

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 30 juin 2016 à Poitiers

par Madame **FOUCHER** Emeline

Connaissances des médecins généralistes sur l'efficacité thérapeutique de sept médicaments courants : Enquête par questionnaire.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

Membres :

- Madame le Professeur PERAULT POCHAT Marie-Christine
- Madame le Professeur MIGEOT Virginie
- Madame le Docteur RAGOT Stéphanie
- Monsieur le Docteur BOUSSAGEON Rémy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BOUSSAGEON Rémy

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement

le 30 juin 2016 à Poitiers

par Madame **FOUCHER** Emeline

Connaissances des médecins généralistes sur l'efficacité thérapeutique de sept médicaments courants : Enquête par questionnaire.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

Membres :

- Madame le Professeur PERAULT POCHAT Marie-Christine
- Madame le Professeur MIGEOT Virginie
- Madame le Docteur RAGOT Stéphanie
- Monsieur le Docteur BOUSSAGEON Rémy

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur BOUSSAGEON Rémy

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOIJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIENT Denis, pédiatrie

- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOUARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À mon président du jury,

À Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha. Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

À mon directeur de thèse,

Au Docteur Rémy Boussageon. Je te remercie sincèrement d'avoir été l'initiateur de ce travail de thèse et pour ta confiance. Merci pour ton aide, tes conseils et ta disponibilité tout au long de ce travail.

Aux autres membres du jury,

À Madame le Professeur Marie-Christine Pérault-Pochat, Madame le Professeur Virginie Migeot et Madame le Docteur Stéphanie Ragot. Vous avez accepté de faire partie du jury afin d'évaluer mon travail, soyez assurées de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

Aux médecins et enseignants que j'ai eu la chance de rencontrer durant mes études,

Aux Docteurs Anne Kerharo, Thierry Valette, Yves Fouré et Philippe Binder. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale en libéral.

Au Docteur François Rossi, merci pour votre enseignement et les parenthèses littéraires et voyageuses. Je garde un très bon souvenir de mon passage dans votre service.

Au Docteur Géraldine De Montgazon, je vous remercie de l'accueil au sein votre équipe douleur et soins palliatifs. Merci pour les valeurs humaines que vous m'avez transmises auprès des malades.

Merci aux internes et maîtres de stage universitaires ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire.

À ma famille,

À mes parents, pour l'éducation que vous m'avez donnée. C'est grâce à vous que j'ai pu entreprendre ces études.

À ma maman, merci pour tes encouragements durant ces longues années d'étude, et de ta présence dans les bons comme les mauvais moments. Tes bras me seront toujours d'un réconfort absolu.

À mon papa, je te remercie pour le soutien que tu m'as apporté et ta confiance. Merci de m'avoir transmis ton amour de la nature. Puisses-tu me voir et être fier de moi. Tu nous manques...

À Charly, merci d'être mon grand frère protecteur.

À Annie et Richard, mes cousins et correcteurs. Merci pour votre soutien infailible depuis le début et pour l'intérêt que vous portez à mon métier.

À Guillaume. Un grand merci pour ta patience et tes encouragements durant ces derniers mois de travail. Que la vie nous réserve de doux moments. Je suis heureuse de vivre à tes côtés et de dessiner notre avenir ensemble.

À Noëlle. Merci pour votre accueil chaleureux au sein de votre famille et pour toutes les gentilles attentions que vous avez toujours pour nous.

À Pascaline et Caro. Merci pour cette belle amitié sans faille.

À mes anciennes co-internes devenues amies : Laurane, Laure, Louise, Célia, Carole et Clara.
Quelles belles rencontres durant l'internat !

À Amélie, Camille Q, Etienne et Estelle pour ces bons moments passés durant nos études de médecine. Nos retrouvailles rares mais agréables se feront toujours avec plaisir.

À mes amis de collège et lycée : Lise, Frédérique, Marie-Cécile, Perrine, Camille B et Nico pour les bons souvenirs des moments passés avec vous.

