

Quelle juste place pour les recommandations de bonne pratique ? Enjeux épistémologiques et éthiques

Romain Miguel MONTANES

Romain Miguel MONTANES est médecin réanimateur. Après avoir travaillé à Paris et à Genève, il exerce à présent dans le service d'anesthésie-réanimation et dans le Groupe d'Ethique du CHU de Tours.

Article référencé comme suit :

Montanes, R-M. (2021) « Quelle juste place pour les recommandations de bonne pratique ? Enjeux épistémologiques et éthiques » in *Ethique. La vie en question*, décembre 2021.

L'évolution récente de la médecine est marquée par la publication d'un grand nombre de recommandations de bonne pratique. Ce sont des synthèses des connaissances issues de la recherche clinique, la branche des sciences expérimentales qui s'intéresse au diagnostic, au pronostic et à la thérapeutique. Comment bien les utiliser n'a jamais été clarifié. Sont-elles une série de conseils que le médecin peut décider de suivre ou non ? Ou bien s'imposent-elles à lui et doit-il les appliquer de manière automatique ? A l'opposé, sont-elles un obstacle à une médecine individualisée et est-il plus sage de les ignorer ? Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), l'agence française qui encadre leur élaboration, les recommandations de bonne pratique sont des « propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données. [...] Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations (1) ». Cette définition est prudente et semble laisser une grande place au jugement du médecin.

En réalité, les attitudes des médecins envers les recommandations sont assez diverses. Certains ne les appliquent pas ou peu. D'autres les appliquent strictement. Pour certains jeunes médecins, en fin de formation, les recommandations sont parfois la seule source de savoir médical et connaître et appliquer les recommandations à la lettre semble perçu comme ce que l'on attend d'eux.

Une recommandation est plus qu'un simple conseil, c'est une invitation doucement pressante. Mais ce n'est pas pour autant un ordre. La personne recevant la

recommandation semble disposer du droit de décider de la suivre ou non. L'étymologie nous indique que la recommandation est *mise dans la main* de celui qui la reçoit. Celui-ci reste libre d'en faire ce que bon lui semble, et éventuellement de dire non à la personne qui l'a émise. Mais dire non est-il toujours une chose facile ? La nature de la relation entre celui qui émet la recommandation et celui qui la reçoit n'est pas indifférente. Si le premier se trouve dans une position de supériorité, il peut être difficile de ne pas répondre favorablement. La recommandation devient alors une offre qu'il est dangereux de refuser. Celui qui la reçoit peut trouver qu'elle est un objet bien embarrassant.

Le médecin est embarrassé face aux recommandations pour deux raisons principalement. La première est que leur valeur épistémologique n'est pas claire. Si l'on juge que les recommandations doivent toujours s'appliquer, sans autre forme de jugement, alors leur contenu doit être extrêmement robuste, et leurs propositions valides dans tous les cas, sans exception. La seconde est que leur existence interroge la nature des rapports d'autorité qui existent entre les instances qui émettent des recommandations et les médecins cliniciens. Ceux-ci jouissent traditionnellement d'une grande autonomie professionnelle. Mais des problèmes ont été soulevés : la grande variabilité de la pratique d'un médecin à l'autre, le manque d'évaluation de l'efficacité réelle de certaines thérapeutiques, l'augmentation préoccupante des dépenses de santé. Apparue dans les années 1990, le mouvement de l'*evidence based medicine* propose de répondre à ces questions en pratiquant une médecine fondée sur la science.

Dans la première partie de cet article, par un examen de la manière dont les sciences expérimentales font des découvertes, nous étudierons l'adéquation entre les connaissances issues de la recherche scientifique d'une part et le réel de la clinique d'autre part. Dans une deuxième partie, nous tenterons de mettre en évidence les présupposés éthiques qui sous-tendent les différentes attitudes possibles envers les recommandations. Enfin, dans une troisième partie, constatant que les recommandations ont une indéniable dimension politique, nous verrons en quoi elles remettent en question le modèle traditionnel de la décision médicale.

