L'*Evidence-based Medicine* éprouvée en temps de pandémie : Comment garder une pratique basée sur la science ?

Carley S, Horner D, Body R, Mackway-Jones K. ***Evidence-based medicine and COVID-19: what to believe and when to change****. Emerg Med J. 2020;emermed-2020-210098.* doi:10.1136/emermed-2020-210098 PMID: 32651176

Cet article rédigé par une équipe de chercheurs anglais aborde un problème criant depuis le début de la pandémie : soit la chute libre de la qualité des données publiées sur tous les aspects du ce nouveau virus, le SARS-CoV2. En effet, autant il n'y a jamais eu un tel nombre d'articles scientifiques si rapidement parus sur un même sujet clinique, autant la qualité de ceux-ci est globalement discutable.

Voici un bref rappel en quoi consiste l'EBM, ou *Evidence-based Medecine*. Plus qu'un concept à la mode, c'est de pratiquer la médecine en se basant sur les meilleures données probantes existantes et en adaptant celles-ci au patient devant nous ?. Cette médecine repose sur trois piliers, soit **(1) les évidences publiées, (2) le jugement clinique et (3) les préférences et valeurs des patients**.

En comprenant ce qu'est l'EBM, on peut facilement reconnaître qu'une pandémie telle que celle de la COVID-19 représente un défi de taille pour ce type de pratique. L'urgence d'obtenir rapidement beaucoup de données, la grande quantité de questions sans réponses, le nouveau sentiment de vulnérabilité et d'impuissance chez les cliniciens ont tous contribué à l'élaboration de recommandations basées sur très peu de preuves.

Les auteurs de l'article identifient les plus grands obstacles à la recherche de qualité depuis le début de la pandémie. En voici quelques-uns :

- Les traitements de compassion : dans plusieurs régions durement touchées par la pandémie, de nombreux patients ont été traités « par compassion », c'est-à-dire avec des traitements non prouvés, par manque de traitement efficace. Toutefois, ces traitements ont été administrés en dehors d'études organisées, et ne peuvent donc être utilisés pour en tirer des conclusions solides et exemptes de biais.
- La publication d'une quantité importante de « *pre-print* » : comme jamais, nous avons assisté à la publication de résultats de recherche et d'articles avant que ceux-ci n'aient traversé le processus usuel de révision par les pairs. Ce phénomène est une conséquence directe de l'urgence d'agir en temps de pandémie, mais a mené à la diffusion d'un bon nombre de données de qualité discutable, qui ont par la suite été réfutées par la critique de leur méthodologie ou par d'autres études.. **Il est important de se rappeler que les articles « *pre-print* » ne peuvent être considérés de qualité égale à des articles qui ont été révisés en bonne et due forme, et ce, même si les résultats pourraient changer nos pratiques.**

- Les traitements à faible risque : Plusieurs traitements jugés à faible risque ont été administrés à des patients atteints de la COVID-19, comme le *proning* (décubitus ventral) ou la vitamine C. Par contre, bien que ces traitements aient été jugés comme ne pouvant pas nuire aux patients, il faut considérer tout ce qu'ils impliquent et ainsi réaliser qu'ils ne sont probablement pas sans risque. Par exemple, le *proning* nécessite la mobilisation de plus de personnel, une surveillance différente du patient et peut entraîner un retard d'autres interventions thérapeutiques. **Il faut donc étudier ces interventions *a priori* bénignes dans leur ensemble et ne pas les prendre à la légère.**
- Politique et économie : Les politiciens et figures influentes n'étant pas aux faits de l'EBM, nous avons pu assister à la promotion d'interventions aucunement prouvées comme étant efficaces et sécuritaires. Prenons par exemple l'hydroxychloroquine et le remdesevir, deux traitements que plusieurs figures publiques ont juré miraculeux avant même qu'on ne sache s'ils étaient efficaces.

Mais, en plus de soulever des problèmes, les auteurs de l'article proposent des solutions pour maintenir une qualité des données scientifiques que l'on applique auprès des patients en temps de pandémie. Les voici :

1. Travailler à inclure le plus de patients possibles dans les études cliniques en cours.
2. **Concentrer nos efforts sur les études de plus haute qualité**, donc les essais cliniques avec une randomisation, en aveugle, avec une bonne méthodologie et des issues significatives pour les patients.
3. Encourager la collecte des informations épidémiologiques des patients pour développer des bases de données et, éventuellement peut-être, utiliser l'intelligence artificielle pour aider à la recherche.
4. **Conserver les leçons apprises lors de cette pandémie en termes de méthodologie et recherche pour les autres pandémies à veni**r. Par exemple, ils suggèrent de garder des protocoles de recherche en « incubation », pour être plus que prêts à étudier la prochaine pandémie.

Finalement, ils nous rappellent que, comme cliniciens, **nous devons plus que jamais rester critiques et appliquer les principes de l'EBM**, afin de pouvoir offrir à nos les meilleurs soins possibles.

Auteur : Laurence Baril, R4 Médecine d'urgence spécialisée, Université Laval

Révisé par : Frédéric Picotte MD, Myriam Nadeau R2 MU5, Jacob Courtemanche R3 MU3