Sommaire

Introduction.....	10
Matériel et Méthode.....	13
1. Population.....	13
2. Création du questionnaire.....	13
3. Recueil des données.....	15
4. Analyse statistique.....	15
Résultats.....	16
1. Acétylleucine.....	16
2. Gliclazide.....	16
3. Paroxétine.....	17
4. Paracétamol.....	18
5. Amoxicilline.....	18
6. Statines.....	19
7. Aspirine.....	20
8. Connaissances en statistique.....	20
Discussion.....	21
1. Prescription des médicaments ou de la classe thérapeutique étudiés.....	21
2. Existence d'une preuve d'efficacité.....	21
3. Quantité d'effet.....	22
4. Critères de jugement.....	23
1.1. Critère intermédiaire.....	23
1.2. Critère cliniquement pertinent.....	24
5. Sources.....	24

6. Connaissances en statistique.....	25
7. Placebo impur.....	26
8. Limites de l'étude.....	27
Conclusion.....	29
Références.....	30
Annexe 1 : Tableaux.....	34
Tableaux I : Acétylleucine dans les vertiges aigus.....	34
Tableau II : Gliclazide dans les complications micro et macrovasculaires des diabétiques de type 2.....	35
Tableau III : Paroxétine dans l'épisode dépressif caractérisé.....	36
Tableau IV : Paracétamol dans la lombalgie aiguë.....	37
Tableau V : Amoxicilline dans l'OMA de l'enfant de plus de 2 ans.....	38
Tableau VI : Statines en prévention cardiovasculaire primaire.....	39
Tableau VII : Aspirine en prévention primaire chez les diabétiques de type 2.....	40
Tableau VIII : Pourcentage de prescription des médicaments étudiés.....	41
Tableau IX : Pourcentage de réponses correctes sur la preuve d'efficacité.....	42
Tableau X : Proportion des sources citées.....	43
Annexe 2 : Questionnaire.....	44

Introduction

L'évolution scientifique de la médecine conduit à exiger des traitements qu'ils apportent la preuve objective de leur efficacité clinique^[1]. C'est la pratique de la médecine fondée sur des preuves ou EBM (« *Evidence Based Medicine* »). Il s'agit de répondre à la question « le bénéfice apporté par ce traitement est-il suffisamment établi et cliniquement pertinent pour justifier son utilisation »^[2]. Le plus haut niveau de preuve est apporté par les essais cliniques randomisés (ECRs) et les méta-analyses des ECRs.

L'efficacité thérapeutique d'un médicament ou d'une classe thérapeutique peut être définie dans au moins quatre champs par :

- l'existence d'une preuve d'efficacité, issue des ECRs et des méta-analyses des ECRs.
- la définition de critères de jugement : cliniques et paracliniques ; binaires ou continus.
- la quantité d'effet, exprimée par différents indices : RR (risque relatif) ; RRR (réduction relative du risque) ; RRA (réduction du risque absolu) ; NNT (« *Number Need to Treat* » en anglais soit le nombre de patients à traiter pour éviter un événement)^[3].
- la population cible. Le bénéfice d'un traitement est relatif à la population pour laquelle il est prescrit car il dépend du risque initial ou de la prévalence de la maladie (ou du symptôme) de la population traitée^[4].

En 2016 certains médicaments couramment prescrits en médecine générale n'ont pourtant apporté aucune preuve d'efficacité dans un ECR. C'est le cas par exemple de l'acétylleucine dans le traitement des vertiges aigus^[5].

Le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) évoque dans la sixième compétence du médecin généraliste, intitulée « Professionnalisme », la capacité à « améliorer ses compétences dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants ». L'objectif étant de « former des praticiens compétents, autonomes, réflexifs, experts de leur discipline, capables de répondre aux problèmes de santé rencontrés, dans une société en perpétuel mouvement »^[6].

En pratique, les médecins généralistes connaissent-ils l'efficacité thérapeutique des médicaments qu'ils prescrivent couramment? Le problème n'est pas tant de savoir si un praticien à tort de prescrire un médicament n'ayant pas montré la preuve de son efficacité mais si la prescription est réalisée en connaissance de cause (bénéfices attendus, effets placebos, effets indésirables, etc...).

Conformément au projet pédagogique initial de l'EBM^[1], le médecin devrait être capable d'analyser les résultats des ECRs et de les interpréter pour les adapter à sa pratique et au patient particulier qu'il rencontre lors de sa consultation. S'il n'a pas la compétence pour le faire, il peut avoir recours à des sources secondaires, résultats de l'interprétation « d'experts », souvent des spécialistes (guides pratiques, recommandations officielles,...). Cependant ces sources sont susceptibles d'être biaisées en raison de conflits d'intérêts ou d'un manque de compétences méthodologiques qui conduisent à des interprétations erronées des faits scientifiques disponibles^[7,8].

