveau glycémique sans pouvoir préciser la valeur supérieure acceptable. En réanimation, il faut *probablement* éviter les variations glycémiques trop importantes... ! ». En nutrition clinique, les preuves sont donc limitées, et le médecin n'est pas confronté à l'application de « l'évidence », mais à la gestion de l'incertitude, ce qui amène fréquemment à se poser des questions éthiques.

Implications éthiques et gestion de l'incertitude en nutrition clinique

Se poser la question « faut-il des preuves pour nourrir ? » renvoie inéluctablement aux spécificités de la nutrition par

rapport aux autres prises en charge du patient. La nutrition n'est pas dans l'imaginaire collectif un soin courant. Cette spécificité est bien exprimée dans la littérature anglo-saxonne par la distinction entre le *care* et le *cure*. La nutrition est généralement plus assimilée à un soin, le *care* qu'à un traitement le *cure*. Notre besoin de nourriture persiste quel que soit notre état de santé. Manger est associé au bien-être et à la convivialité. La privation de l'alimentation a une valeur symbolique forte et une portée émotionnelle évidente pour le malade et ses proches : « manger c'est continuer à vivre », « arrêter d'être nourri, c'est mourir ». Cette valeur symbolique forte a deux conséquences pratiques importantes pour répondre à la question « Faut-il des preuves pour nourrir ? ». La première concerne les difficultés à mener des ECR dans le domaine du support nutritionnel. Il est, en effet, très difficilement admis par le malade et son entourage de comparer un apport nutritionnel à l'absence de support nutritionnel qui est vécue comme une perte de chance de manière beaucoup plus immédiate et prégnante que l'absence de traitement efficace dans une étude thérapeutique classique, comparant un médicament actif à un placebo. Dans les essais thérapeutiques classiques, le malade inclus dans le bras placebo n'aura pas l'impression d'être privé d'un élément essentiel à sa survie, mais plus simplement de ne pas recevoir un produit « étranger » potentiellement efficace mais aussi non dénué d'effets secondaires. Il est en revanche anormal et dangereux de ne pas recevoir un apport nutritionnel adapté. Cette réticence à mener des ECR contre placebo en nutrition est un des facteurs qui peut expliquer le faible niveau de preuve en nutrition clinique.

La seconde conséquence de la valeur symbolique forte de l'alimentation concerne l'instauration, la poursuite ou l'arrêt de la nutrition dans les situations de fin de vie. Certaines affaires ont défrayé la chronique et touché le grand public que ce soit le cas de Terry Schiavo aux États-Unis ou celui plus récent de Hervé Pierra en France. Dans ces situations extrêmes, la question « faut-il des preuves pour nourrir ? » se transforme en « peut-on arrêter de nourrir ? ». De manière très schématique, deux positions s'affrontent, les uns considèrent que nourrir un malade en fin de vie ou à une phase avancée d'une infection grave et incurable est de l'acharnement thérapeutique, alors que d'autres considèrent qu'arrêter la nutrition équivaut à un acte d'euthanasie. La loi Léonetti de 2005 a représenté une étape marquante dans ce dossier délicat. La loi Léonetti concerne la « période de fin de vie », c'est-à-dire les personnes en « phase avancée ou terminale d'une infection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause », état végétatif chronique, sclérose latérale amyotrophique... La loi précise que le patient « qui est en fin de vie a la liberté de refuser n'importe quel traitement ». L'apport majeur de la loi Léonetti est l'assimilation par le législateur de l'alimentation artificielle à un traitement. L'exposé des motifs de la loi précise en effet très clairement que les limi-