I. QUELLE EST LA VALEUR EPISTEMOLOGIQUE DES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE ?

La clinique comme domaine de recherche scientifique

Les connaissances médicales scientifiques sont l'ingrédient principal des recommandations de bonne pratique. De leur valeur dépend celle des recommandations pour l'information de la pratique de la clinique. Pour Popper, dans *La logique de la découverte scientifique*, le problème de la science est de contribuer à « comprendre le monde (2) ». Selon le philosophe, on peut falsifier une théorie (prouver qu'elle est fausse), mais jamais la vérifier (prouver qu'elle est vraie), un

énoncé scientifique pouvant seulement être *corroboré* par l'expérimentation. Toute donnée recueillie expérimentalement est déjà une interprétation des faits observés et le rejet d'une théorie repose sur une décision des chercheurs. Ainsi, selon Popper, la démarche de la science empirique est un processus de description du réel reposant sur une succession d'interprétations des faits et de décisions des scientifiques d'accepter des résultats expérimentaux et les énoncés scientifiques conservent inévitablement un caractère conjectural.

Kuhn, dans *La structure des révolutions scientifiques*, appelle paradigme une théorie ayant gagné le statut de modèle explicatif parce qu'elle réussit mieux que les autres à expliquer les observations expérimentales et à éclairer les problèmes considérés comme importants à un moment précis, par un groupe de scientifiques (3). Un paradigme n'explique pas obligatoirement tous les aspects du problème, il les explique suffisamment. Il fournit un cadre pour la recherche ultérieure que Kuhn nomme *recherche normale*. Sa fonction est de compléter le cadre, de l'ajuster, d'étendre sa portée, de « faire entrer la nature dans la boîte fournie par le paradigme ». Les paradigmes ont vocation à être remplacés par d'autres, expliquant mieux les résultats expérimentaux, au cours de ce que le philosophe appelle des révolutions scientifiques. De cette façon, la science produit une compréhension de plus en plus détaillée de la nature, mais celle-ci n'est jamais complète et définitive. Pour Kuhn, une théorie scientifique reconnue comme valide correspond à une *vision du monde* et l'objet de la science n'est pas la vérité.

La recherche clinique est caractérisée par son traitement statistique des faits observés, inspiré des méthodes de l'épidémiologie. Elle est faite d'études de cohortes et d'essais randomisés contrôlés. Son activité principale est de mettre en évidence des différences entre des populations de patients. Les différences observées peuvent être soit réelles, soit dues au hasard. Pour décider entre ces deux possibilités, le chercheur a recours à la statistique et au calcul de la valeur p . Une signification épistémologique de ce nombre a été proposée par Fisher en 1922 (4). Il s'agit de la probabilité d'observer cette différence s'il est vrai que les deux échantillons sont issus de la même population. Le choix du seuil de valeur p à partir duquel on conclut à cette différence repose sur une *décision* des scientifiques. Ainsi, les essais cliniques sont des méthodes expérimentales dont la validité des résultats repose sur une acceptation de nature conventionnelle entre des scientifiques.

Les sciences expérimentales tentent de saisir le réel, sans jamais parvenir à en avoir une connaissance exacte. Elles nous procurent une image du réel, valable sur le moment, mais qui doit sans cesse être reconsidérée suite à l'apparition de nouveaux résultats expérimentaux qui nous suggèrent que, quelque part, notre théorie est fautive. La vérité a un statut d'idée régulatrice en cela qu'elle est ce que la science cherche à découvrir, qu'elle parvient à approcher, sans jamais l'atteindre. La « scientification » de la connaissance médicale n'a pas fait disparaître l'incertitude, elle l'a seulement circonscrite. La statistique ne dit rien de la vérité, au mieux, elle nous donne une idée de combien on se trompe. Cette « domestication » de l'incertitude ne doit pas nous laisser penser que la connaissance médicale serait devenue un terrain solide et stable.

Plus que jamais, elle est un sol mouvant, changeant perpétuellement et infiniment complexe.