En 1996, Sackett et Haynes représentent l'EBM comme l'intersection de trois données : la recherche, l'expérience clinique du praticien et les préférences du patient^[9]. Elle est donc indissociable de la « Décision Médicale Partagée »^[10] (« *Shared Decision Making* » en anglais) et aboutit à une approche centrée sur le patient^[11]. Il s'agit d'informer le patient de façon objective sur les données actuelles de la science (en particulier sur les bénéfices et les

risques des interventions), afin d'éclairer la décision relative à son état de santé et de proposer les soins les plus appropriés. Ce sont des droits de la personne proclamés par la loi du 4 mars 2002. La connaissance de l'efficacité thérapeutique (avec ses quatre composantes : preuve, critère de jugement, quantité d'effet et population cible) des soins prescrits est indispensable à cette information objective. Elle est donc une condition nécessaire au processus de « décision médicale partagée ».

Pour le praticien cela nécessite plusieurs habiletés. Il doit accéder à l'information sur l'intervention à la date de sa prescription^[12], connaître et comprendre l'information sur l'intervention (niveau de preuve et analyse de la balance bénéfice/risque en particulier), communiquer au patient la quantité de bénéfices et de risques de manière numérique (probabiliste le plus souvent) de toutes les thérapeutiques possibles^[13], et vérifier que celui-ci a bien compris afin que son choix soit vraiment éclairé.

Cependant, certains auteurs ont montré qu'il existe un manque de connaissance des praticiens sur l'évaluation des bénéfices et des risques de certaines interventions courantes en médecine générale^[14], et également une mauvaise compréhension des termes d'épidémiologie clinique utilisés fréquemment dans les revues médicales^[15].

D'autre part, les principales sources secondaires que sont les recommandations (de la Haute Autorité de Santé ou des Sociétés Savantes) ne présentent pas systématiquement les bénéfices et les risques des médicaments de manière à ce que le médecin puisse l'expliquer correctement au patient^[16,17].

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des internes et des maîtres de stage universitaires en médecine générale sur l'efficacité thérapeutique de sept médicaments utilisés couramment et d'étudier les sources d'informations mobilisées dans ce domaine.

Matériel et Méthode

Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale par questionnaire menée de juin à octobre 2015. Les questions étaient fermées, permettant une analyse quantitative des données.

1. Population :

La population étudiée était les maîtres de stage universitaires (MSU) de Poitiers, Lyon, Nantes et Strasbourg, ainsi que les internes de médecine générale des facultés de Poitiers et de Lyon.

2. Création du questionnaire :

Différents points de l'efficacité thérapeutique sus cités ont été explorés, au travers de sept médicaments ou classe thérapeutique utilisés couramment en médecine générale. Le choix des médicaments était orienté par l'existence ou non d'études de haut niveau de preuve mettant en évidence la présence ou non de preuves d'efficacité thérapeutique. Il pouvait y avoir des traitements dont l'activité pharmacologique était établie mais dont l'efficacité n'était pas démontrée sur des critères cliniques pertinents.

Les médicaments étaient : l'acétylleucine dans les vertiges aigus, le gliclazide dans les complications micro et macrovasculaires des patients diabétiques de type 2, la paroxétine ou un autre inhibiteur de la recapture de la sérotonine dans l'épisode dépressif caractérisé, le paracétamol dans la lombalgie aiguë, l'amoxicilline dans l'otite moyenne aiguë (OMA) de l'enfant de plus de 2 ans, les statines dans l'hypercholestérolémie en prévention cardiovasculaire primaire et l'aspirine en prévention primaire chez les diabétiques de type 2.

Il y avait trente neuf questions au total.

Ces questions étudiaient notamment, la fréquence de prescription du médicament, la connaissance de l'existence d'une preuve d'efficacité ou non, des critères de jugement et de la quantité d'effet, et les sources utilisées y répondre.

Les données de la littérature issues des études de haut niveau de preuve ont été utilisées pour établir ces questions^[5, 18-24].

Parmi les sources il y avait les sources primaires (ECRs, méta-analyses des ECRs de la bibliothèque Cochrane (*Cochrane Library*), méta-analyses des ECRs d'autres revues) ; les sources secondaires (recommandations de la Haute Autorité de Santé (H.A.S.) ou internationales, des documents des sociétés savantes) ; et les autres sources (confrères, formations médicales continues, cours préparant l'Examen Classant National (ECN), revues médicales, Vidal, guides thérapeutiques, commission de transparence et l'expérience personnelle).

Les médecins ont également été questionnés sur la notion de « placebo impur », dont la définition retenue est celle d'« une substance, une intervention ou une thérapeutique ayant un effet pharmacologique, clinique ou physique connu pour certaines affections mais un manque d'effet thérapeutique spécifique dans la situation pour laquelle il a été prescrit »^[25].

Trois questions supplémentaires testaient les participants sur leurs notions élémentaires en statistique^[26] (appelées « *numeracy* » en anglais).

