

Editorial

Evidence-Based Psychiatry

David S. Goldbloom, MD, FRCPC

Interim Editor-in-Chief, CPA Bulletin, Toronto, Ontario



The term “evidence-based” has achieved iconic status within the lexicon of medicine in the last decade; in October 2003, a PubMed ([http://www.ncbi.nlm.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi)

[nih.gov/entrez/query.fcgi](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi)) literature search of this term generated over 16,000 references covering topics from glaucoma to posttraumatic stress disorder. Lest we psychiatrists feel left out in the rush toward empirical validation of what we do, a recent article in the *American Journal of Obstetrics and Gynecology* acknowledged “surgical training is an apprenticeship with surgical techniques passed from one physician to another. Often these techniques are based more on surgical dogma than scientific evidence” (1).

Evaluation of primary interventions on an inpatient psychiatry unit reveals that most of them (65%) are indeed evidence-based and validated by randomized controlled trials (RCTs) (2)—likely a reflection of the clinical reality that, in the context of brief hospitalization and increasing illness severity as an admission threshold, validated biological interventions are most commonly used. This compares favourably with interventions on an internal medicine ward, where 53% were supported by RCTs (3).

One fear related to evidence-based psychiatry is that it will assume a dogmatic stance of its own and fail to see its own limitations, like so many of the medical vogues that have preceded it. A second fear is that it will supplant individual clinical judgment. A third fear is that

governments, funding agencies and insurers will adopt it as the therapeutic truth, generating a top-down approach to patient care through rigid guidelines and care maps. A fourth fear is that understanding evidence-based psychiatry requires a mathematical and statistical sophistication that would also allow one to solve Fermat’s last theorem on the back of an envelope.

In many respects, an evidence-based approach does not reveal the single therapeutic truth but, rather, the limits to knowledge and certainty. It is not intended to produce therapeutic paralysis or nihilism but to demonstrate those aspects of treatment that can indeed be supported by evidence and those that must be supported by other valid factors, such as clinical experience, the unique aspects of clinical situations and patient preferences and values. It is also a helpful bulwark against evangelism, whether it comes from teachers during training or from purveyors of treatments, both psychotherapeutic and psychopharmacological.

Evidence-based psychiatry is a servant of decision-making by individual clinicians rather than a master. It cannot anticipate all the nuances of a clinical encounter, but it can help clinicians to make sense of the overwhelming deluge of information. I recently attended a helpful seminar at the Centre for Evidence-Based Mental Health at Oxford University. Entitled “How to Get Less Out of PubMed,” it was a useful antidote to the common experience of searching the Medline database for a clinical concern and getting several thousand citations in return. Technology inundates us and our patients with information of varying quality; practising evidence-based psychiatry is all about learning how to filter.

At McMaster University and the University of Toronto, Canada has played an important role in the genesis and promulgation of evidence-based medicine. In the *Canadian Journal of Psychiatry*, Dr. Elliot Goldner and Dr. Dan Bilsker (4) and, more recently, Dr. John Geddes and Dr. Stuart Carney (5) have summarized well the field of evidence-based psychiatry. It has also received expert attention in these pages from Dr. Joel Paris (6).

While few people can argue vociferously against evidence-based psychiatry, endorsement is not the same as utilization. It is not simply a matter of agreeing with the idea: a set of skills must be acquired. One of the most important skills is computer literacy to allow rapid access to information that is often freely available. Beyond that, user-friendly materials are available on the Web from the Centres for Evidence Based Medicine in Oxford (<http://www.cebm.net/toolbox.asp>) and in Toronto (<http://www.cebm.utoronto.ca/>). These sites will easily launch the novice into an exploration of the field and an understanding of the concepts. It’s the ultimate vehicle for self-directed learning!

We will continue to discuss this topic in future issues of the *Bulletin*. For a more in-depth look at evidence-based psychotherapies, guest editor Dr. Gilbert Pinard is developing a series scheduled to appear in spring 2004.

We value feedback from our readers and look forward to receiving your comments on past and future articles, which can be sent to bulletin@cpa-apc.org.

Editorial continued on p 5

Éditorial

La psychiatrie fondée sur des données probantes

David S. Goldbloom, MD, FRCPC

Rédacteur en chef intérimaire, Bulletin de l'APC, Toronto, Ontario



L'expression « fondé sur des données probantes » a atteint un statut consacré dans le lexique de la médecine, dans les dix dernières années. En

octobre 2003, une recherche documentaire de l'expression dans PubMed (a livré plus de 16 000 références à des sujets allant du glaucome au syndrome de stress post-traumatique. De crainte que nous, psychiatres, nous sentions tenus à l'écart de cette course à la validation empirique de ce que nous faisons, un article récent du *American Journal of Obstetrics and Gynecology* a reconnu que « la formation en chirurgie est l'apprentissage de techniques chirurgicales transmises d'un médecin à un autre. Ces techniques sont souvent davantage fondées sur un dogme chirurgical que sur des données probantes scientifiques » (1).

L'évaluation des interventions primaires dans une unité psychiatrique de patients hospitalisés révèle que la plupart de ces interventions (65 %) sont en fait fondées sur des données probantes et validées par des études randomisées contrôlées (ERC) (2) — ce qui reflète vraisemblablement la réalité clinique que, dans le contexte d'une hospitalisation brève et de la gravité croissante de la maladie comme critère d'admission, les interventions biologiques validées sont communément utilisées. Elles se comparent favorablement aux

interventions d'une unité de médecine interne, où 53 % s'appuient sur des ERC (3).