L'evidence based medicine : la clinique fondée sur la science

L'expression *evidence based medicine* désigne une manière d'enseigner et de pratiquer la médecine proposée dans les années 1990. Elle est souvent traduite en *médecine fondée sur les preuves*. Ce choix de traduction pose problème. Il nous semble, qu'en anglais, dans le domaine de la science, le mot *evidence* évoque plus l'idée de *fait objectivement observé* que celle de preuve. *Objectivement* signifie ici qu'il est admis par tous que les faits décrits ont effectivement été observés, sans préjuger de leur interprétation. Une preuve, c'est ce qui établit la véracité d'une proposition ou d'un fait. Or, les sciences expérimentales n'ont pas pour objet la découverte de la vérité. Ainsi, pour la suite du présent travail, nous garderons l'expression anglaise *evidence based medicine* en nous souvenant de son sens de médecine fondée sur *ce dont des faits observés objectivement peuvent témoigner*.

Proposée en 1992 comme un « nouveau paradigme (5) », par des médecins et chercheurs de l'université de McMaster d'Hamilton, Ontario, l'*evidence based medicine* est défini comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles dans les prises de décisions relatives aux soins aux patients individuels (6) ». Le caractère nouveau réside dans le fait que ce sont les données de la recherche clinique qui sont désignées comme meilleures données disponibles. Les promoteurs de l'*evidence based medicine* laisse une place réduite à ce qu'ils considèrent comme faisant partie d'un ancien modèle : les opinions des maîtres, auxquelles ils reprochent leur dogmatisme, et l'expérience personnelle du médecin. En pratique, dans une situation clinique donnée, le médecin procède à une recherche de la littérature scientifique pertinente, prend connaissance du contenu des articles sélectionnés. Puis, armé de données précises, il prodigue à son patient des soins de meilleure qualité. Sur le papier cette approche est séduisante et elle a de quoi l'être. Il ne fait pas de doute que la recherche clinique permet un enrichissement majeur des connaissances médicales. Pour faire le lien entre recherche scientifique et pratique clinique, sont apparues des recommandations de bonne pratique. Des chercheurs, experts dans leur domaine, rédigent des synthèses des connaissances disponibles contenant des propositions d'actions concrètes dans différentes situations cliniques. Y sont associés des grades de recommandations selon ce qui est souvent appelé le « niveau de preuve scientifique » de la proposition.

Outre l'incertitude irréductible inhérente à la recherche expérimentale que nous avons déjà souligné, un certain nombre de critiques ont été formulées envers l'*evidence based medicine*. Premièrement, l'approche qu'elle propose est réductionniste. A plusieurs niveaux, a lieu une réduction de problèmes complexes en problèmes plus limités, qui, si elle présente l'avantage d'une certaine simplification, finit par questionner la valeur concrète de cette démarche pour la pratique médicale. La réduction des données est, comme le souligne Fisher, la fonction principale de la statistique (4). Des séries de chiffres sont agrégées et exprimées par des moyennes ou des médianes qui résument l'ensemble les données et sont exploitables pour la

réalisation de statistiques plus sophistiquées, au prix d'une perte importante d'information. Par exemple, les valeurs extrêmes des variables, pouvant représenter des cas atypiques, sont gommées. Deuxièmement, la recherche clinique porte sur des populations. En comparant des données entre des populations différentes, elle produit des connaissances sur des agrégats de patients et non des patients individuels. Il est facile de saisir la difficulté d'appliquer de telles connaissances à un patient en particulier. Troisièmement, les essais randomisés sont caractérisés par une sélection drastique des patients inclus. Cette démarche d'hypersélection favorise l'obtention d'un résultat lisible et interprétable, mais, dans le même temps, elle exclut les patients les plus atypiques et nuit à la généralisabilité de ses résultats. Quatrièmement, on a assisté, de la part des firmes pharmaceutiques, au détournement des outils principaux de l'*evidence based medicine* que sont les essais randomisés contrôlés et les méta-analyses dans le but de servir leurs intérêts commerciaux. Enfin, il a été souligné, non sans ironie, que l'affirmation selon laquelle l'*evidence based medicine* apporte un bénéfice en matière de santé repose sur le plus bas niveau de preuve de sa propre échelle, c'est-à-dire sur l'opinion de ses promoteurs.