Le questionnaire est présenté en Annexe 2. Il a été mis en forme à l'aide du programme d'enquête de la suite bureautique de Google Drive et envoyé par mail aux internes de médecine générale sur leurs adresses étudiantes, ainsi qu'aux maîtres de stage universitaires via les collègues des médecins généralistes enseignants.

Ce questionnaire a été testé avant l'envoi sur dix médecins généralistes.

3. Recueil des données :

Le questionnaire était anonyme et renseignait seulement sur le statut interne ou maître de stage universitaire.

Les réponses étaient collectées via un tableur Excel rattaché au formulaire Google Drive.

4. Analyse statistique :

Le pourcentage de réponse pour chaque question a été calculé.

Les réponses aux questions sur la fréquence de prescription, l'existence d'une preuve d'efficacité ou non et les sources utilisées ont été regroupées pour analyse.

Lorsque cela s'y prêtait un test de χ^2 a été utilisé pour tester la différence statistique entre les réponses des internes et des MSU, et un test de Fisher lorsque l'effectif était inférieur à 5.

Le seuil de signification statistique défini était $p \leq 0,05$.

Résultats

476 questionnaires au total ont été reçus et analysés.

305 étaient issus d'internes en médecine générale, et 171 de MSU.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux en Annexe 1.

1. Acétylleucine :

Les réponses sont présentées dans le tableau I. 93% des médecins avaient déjà prescrit ce médicament sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,96$). Pour son efficacité dans les vertiges aigus, 53% ont répondu « non » la réponse exacte avec une différence significative en faveur des MSU ($p<0,05$). 54% continueront à la prescrire même si on leur prouve que son efficacité n'est pas démontrée, avec une différence significative pour les MSU ($p<0,05$). Les sources primaires ont été citées dans 1,5% des cas en moyenne. Les sources les plus citées étaient l'expérience personnelle, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,20$) ; les confrères et les cours ECN pour les internes et les revues pour les MSU avec une différence significative pour ces trois dernières. 22% des médecins considéraient l'acétylleucine comme un placebo impur dans cette indication avec une différence significative en faveur des MSU ($p<0,05$).

2. Gliclazide :

Les réponses sont présentées dans le tableau II. 65% des médecins avaient déjà prescrit ce médicament, avec une différence significative pour les MSU ($p<0,05$). Pour son efficacité sur les complications cliniques micro et macro vasculaires du diabète de type 2, 41% ont répondu « non » la réponse exacte avec une différence significative en faveur des MSU ($p<0,05$). 84% ne continueront pas à le prescrire si on leur prouve que l'efficacité n'est pas démontrée sans

différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,10$). Les sources primaires ont été citées dans 5% des cas en moyenne. Les MSU citaient de façon plus significative les méta-analyses Cochrane et les ECRs ($p<0,05$). Les sources les plus citées étaient chez les internes, les confrères, les recommandations H.A.S. et internationales et les cours ECN. Chez les MSU elles étaient, les revues, les formations médicales continues avec une différence significative pour chacune. 4% des médecins considéraient le gliclazide comme un placebo impur dans cette indication sans différence significative entre internes et MSU ($p=0,64$).

3. Paroxétine :

Les réponses sont présentées dans le tableau III. 91% des médecins avaient déjà prescrit ce médicament, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,56$). Pour son efficacité ou celle d'un autre inhibiteur de la recapture de la sérotonine dans l'épisode dépressif caractérisé : 83% ont répondu « oui », la réponse exacte sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,85$). Les sources primaires ont été citées dans 4% des cas en moyenne, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,44$). L'expérience personnelle était citée fréquemment sans différences significatives entre les internes et les MSU ($p=0,56$). Les internes citaient davantage les cours ECN, les confrères et les recommandations H.A.S. ou internationales. Les MSU citaient plus volontiers les revues. Il y avait une différence significative pour chacune. 72% des médecins ne considéraient pas la paroxétine comme un placebo impur dans cette indication sans différence significative entre internes et MSU ($p=0,68$). 97% des praticiens ne connaissaient pas la différence en terme de quantité d'effet entre le placebo et la paroxétine sur l'échelle d'Hamilton, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,82$). 4 praticiens (3 internes et 1MSU) ont répondu la bonne réponse de 2/52. La différence moyenne estimée cliniquement pertinente

était de 10/52 le plus souvent (45%) sans différence significative entre les internes et MSU ($p=0,93$).