tations et arrêts de traitements « s'appliquent à tout traitement, quel qu'il soit, y compris l'alimentation artificielle ». Il est donc possible en France d'arrêter une nutrition artificielle lorsque le personnel soignant considère, sur la base du principe éthique de proportionnalité, que nourrir le malade ou continuer à le nourrir représente un soin disproportionné. Dans un article paru dans le journal *La Croix*, le 7 avril 2008, Jean Léonetti s'interrogeait : « *maintenir durant plusieurs années une nutrition artificielle chez une personne en état végétatif prolongé, est-ce un traitement disproportionné ? À mon sens, oui... Dans ces situations, il faut admettre que c'est la vie du malade qui paraît disproportionnée* ». Néanmoins, en pratique quotidienne, le cadre légal de la loi ne règle pas pour autant les repères éthiques. Mallet et al. ont parfaitement résumé les réponses éthiques concernant l'initiation, la poursuite ou l'arrêt d'une nutrition artificielle [25]. Certains éléments paraissent importants à prendre en considération dans les situations d'incertitude sur la détermination du bien, du non souhaitable, voire du délétère. Les auteurs individualisent plusieurs processus importants pour faire face à ces situations :

- la création d'un espace de délibération permettant à chacun de s'exprimer dans une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle de la personne malade et de son entourage. La réflexion doit envisager notamment l'objectif réel recherché par l'initiation d'un support nutritionnel ou inversement, les conséquences d'un éventuel arrêt ou limitation de l'apport nutritionnel. Il faut cependant souligner que la décision demeure de la seule responsabilité médicale ;
- l'approche globale de la personne malade. Quelle que soit l'étendue du savoir ou du pouvoir de la médecine, une interrogation demeure sur le bien-fondé de l'acte médical ;
- un travail sur la représentation et la signification associées à l'alimentation et à la nutrition. Nous avons vu que la nutrition a une valeur symbolique très forte mais qui varie d'une personne à l'autre. Il importe de préciser quelle est la représentation de l'alimentation pour la personne soignée et son entourage afin de pouvoir l'aider au mieux ;
- la promotion, dans la mesure du possible, de l'autodétermination du patient.

La pratique médicale consiste très souvent dans les situations difficiles à résoudre les tensions entre un niveau de preuve parfois faible, l'expertise ou l'expérience du praticien et les préférences ou valeurs du malade. Certains voudraient opposer une médecine de soins à une médecine de la recherche, une médecine du juste et du bien à une médecine du vrai. Le juste et le bien renvoient à l'expertise clinique et au malade alors que le vrai privilégie le corps, la maladie, les symptômes, la recherche clinique, les sciences, le médicament. Cette distinction très schématique et donc caricaturale amène à considérer, voire à opposer deux types d'approche

de la médecine, celle du praticien et celle de l'académicien. Le praticien privilégie le malade, la relation médecin/malade, l'expertise clinique alors que l'académicien a une approche plus orientée vers la maladie, la recherche clinique, la preuve, la conformité scientifique, c'est la démarche de l'EBM. Cette opposition, qui peut paraître artificielle, nous renvoie néanmoins à nos pratiques quotidiennes. C'est l'opposition entre d'un côté l'activité de consultation du praticien face au malade et sa famille et de l'autre, la discussion du dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) dans laquelle le malade est physiquement absent et seuls sont considérés et pris en compte la maladie, les symptômes, les résultats des examens complémentaires. Il n'est pas question de remettre en cause les progrès majeurs apportés par cette approche pluridisciplinaire de la médecine pour fournir au malade les soins les plus conformes aux données de la science, en accord avec les recommandations et les *guidelines* validés. Il ne faut cependant pas sous-estimer les limites et les dangers d'une médecine déshumanisée dans laquelle le malade n'est plus physiquement présent. C'est d'ailleurs en grande partie pour faire face à cette dérive potentielle et en limiter les effets néfastes qu'ont été développés les « dispositifs d'annonce » associant médecin, infirmier, psychologue pour essayer de réintégrer le malade au centre de sa prise en charge. On peut toutefois regretter que le malade ne soit pas plus associé au processus de décision de la RCP.

Face à ces tensions et ces dérives potentielles, le médecin doit faire preuve d'humilité : humilité à l'égard de la recherche clinique, le vrai n'est que probable et transitoire, et humilité à l'égard de l'expérience clinique. La médecine factuelle n'est pas une entrave à ce qui est juste, car l'expertise clinique individuelle détermine la mise en application ou non des recommandations issues de la recherche clinique dans la prise en charge d'un malade particulier.