II. APPLIQUER OU NE PAS APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS : DES PRESUPPOSES ETHIQUES DIFFERENTS

Médecin et patient agissent ensemble en vue de la même fin, que nous pouvons désigner par les termes *soigner bien*. Les dimensions du soigner bien sont multiples. Nous n'en considérons qu'une seule dans le présent travail : sur quel savoir médecin et patient doivent-ils s'appuyer pour faire les bons diagnostics et prescrire les bons traitements ? Dans cette partie, nous examinerons deux scénarios, celui d'une application stricte et celui opposé, d'une ignorance volontaire des recommandations. Nous postulerons que médecin et patient essaient toujours de faire le bon diagnostic et de choisir le bon traitement (c'est-à-dire d'avoir *raison dans tous les cas*). Ce but, ils sont condamnés à ne jamais l'atteindre mais seulement à tendre vers lui pour réussir, au mieux, à avoir *raison le plus souvent possible*.

Premier scénario : appliquer strictement les recommandations

Le médecin choisit d'appliquer systématiquement les recommandations, sans autre forme de jugement. Compte-tenu de la nature populationnelle des connaissances scientifiques médicales, on peut affirmer, qu'agissant ainsi, le médecin aura *plus souvent raison que tort*. En effet, on peut dire d'un traitement ayant montré une efficacité dans un essai randomisé, qu'il a été, dans cet essai, plus souvent bénéfique que délétère. Cette manière de procéder correspond à une tentative de démarche *procédurale pure* (7). Elle est *procédurale* parce qu'à chaque étape, il existe une règle décisionnelle préétablie. Au moment de trancher entre des hypothèses scientifiques, il existe une règle liée à la valeur *p*. Quand il faut décider quel traitement est

recommandé, cela est fait en fonction d'une hiérarchie figée des niveaux de preuves. Et au moment de choisir un traitement pour un patient, on fait ce qui est écrit dans la recommandation. Cette procédure est dite *pure*, parce qu'il n'existe pas de critère absolu permettant de juger qu'une décision médicale est bonne ou mauvaise. Les individus peuvent seulement se mettre d'accord sur une procédure correcte dont ils jugent qu'elle donnera le bon résultat à chaque fois, du fait de ses caractéristiques propres. Et il s'agit d'une *tentative* de démarche procédurale pure, parce que la procédure telle qu'elle est proposée permet seulement d'avoir *plus souvent raison que tort*. Dans un certain nombre de cas, elle échouera à donner le bon résultat, sans que l'on puisse jamais le savoir au moment de prendre la décision.

Second scenario : Ignorer les recommandations

Le médecin fait le choix d'analyser chaque situation individuelle de chaque patient qui se présente à lui, de prendre en compte le contexte social et familial qui l'entoure, de discuter avec lui de ses préférences personnelles quand à ses soins. De cette façon, il espère avoir *raison le plus souvent possible*, et pas seulement *plus souvent raison que tort*. Deux cas de figure se présentent pour l'analyse.

Le premier consiste à ignorer les recommandations et à travailler selon l'ancien modèle, c'est-à-dire sur la base de l'expérience personnelle du médecin. Celui-ci agit alors sans reconnaître l'apport de la science à la clinique. Mais ce serait oublier, comme le souligne Tröhler, citant le chirurgien MacLean, le *double standard* éthique impliqué par cette dévalorisation de la recherche clinique « comme si la pratique [ordinaire] de la médecine, en son état conjectural, n'était pas autre chose qu'une série continue d'expériences où l'on joue avec la vie de son prochain (8) ». La médecine fondée sur l'expérience personnelle du médecin est une médecine expérimentale qui ne dit pas son nom et qui pratique l'expérimentation sans hypothèse, sans contrôle des résultats, sans mesure systématique des succès et des échecs, sans témoin, c'est-à-dire sans méthode. Cette façon de procéder produit des *opinions subjectives* et non des *connaissances objectives*. Pour les patients, il y a là une sorte de double peine : ils sont de fait des sujets d'expérimentations et celles-ci ne peuvent aboutir, à elles seules, à aucune connaissance valable.