4. Paracétamol :

Les réponses sont présentées dans le tableau IV. 97% des médecins avaient déjà prescrit ce médicament, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,96$). Pour son efficacité sur l'intensité ou la durée de la douleur dans la lombalgie aiguë, 12% ont répondu « non », la réponse exacte sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,81$). Les sources primaires ont été citées dans 3,6% des cas en moyenne, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,99$). L'expérience personnelle et les recommandations H.A.S. ou internationales ont été citées fréquemment sans différence significative entre internes et MSU ($p=0,24$; $0,90$). Les internes citaient davantage les cours ECN et les confrères. Les MSU citaient plus volontiers les revues. Il y avait une différence significative pour chacune. 5% des médecins considéraient le paracétamol comme un placebo impur dans cette indication, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,72$). La différence cliniquement pertinente par rapport au placebo estimée par les praticiens était plus proche de 10/100 (23% des cas), 20/100 (33% des cas) et 33/100 (23% des cas). Il n'y avait pas de différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,56$; $0,92$; $0,12$).

5. Amoxicilline :

Les réponses sont présentées dans le tableau V. 87% des médecins avaient déjà prescrit ce médicament, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,52$). Pour son efficacité dans l'otite moyenne aiguë de l'enfant de plus de 2 ans, 80 % ont répondu « oui », la réponse exacte sans différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,28$). Les critères d'efficacité attendus étaient les « critères otoscopiques » et le « soulagement de la

douleur ». Ils ont été choisis respectivement dans 38% et 36% des cas. Il y avait une différence significative pour ce deuxième critère en faveur des internes ($p < 0,05$). Les sources primaires ont été citées dans 2,5% des cas en moyenne, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,34$). L'expérience personnelle et les recommandations H.A.S. ou internationales ont été souvent citées sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,50$; $0,27$). Les internes citaient davantage les cours ECN et les confrères. Les MSU citaient plus volontiers les revues. Il y avait une différence significative pour chacune. 45% des médecins considéraient un traitement antibiotique dans une infection supposée virale comme un placebo impur, sans différence significative entre internes et MSU ($p = 0,24$).

6. Statines :

Les réponses sont présentées dans le tableau VI. 80% des médecins avaient déjà prescrit ce médicament, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,74$). Pour leur efficacité sur la réduction de mortalité totale ou cardiovasculaire, en prévention cardiovasculaire primaire, 59% ont répondu « oui » la réponse exacte sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,54$). Les sources primaires ont été citées dans 11% des cas en moyenne avec une différence significative en faveur des MSU pour les méta-analyses Cochrane ($p < 0,05$). Les recommandations H.A.S. ou internationales ont été citées fréquemment sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,33$). Les internes citaient plus les cours ECN et les confrères. Les MSU citaient davantage les revues. Il y avait une différence significative pour chacune. 24% des praticiens ont prétendu connaître la valeur du bénéfice des statines en termes de RRR, 9% ont répondu la bonne réponse de 15% sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,06$). 55% des médecins ont confié utiliser les équations de risque, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,14$).

7. Aspirine :

Les réponses sont présentées dans le tableau VII. 57% des médecins avaient déjà prescrit ce médicament, avec une différence significative pour les MSU ($p < 0,05$). Pour son efficacité sur la réduction du risque relatif des mortalités totale et cardiovasculaire, en prévention primaire chez les diabétiques de type 2, 28% ont répondu « non » la réponse exacte avec une différence significative en faveur des MSU ($p < 0,05$). Les sources primaires ont été citées dans 5% des cas en moyenne, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,97$). Les recommandations H.A.S. ou internationales ont été citées fréquemment sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,98$). Les internes ont davantage cité les cours ECN et les confrères. Les MSU ont plus volontiers cité les revues. Il y avait une différence significative pour chacune. Les réponses à la question sur le NNT estimé cliniquement pertinent étaient plus proche de 50 (17%), 100 (20%), 1000 (17%), sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,74$; 0,91 ; 0,91).

8. Connaissances en statistique :

84% des praticiens ont déclaré savoir ce qu'est une réduction du risque relatif et 70% ce qu'est un nombre nécessaire de patients à traiter pour éviter ou améliorer un évènement ou critère, sans différence significative entre les internes et les MSU ($p = 0,90$). Les taux de réponses exactes aux trois dernières questions, testant le niveau en statistique des participants étaient élevés : 91% des praticiens ont correctement converti le pourcentage en fréquence, 82% ont correctement converti la fréquence en pourcentage et 79% ont correctement estimé la probabilité d'obtenir face en jouant à pile ou face, sans différence significative entre internes et MSU ($p = 0,31$; 0,19 ; 0,26).

Discussion

Cette étude montre qu'il existe un manque de connaissance des médecins généralistes interrogés sur les quatre domaines de l'efficacité thérapeutique (preuve, quantité d'effet, critère de jugement et population cible) des sept médicaments étudiés.