Une des craintes liées à la psychiatrie fondée sur des données probantes est qu'elle prendra d'elle-même une position dogmatique et qu'elle ne verra pas ses propres limites, comme tant de vogues médicales qui l'ont précédée. Une deuxième crainte est qu'elle supplantera le jugement clinique individuel. Une troisième crainte est que les gouvernements, les organismes de financement et les assureurs l'adoptent comme étant la vérité thérapeutique, ce qui créerait une approche descendante du soin des patients, par l'entremise de lignes directrices rigides et de cartes routières des soins. Une quatrième crainte est que la compréhension de la psychiatrie fondée sur des données probantes exige un raffinement mathématique et statistique tel qu'il permettrait aussi à quiconque de résoudre le dernier théorème de Fermat sur un bout de papier.

À maints égards, une approche fondée sur des données probantes ne révèle pas une vérité thérapeutique unique, mais plutôt les limites de la connaissance et de la certitude. Elle n'est pas destinée à produire une paralysie ou un nihilisme thérapeutique, mais à démontrer les aspects du traitement qui peuvent en effet s'appuyer sur des données probantes et les autres qui doivent être soutenus par d'autres facteurs valides, comme l'expérience clinique, les aspects singuliers des situations cliniques ainsi que les préférences et les valeurs des patients. C'est aussi un rempart utile contre l'évangélisme, que ce soit de

la part des enseignants durant la formation ou des fournisseurs de traitements, tant psychothérapeutiques que psychopharmacologiques.

La psychiatrie fondée sur des données probantes est le serviteur plutôt que le maître du processus décisionnel des cliniciens individuels. Elle ne peut pas prévoir toutes les nuances d'une rencontre clinique, mais elle peut aider les cliniciens à trouver un sens au déluge d'information accablant. J'ai assisté récemment à un séminaire utile au centre de santé mentale fondée sur des données probantes de l'Université Oxford. Intitulé « Comment obtenir moins de PubMed », c'était un antidote pertinent aux recherches fréquentes dans la base de données Medline où une seule question clinique produit des milliers de citations. La technologie inonde nous et nos patients avec de l'information de qualité variable; la pratique de la psychiatrie fondée sur des données probantes consiste surtout à apprendre à filtrer.

À l'Université McMaster et à l'Université de Toronto, le Canada a joué un rôle important dans la genèse et la promulgation de la médecine fondée sur des données probantes. Dans *La Revue canadienne de psychiatrie*, les Drs Elliot Goldner et Dan Bilsker (4) et, plus récemment, les Drs John Geddes et Stuart Carney (5) ont bien résumé le domaine de la psychiatrie fondée sur des données probantes. Elle a également retenu l'attention experte du Dr Joel Paris (6) dans ces pages.

Bien que peu de gens puissent plaider avec véhémence contre la psychiatrie fondée sur des données probantes, la caution morale n'équivaut pas à l'utilisation. Ce n'est pas une simple question d'être d'accord avec le principe : il faut acquérir un ensemble de compétences, dont l'une des plus importantes est la culture informatique qui permet d'avoir rapidement accès à de l'information souvent offerte gratuitement. En outre, le Web offre du matériel convivial aux centres de médecine fondée sur des données probantes d'Oxford (<http://www.cebm.net/toolbox.asp>) et de Toronto (<http://www.cebm.utoronto.ca/>). Ces sites lanceront aisément le novice dans l'exploration de la discipline et la compréhension des concepts.

C'est le moyen idéal d'auto-apprentissage!

Nous poursuivrons la discussion de ce sujet dans les prochains numéros du *Bulletin*. Pour un aperçu approfondi des psychothérapies fondées sur des données probantes, notre collaborateur, le Dr Gilbert Pinard, prépare une série d'articles qui devraient paraître au printemps de 2004.

Nous apprécions les commentaires de nos lecteurs et espérons les recevoir au sujet d'articles passés et futurs. Faites-nous les parvenir à l'adresse bulletin@cpa-apc.org.

Bibliographie

1. Jenkins TR. « It's time to challenge surgical dogma with evidence-based data. » *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:423-7.

2. Geddes JR, Game D, Jenkins NE, Peterson LA, Pottinger GR, Sackett DL. « What proportion of primary psychiatric interventions are based on evidence from randomized controlled trials? » *Qual Health Care* 1996;5:215-217.
3. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. « Inpatient general medicine is evidence-based. » *Lancet* 1995;346:407-10.
4. Goldner EM, Bilsker D. « Evidence-based psychiatry. » *Can J Psychiatry* 1995;40:97-101.
5. Geddes J, Carney S. « Recent advances in evidence-based psychiatry », *Can J Psychiatry*. 2001;46:403-6. <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2001/June/June2001.asp>
6. Paris J. « Evidence-based psychiatry: what it is and what it isn't », *CPA Bulletin*, 2002;34:32-4. <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/Bulletin/2002/june/evidenceBasedPsychiatry.asp>

Editorial *continued from p 3*

References

1. Jenkins TR. It's time to challenge surgical dogma with evidence-based data. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:423-7.
2. Geddes JR, Game D, Jenkins NE, Peterson LA, Pottinger GR, Sackett DL. What proportion of primary psychiatric interventions are based on evidence from randomized controlled trials? *Qual Health Care* 1996;5:215-7.
3. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence-based. *Lancet* 1995;346:407-10.
4. Goldner EM, Bilsker D. Evidence-based psychiatry. *Can J Psychiatry* 1995;40:97-101.
5. Geddes J, Carney S. Recent advances in evidence-based psychiatry. *Can J Psychiatry* 2001;46:403-6.
6. Paris J. Evidence-based psychiatry: what it is and what it isn't. *CPA Bulletin* 2002;34:32-4. <http://www.cpa-apc.org/publications/archives/cjp/2001/june/june2001.asp>