Le second cas de figure consiste à ignorer les recommandations, mais à utiliser tout de même les données de la recherche scientifique. Le médecin doit alors s'atteler à la lecture des articles scientifiques parus dans les revues de sa spécialité et des spécialités voisines. A chaque nouveau patient qui se présente, il cherche les articles pertinents dont il n'aurait pas eu connaissance jusqu'ici. Il a pris le temps de se former suffisamment à la méthodologie de la recherche et à la statistique afin de tirer le meilleur profit de ces lectures et de ne pas faire de contre-sens malencontreux. Mais ce serait oublier la quantité massive d'articles publiée chaque année, la complexité croissante des méthodologies employées par la recherche, le caractère chronophage de cette activité et le manque de temps que les médecins ont à y consacrer. Ces difficultés rendent peu réaliste le choix de cette manière de procéder.

Recommandations de bonne pratique et décision individuelle : une inévitable troisième voie

Malgré leurs limites, il n'est pas possible d'ignorer les résultats de la recherche médicale scientifique. Il n'est pas non plus possible de les appréhender tous soi-même et il ne fait pas de doute que disposer de documents les synthétisant peut constituer une aide précieuse. Toutefois, appliquer mécaniquement les recommandations, sans réflexion médicale au cas par cas, ne correspond pas à la réalité de la valeur épistémologique de leur contenu et conduit à avoir, au mieux, plus souvent raison que tort, ce qui semble un objectif bien peu ambitieux.

Les recommandations de bonne pratique entretiennent l'illusion que les connaissances médicales sont parfaitement claires, certaines et bien délimitées. Elles laissent croire que les données issues de la recherche sont vraies sans réserve et n'ont pas besoin d'être interprétées. L'utilisation regrettable du mot « preuve » induit médecins et même chercheurs en erreur. En médecine, rien n'est prouvé, rien n'est démontré. Les recommandations de bonne pratique devraient intégrer de manière explicite le caractère conjectural et provisoire des résultats de la recherche. Ce faisant, elles regagneraient en complexité et en richesse. Les recommandations devraient constituer le point de départ de la réflexion et non son point d'arrivée. Identifier les patients auxquels les recommandations s'appliquent et ceux auxquels elles ne s'appliquent pas et savoir quoi faire dans ce dernier cas, c'est cela, entre autre, le travail du médecin. L'apport de l'expérience personnelle du médecin, le savoir tiré de l'accumulation des cas qu'il a pu observer et ses connaissances sur la physiopathologie sont probablement cruciaux à cette étape.

III. LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE : UNE DIMENSION POLITIQUE

Les recommandations n'ont pas valeur de loi ni même de règlement, mais elles entretiennent des rapports étroits avec ces notions et disposent d'une forme d'autorité. Dans le modèle traditionnel, l'autonomie professionnelle caractérise l'exercice de la médecine. Elle se traduit par deux principes : indépendance dans les décisions et liberté de prescription. Avec l'apparition des recommandations, une autorité apparaît qui vient s'immiscer dans les décisions particulières.

L'evidence based medicine et les recommandations de bonne pratique sont, à l'origine, un projet scientifique et médical destiné à améliorer la qualité des soins et à transformer l'enseignement de la médecine. L'Etat s'en est littéralement emparé et l'a détourné de sa fonction initiale dans le but d'atteindre ses propres objectifs en matière de politique de santé publique et de maîtrise des dépenses médicales (9). Les recommandations sont perçues comme des outils permettant d'influencer la pratique des médecins. En France, l'Etat, à travers des agences publiques, participe à

l'élaboration, à la diffusion et à des politiques d'incitation à l'adoption des recommandations par les médecins. Celles-ci deviennent selon Rolland des « instruments de gouvernementalité dans le secteur de la santé (9) ». Officiellement, le médecin conserve son autonomie professionnelle, au sein, cependant, d'un tissu de contraintes dont le maillage est de plus en plus serré.