1. Prescription des médicaments ou de la classe thérapeutique étudiés

(Tableau VIII) :

De façon générale les praticiens avaient souvent prescrit les médicaments ou classe thérapeutique étudiés (81,5% en moyenne), ce qui conforte l'idée que ce sont des traitements couramment ordonnés en médecine générale. Le choix des médicaments a pu entraîner un biais, car nous ne pouvions pas porter notre étude sur toutes les classes thérapeutiques existantes.

2. Existence d'une preuve d'efficacité (Tableau IX) :

En moyenne un praticien interrogé sur deux s'est trompé sur l'existence ou non d'une preuve d'efficacité, avec globalement peu de différence entre les internes et les MSU ($p=0,49$). Les taux de bonnes réponses étaient variables (12% pour le paracétamol, 83% pour la paroxétine), internes et MSU confondus. Ce faible résultat pour le paracétamol dans la lombalgie aiguë est étonnant puisqu'il s'agit d'un des médicaments le plus prescrit^[27], et la lombalgie un des motifs de recours le plus fréquent en soins primaires^[28].

À la question : « si l'on vous prouve que son efficacité clinique n'est pas démontrée, continuerez-vous à le(la) prescrire ? » ; pour l'acétylleucine la réponse était positive à 52% alors que pour le gliclazide elle l'était à 16%, les praticiens ayant répondu pour la preuve d'efficacité avec un taux presque identique pour les deux médicaments. Cette différence

pourrait être expliquée par le fait que l'acétylleucine entraîne moins d'effets secondaires que le gliclazide et que sa prescription pour un effet placebo éventuel serait éventuellement légitime.

3. Quantité d'effet :

La quantité d'effet était illustrée d'une part par la paroxétine dans le traitement de l'épisode dépressif caractérisé. 83% des praticiens ont répondu correctement pour l'existence d'une preuve d'efficacité, par contre 97% ne connaissaient pas la différence d'effet par rapport au placebo sur l'échelle d'Hamilton. Seulement 4 participants ont répondu la réponse exacte de 2 points sur 52. Ils savaient donc que le médicament était efficace mais pas de combien. La plupart d'entre eux (45%) trouverait une différence moyenne pertinente par rapport au placebo à partir de 10 points sur 52, ce qui est éloigné de 8 points par rapport à la réalité. Cela soulève la question de la justification de leur prescription. S'ils connaissaient cette faible différence par rapport au placebo, prescriraient-ils de la paroxétine dans l'épisode dépressif caractérisé ? Savent-ils qu'une réponse au traitement est habituellement définie par une réduction d'au moins 50% par rapport au score total de base, et qu'un score de 2 sur l'échelle d'« impression clinique globale » correspond à un score de 6 à 8 sur l'échelle d'Hamilton ?^[29]. Ce qui fait qu'une différence de 2 points sur l'échelle d'Hamilton est donc peu pertinente cliniquement.

Cette quantité d'effet était d'autre part explorée par la question sur le paracétamol. Aucune étude n'a montré la preuve de son efficacité dans la lombalgie aiguë^[21]. Seulement 12% des praticiens le savaient (sans différence significative entre les internes et les MSU). Quant à trouver une différence cliniquement pertinente par rapport au placebo, les réponses étaient partagées mais globalement éloignées de la réalité.

S'agissant des statines en prévention cardiovasculaire primaire, 24% des praticiens ont déclaré connaître la valeur de la RRR, mais seulement 9% ont répondu la réponse exacte, sans différence significative entre les internes et les MSU. L'utilisation déclarée des équations de risque par les internes et les MSU dans 55% des cas est contradictoire avec ce résultat. En effet la moitié d'entre eux utiliserait ces scores pour guider leur prescription mais ne connaît pas la valeur d'un des indices importants (la RRR) qui les compose. Pourtant 84% des médecins interrogés déclaraient connaître sa signification, ce qui ne traduit pas un manque de connaissance en terme de statistique, mais un manque de savoir sur la quantité d'effet du traitement.

Il en est de même pour la question sur l'aspirine en prévention cardiovasculaire chez le diabétique de type 2. La plupart des médecins interrogés (44%) pensaient que l'efficacité était démontrée alors qu'elle ne l'est pas. L'indice NNT était connu des praticiens dans 70% des cas, mais les valeurs estimées pertinentes étaient partagées. Cela met en évidence là aussi un manque de connaissance sur la preuve d'efficacité et la quantité d'effet du médicament.

