L'impasse du savoir... la voie... l'avenir en Afrique ?

J.C. Debongnie

© Springer-Verlag France 2011

Dans son dernier livre (*La voie. Pour l'avenir de l'humanité*), Edgar Morin, nonagénaire toujours actif (comme Victor Hessel — *Indignez-vous !*) et toujours explorateur de la complexité cite, dans son chapitre sur « Médecine et santé » le livre de Philippe Abastado : *L'impasse du savoir. Essai d'épistémologie médicale*. Dans ce livre, l'auteur cite deux impasses : celle des essais thérapeutiques modernes, celle de l'EBM (*evidence-based medicine*).

Les essais thérapeutiques sont gigantesques, deviennent impossibles sur les plans logistique et financier et finalement concernent, par exemple, l'hypertension la plus pure possible, désincarnée et non plus un patient individuel, complexe (diabétique et âgé par exemple). L'EBM (médecine basée sur les preuves) est critiquée pour son caractère coercitif, régulateur et sans nuance.

P. Abastado, cardiologue et épistémologue, plaide donc pour de nouveaux types d'essais, pouvant inclure les caractéristiques individuelles du patient. Et il commence à être entendu comme en témoignent éditoriaux ou articles récents : Pragmatic trials – Guides to better patient care ? *New Eng J Med*, 5 mai 2011, p. 1685 – Comparative effectiveness research and patients with multiple chronic conditions. *New Eng J Med*, 30 juin 2011, p. 2478 – The best medicine – A quiet revolution in comparative effectiveness research. *Sci Am*, juillet 2011. Et revoilà la complexité d'E. Morin et la nécessité de l'enregistrement — si possible informatisé — des données (complexes) du patient.

L'EBM n'est pas un catalogue d'obligations mais s'intègre dans l'EBP (*evidence-based practice*) qui combine l'évidence, les preuves (EBM), l'expertise du médecin et les valeurs du patient. Par exemple, chez un patient avec un ulcère duodénal associé à *Helicobacter pylori*, l'EBM indique (dicte) un traitement d'éradication par trithérapie (IPP + 2 antibiotiques), donnée très utile pour un cardiologue connaissant mal le problème. Le gastroentérologue expé-

menté pourrait plutôt proposer un traitement de l'ulcère et ensuite un traitement préventif par IPP (ou antiH2) chez un patient très âgé, ayant reçu différents traitements antibiotiques qu'il ne tolérerait pas. Le patient pourrait partager cet avis et exprimer ses craintes vis-à-vis d'un traitement antibiotique. Ainsi, le fil guide (Guideline-EBM) est complété et individualisé.

Quel est notre rôle ? Quel est celui de notre association et de notre revue ? Notre association (AAFFCHGE) et notre revue (*JAHG*) jouent un rôle aux différentes étapes du savoir et du savoir-faire.

Nous participons à l'augmentation du savoir gastroentérologique et à ses particularités africaines. Le travail collectif sur l'hémorragie digestive haute en Afrique en est un exemple : la population n'est pas la même, les attitudes pourraient être différentes. Plusieurs articles du *JAHG* concernent les kystes hydatiques, problématique fréquente en Afrique, rare ailleurs. L'association pourrait proposer des « guidelines » (fils guide) concernant l'hémorragie digestive, concernant l'*H. pylori*.

Notre prochaine réunion à Brazzaville comprendra de nombreuses communications sur l'hépatite B. Après « l'appel de Dakar » (sur les hépatites), pourquoi ne pas rassembler des données africaines sur l'hépatite B comme nous l'avons fait sur l'hémorragie digestive ?

Le *JAHG* et notre réunion annuelle nous aident à augmenter notre expertise et notre expérience. Pour renforcer la collaboration entre l'association et la revue, on pourrait proposer, dans chacun des quatre numéros annuels, une rubrique de l'association où successivement le secrétaire de l'association (V. Lamy) et le grand manitou du comité scientifique (P. Couzigou) nous tiendraient au courant de l'association.

À bientôt à Brazzaville ?