L'intrication du caractère procédural de la médecine comme application automatique des recommandations et de la mainmise sur celles-ci de l'administration tendent à placer la décision médicale sous une forme de *domination bureaucratique*. Dans ce modèle, le médecin est réduit à l'état de simple rouage d'un système qui le dépasse. Il n'a plus de pouvoir de décision réel puisque son rôle consiste à appliquer une règle décisionnelle. D'ailleurs, on ne sait plus qui prend la décision tant celle-ci se dilue dans la procédure. Arendt qualifie la bureaucratie de « domination par l'anonymat des bureaux (10) » ou encore de « gouvernement de personne (11) ». Elle ajoute que, dans le système bureaucratique, « personne ne peut parler avec ce Personne ni lui présenter une quelconque requête (10) ». Si personne d'identifiable n'est derrière la décision, alors qui reste-il pour en répondre ? Devenant un simple intermédiaire, le médecin pourrait être tenté d'envisager une médecine sans la responsabilité. Un soin est-il possible sans responsabilité ? L'utilisation des recommandations de bonne pratique comme instrument de gouvernementalité par des administrations de l'Etat remet sévèrement en question l'autonomie professionnelle du médecin. Or il existe un lien entre cette autonomie et l'idée que le médecin se sent responsable de ses décisions, c'est à dire disposé à en assumer, plus tard, les conséquences. La responsabilité est la condition de l'*engagement* du médecin et l'engagement est ce qui lie médecin et patient, ensemble, *dans le temps*. C'est une promesse que le rôle du médecin ne se limitera pas au temps d'un acte technique ou d'une consultation. Nous avons posé, plus haut, la question de savoir si une médecine est possible sans responsabilité. Nous pensons qu'une telle médecine est une médecine désengagée. Mais la médecine sans la responsabilité est une fiction. Selon Arendt, dans un système bureaucratique, aucun homme ne peut se cacher derrière l'excuse d'être un simple rouage, d'avoir seulement obéi. La philosophe distingue deux temps dans l'action collective : l'*initiation* et la *réalisation*. Le chef, tout en haut de la pyramide, le seul qui ne puisse pas être qualifié de rouage, est seulement celui qui *initie* l'action. Les autres la *réalisent*. Elle devient alors une « action conjointe (11) ». La philosophe ajoute : « le chef n'est rien de plus que *primus inter pares*, le premier parmi ses pairs. Ceux qui semblent lui obéir le soutiennent en réalité lui et son entreprise (11) ». L'action collective est donc imputable aux rouages autant qu'au chef, elle n'aurait pas lieu sans leur consentement. La responsabilité individuelle ne disparaît pas avec la bureaucratisation. Appliquer automatiquement les recommandations, sans réflexion supplémentaire, est, en soi, une décision dont le médecin peut avoir à répondre.

Défendre l'autonomie du médecin pour elle-même nous semblerait avoir peu d'intérêt. Une discussion sur le processus décisionnel en médecine ne vaut qu'à la lumière de la fin que nous avons donné à la pratique médicale : soigner bien. Il n'est pas anormal que soit exigé du médecin qu'il se tienne à jours des données de la science, qu'il tienne compte des évaluations scientifiques des traitements qu'il prescrit et des