4. Critères de jugement :

4.1. Critère intermédiaire :

Il s'agit d'un paramètre biologique ou physiologique lié au mécanisme d'action du traitement. Il n'est pas une preuve directe d'efficacité. Son lien avec l'efficacité clinique doit être prouvé pour qu'il soit considéré comme un critère de jugement. Par exemple, l'HbA1c dans le diabète de type 2 peut être considérée comme un critère intermédiaire. Les sulfamides hypoglycémiant, même s'ils diminuent le taux d'HbA1c ne réduisent pas de manière statistiquement significative la mortalité et les complications liées au diabète de type 2^[18,19]. Il est intéressant de constater dans notre étude, que 41% des médecins le savaient. Il est possible

que les autres aient fait l'extrapolation entre la baisse de l'HbA1c et la diminution des complications cliniques.

4.2. Critère cliniquement pertinent :

La question sur l'amoxicilline illustre la donnée du critère de jugement. En moyenne 37% des praticiens ont répondu les critères attendus « otoscopiques » et « soulagement de la douleur ». 80% des médecins savaient que cet antibiotique est efficace dans l'otite moyenne aiguë de l'enfant de plus de 2 ans mais ne savaient pas sur quels aspects de la maladie, ce qui montre un manque de connaissance sur les critères de jugement pour ce traitement.

5. Sources :

Cette étude a également mis en évidence que les praticiens interrogés n'utilisaient pas les études de haut niveau de preuve (sources primaires) (tableau X).

Les sources primaires : « ECRs », « méta-analyses des ECRs » et « méta-analyses Cochrane », ont été globalement très peu citées : 4,6% en moyenne, et allaient de 1,5% à 11% en fonction du médicament. Il n'y avait globalement pas de différence significative entre les internes et les MSU ($p=0,35$) sauf pour les méta-analyses où les MSU les ont plus citées que les internes : 8,4% vs 3,3% ($p<0,05$).

Il est curieux de voir que l'« expérience personnelle » est souvent mentionnée (39%) alors qu'il est impossible au niveau individuel de déterminer l'effet spécifique d'une thérapie, à cause de l'effet placebo.

Il est étonnant de constater que les internes ayant passé l'épreuve de Lecture Critique d'Articles à l'ECN sont très peu nombreux (3,8%) à consulter ces sources primaires, ce qui prouve que cette matière n'entraîne pas une meilleure lecture de celles-ci. L'objectif, peut-être mal compris des étudiants, de cet enseignement est de savoir lire un article médical

scientifique et de développer son propre regard critique pour être capable d'informer son patient^[30]. De plus, le recours aux confrères (53%) et à leur expérience personnelle (42%) pourrait être le reflet d'un manque de formation pratique quant à la compréhension et l'utilisation des résultats des études de haut niveau de preuve.

Les données actuelles de la science sont issues des sources primaires. La pratique de la médecine fondée sur des preuves ne peut donc exister sans lecture de ces sources. Selon nous, les résultats de cette étude traduisent l'échec de l'implantation de l'EBM qui a pour objectif que chaque médecin puisse lire et interpréter les sources primaires. Les raisons en sont multiples : le manque de temps, la difficulté d'accès aux données, la difficulté d'interprétation des études, le manque de pratique de la lecture de l'anglais, etc... Cela peut représenter un frein à la décision médicale partagée qui est une décision éclairée et basée pour une part, sur les données de l'EBM^[31].

6. Connaissances en statistique :

Le taux élevé de réponses exactes aux trois dernières questions (84%) ne traduisait pas un manque de connaissance des notions élémentaires en statistique pour répondre correctement aux questions sur l'efficacité des médicaments étudiés. Ce niveau était comparable à celui des praticiens interrogés dans l'étude de Labrecque et al. jugeant leur niveau en calcul sur les mêmes questions ($p=0,88$)^[14].

Même si dans notre étude 77% des médecins déclaraient savoir ce qu'est une RRR ou un NNT, cela ne reflète pas forcément une bonne connaissance des termes basiques d'épidémiologie clinique couramment utilisés dans les revues médicales. Estellat et al. ont mis en évidence la compréhension limitée des praticiens concernant les termes

d'épidémiologie clinique utilisés dans des revues médicales importantes dans une étude menée dans des hôpitaux universitaires parisiens^[15].

Finalement nos résultats sont en accord avec ceux de Labrecque et al. présentés dans leur étude sur l'estimation des bénéfices et des risques d'interventions courantes en pratique clinique par les médecins généralistes. Ils ont montré que les médecins interrogés n'estimaient pas correctement les bénéfices et les risques de ces interventions. Le score moyen de réponses correctes étaient de 25% +/- 12% (avec un intervalle de confiance à 95% de 23 à 27%)^[14].