En conclusion, il est vain d'espérer que la médecine puisse être la simple application de « preuves » issues de la recherche médicale. La médecine reste un art qui doit concilier la démarche éthique et la démarche scientifique dans une gestion exigeante de l'incertitude. « *Il faut passer de la conquête si dure des certitudes à la connivence encore plus dure avec l'incertitude* ». Edgar Morin. Pour sortir du xx^e siècle.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

- Evidence-based working group (1992) Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 268:2420-5
- Cohen AM, Stavri PZ, Hersh WR (2004) A categorization and analysis of the criticisms of evidence-based medicine. *Int J Med Inform* 73:35-43
- Kerridge I (2010) Ethics and EBM: acknowledging bias, accepting difference and embracing politics. *J Eval Clin Pract* 16:365-73
- Sackett D, Rosenberg W, Gray M, et al (1996) Evidence-based medicine: what is it and what isn't. *BMJ* 312:71-2
- Grapow MTR, von Wattenwyl R, Guller U, et al (2006) Randomized controlled trials do not reflect reality: real-world analyses are critical for treatment guidelines! *J Thorac Cardiovasc Surg* 132:5-7
- Le Lorier J, Gregoire G, Benhaddad A, et al (1997) Discrepancies between meta-analyses and subsequent large randomized, controlled trials. *N Engl J Med* 337:536-4
- Poynard T, Munteanu M, Ratzu V, et al (2002) Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem? *Ann Intern Med* 136:888-935
- Ioannidis JPA, Haidich AB, Pappa M, et al (2001) Comparison of evidence of treatment effects in randomized and nonrandomized studies. *JAMA* 28:821-30
- Smith GC, Pell JP (2003) Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 327:1459-61
- Karanicolas PJ, Kunz R, Guyatt GH (2008) Point: evidence-based medicine has a sound scientific base. *Chest* 133:1067-77
- Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, et al (2001) Intensive insulin therapy in critically ill patients *N Engl J Med* 345:1359-67
- Inzucchi SE, Siegel MD (2009) Glucose control in the ICU—How tight is too tight? *N Engl J Med* 360:1346-9
- The NICE-SUGAR study investigators (2009) Intensive vs conventional glucose control in critically ill patients. *N Engl J Med* 360:1283-97
- Thuong M, Leteurtre S (2003) Recommandations des experts de la Société de réanimation de langue française. Nutrition entérale en réanimation. *Réanimation* 12:350-4
- Koretz RL (2007) Do data support nutrition support? Part I: intravenous nutrition. *J Am Diet Assoc* 107:988-96
- Koretz RL (2007) Do data support nutrition support? Part II. Enteral artificial nutrition. *J Am Diet Assoc* 107:1374-80
- Marik PE, Zaloga GP (2001) Early enteral nutrition in the acutely ill patients: a systematic review. *Crit Care Med* 29:2264-70
- Guivarch A (2009) Mise en œuvre de la nutrition entérale précoce en réanimation : pourquoi et à quel prix ? *Nutr Clin Metabol* 23:198-205
- Preiser JC, Chioléro R, Raynard B (2009) Une nutrition controversée en réanimation. La parole est à la défense. *Nutr Clin Metabol* 23:183-4
- Grol R, Grimshaw J (2003) From best evidence to best practice: effective implementation of change in patient care. *Lancet* 362:1225-30
- Kreymann KG, Berger MM, Deutz NE, et al (2006) ESPEN Guidelines on enteral nutrition: intensive care. *Clinical Nutrition* 25:210-23
- Bozetti F, Forbes A (2009) The ESPEN clinical practice guidelines on parenteral nutrition: present status and perspective for the future. *Clin Nutr* 28:359-64
- ASPEN Board of directors (1993) Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. *J Parent Ent Nutr* 17 suppl: 1SA-52SA
- Ichai C (2009) Recommandations francophones pour le contrôle glycémique en réanimation (patients diabétiques et pédiatrie exclus). *Nutr Clin Metabol* 23:245-57
- Mallet D, Duchêne V, Hirsch G, et al (2010) Nutrition artificielle : initier, poursuivre, arrêter. Repères éthiques. *Nutr Clin Metabol* 24:89-144