contraintes économiques qui pèsent sur le système de santé. La plupart des médecins ne demandent pas autre chose et sont probablement assez favorables à une forme ou une autre d'aide à la décision. La volonté de bureaucratiser la décision médicale repose sur l'illusion qu'en médecine tout est prévisible, tout est maîtrisable. La réalité est tout à fait différente. Il faut pouvoir tenir compte de la part d'incertitude et d'imprévisibilité de la clinique. Faire reposer la décision médicale uniquement sur une approche procédurale basée sur des probabilités, c'est renoncer à soigner aussi bien qu'il est possible. Soigner bien implique que l'on laisse la possibilité au médecin de penser et juger par lui-même. Un système bureaucratique est un système de domination. Il est non démocratique dans le sens où il est quasiment impossible, pour les individus sur lesquels son pouvoir s'exerce, d'exercer un contrôle sur lui. Face à cette tendance, l'autonomie professionnelle du médecin est à redéfinir. L'indépendance des décisions et la liberté de prescription n'existent pas dans le vide, mais au sein d'un *cadre* qui les délimitent. Dans ce cadre, on trouve des devoirs du médecin : devoir de pratiquer une médecine fondée sur les meilleures connaissances disponibles, devoir d'impliquer chaque patient dans les décisions qui le concernent en prenant en considération ses particularités et ses souhaits, devoir de tenir compte des questions de santé publique et de maîtrise des dépenses de santé. Autonomie du médecin et autonomie du patient doivent être pensées ensemble. La préservation d'une autonomie professionnelle du médecin a pour effet de promouvoir celle du patient. Articuler entre eux les éléments du cadre, pour soigner au mieux son patient, c'est le travail du médecin. Le fait qu'au sein de ce cadre, se trouve un médecin autonome, c'est à dire une personne libre de ses décisions et de ses prescriptions, et non une procédure élaborée par un bureau anonyme, est ce par quoi peut exister un espace permettant une infinité de décisions possibles. Et ceci est une sorte de garantie pour le patient que le choix final reste libre et ajusté le mieux possible à sa situation singulière. Ainsi, l'autonomie du médecin doit être défendue pour autant qu'elle sert celle du patient avec comme fin le bon soin.

Notre questionnement sur la valeur à accorder aux énoncés des recommandations de bonne pratique pour l'information de la clinique nous a mené assez naturellement vers la recherche des connaissances sur lesquelles le médecin devrait fonder sa pratique pour soigner le mieux possible. Tout en refusant une attitude nihiliste qui prétendrait qu'en médecine, il est impossible de rien savoir, nous avons dû constater qu'il n'existe que des ensembles de connaissances imparfaits. La difficile tâche du médecin consiste à les articuler ensemble pour parvenir à formuler un jugement médical en situation et soigner, non pas *toujours bien*, mais *bien le plus souvent possible*. Les recommandations sont des outils. Comme tels, elles ne sont pas bonnes ou mauvaises en elles-mêmes. Elles ne le deviennent que par l'usage que les hommes décident d'en faire. La médecine fondée sur la science ne permettra de soigner mieux que si les hommes en font un usage adéquat. Mal utilisée, elle pourrait rater son but et conduire à une médecine procédurale bureaucratique qui paraît peu

séduisante. A l'opposé, on peut y voir l'occasion d'un exercice démocratique au cours duquel patients et médecins saisiraient l'opportunité qui leur est offerte de réfléchir ensemble au sens qu'ils veulent donner à l'idée de soigner bien et à l'usage qui doit être fait des connaissances médicales scientifiques.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Haute Autorité de Santé, « Méthode d'élaboration des recommandations de bonne pratique », 7 février 2014.

(2) Popper K., *La logique de la découverte scientifique*, [1934] 2017, Payot.

(3) Kuhn T., *La structure des révolutions scientifiques*, [1962] 1983, Flammarion.

(4) Fisher RA., « On the mathematical foundations of theoretical statistics », in *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, vol. 222, juin 1922, pp. 309-368.

(5) Evidence Based Medicine working group, « Evidence Based Medicine. A New Approach to teaching the Practice of Medicine », in *Journal of the American Medical Association*, vol. 268, 1992, pp. 2420-2425.

(6) Sackett DL., « Evidence based medicine what it is and what it is not », in *British Medical Journal*, vol. 312, 1996, pp. 71-72.

(7) Nous devons la notion de démarche procédurale pure à Rawls. Rawls J., *Théorie de la justice*, Paris, Seuil, 1987, p. 118.

(8) Tröhler U., « Surmonter l'ignorance thérapeutique. Un voyage à travers trois siècles », in Fagot-Largeault A. (Dir), *L'émergence de la médecine scientifique*, Paris, Matériologiques, 2013, pp. 31-53.

(9) Rolland C., « Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial », in *Gouvernement et action publique*, vol 1, 2012, pp. 53-75.

(10) Arendt H., *Qu'est-ce que la politique*, Seuil, 2014.

(11) Arendt H., *Responsabilité et jugement*, Paris, Payot, 2005.