7. Placebo impur :

Tout médicament ayant une activité pharmacologique n'a pas forcément une efficacité thérapeutique. L'amélioration de la pression artérielle, du taux de cholestérolémie ou celui d'hémoglobine glyquée est la preuve d'une activité pharmacologique laissant espérer (mais n'affirmant pas) un bénéfice pour le malade^[32].

Savoir si un médicament est un placebo « impur » nécessite l'absence de preuve de son efficacité clinique spécifique dans un essai clinique randomisé en double-insu contre placebo « pur ». Or ces essais sont conçus pour prouver la supériorité d'un traitement sur un placebo. En l'absence de différence significative à la fin de l'essai, on ne peut pourtant pas conclure rigoureusement à l'absence d'efficacité. La définition d'un placebo impur est ainsi liée à l'existence de preuve et donc à la connaissance de cette preuve.

En 2011, Rahel Fent et al. ont publié une étude qualitative portant sur l'utilisation de placebos pur et impur en situation de soins primaires. Ils ont interrogé 12 praticiens suisses, notamment sur leur définition d'un « placebo ». La majorité des réponses correspondait à la définition d'un placebo pur. Ce qui signifie que la plupart des praticiens ne sont pas conscients que certaines molécules prescrites sont classées dans les placebos impurs^[33].

Dans notre étude il y avait dans l'ensemble peu de corrélation entre la connaissance de l'absence d'existence d'une preuve d'efficacité du médicament et sa considération comme un placebo impur. Par exemple, pour l'acétylleucine, 53% des médecins pensaient que son efficacité dans le traitement des vertiges aigus n'était pas démontrée, pourtant seulement 22% la considéraient comme un placebo impur. De même pour le gliclazide, 41% des médecins pensaient que son efficacité sur les complications cliniques du diabète de type 2 n'étaient pas démontrée, mais 4% le considéraient comme un placebo impur.

8. Limites de l'étude :

Cette étude a plusieurs limites. Tout d'abord il existait un biais de sélection. Le questionnaire a été envoyé à différentes facultés dont le choix a été laissé à notre libre appréciation pour des raisons de facilité. Un tirage aléatoire n'a pas été effectué parmi ces internes et ces MSU. La population étudiée n'était donc pas représentative. Le fait d'avoir effectué un envoi numérique sur des listes de mails ne permettait pas de connaître le nombre de questionnaires transmis, et donc de calculer le taux de participation.

Pour ce type d'étude par questionnaire il existe un biais de déclaration, limité par l'anonymisation des réponses.

Le fait d'avoir interrogé ce type de praticiens peut en partie expliquer le bon niveau en statistique, les internes ayant passé depuis peu l'ECN, et les maîtres de stage étant formateurs universitaires.

De plus, nous n'avons pas exploré la connaissance des risques des médicaments qui est également nécessaire à la décision médicale partagée.

Pour effectuer une démarche médicale partagée, il est actuellement préconisé de présenter les bénéfices des traitements en termes absolus en utilisant la différence de risque absolu et le nombre de patients à traiter pour éviter un évènement. Le médecin peut se servir de différents outils d'aide à la décision. Par exemple, le « *statin choice decision aid* » développé par la *Mayo Clinic* comprend une évaluation individuelle du niveau de risque cardiovasculaire du patient, les bénéfices attendus du traitement en fonction de la posologie de statine prescrite, et l'évaluation du coût et du risque d'effets indésirables^[34]. En l'absence de connaissance sur la preuve et de la quantité d'efficacité à atteindre, il est difficile d'informer de façon transparente et honnête son patient. L'utilisation des « *drug facts boxes* » proposée par Schwartz et Woloshin permet de faciliter la compréhension des patients quant aux bénéfices et risques avec ou sans thérapeutique^[35]. La langue anglaise peut être un frein pour les médecins français à l'utilisation de ces outils. Labrecque et al. ont créé: une « *Boîte à décision* » (« *Fact Box* ») résumant les probabilités des risques et bénéfices d'actions curatives ou préventives comme l'utilisation des statines ou le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA^[36]. Ils proposent d'intégrer ces « boîtes à décision » dans le programme d'enseignement afin de faciliter la communication des informations aux patients et ainsi améliorer la décision médicale partagée. Cela pourrait être intéressant de les inclure également dans la formation des médecins généralistes en France.

Conclusion

Malgré un bon niveau en statistique, les médecins généralistes interrogés manquent de connaissance sur l'efficacité thérapeutique de ces sept médicaments couramment utilisés en médecine générale. Ils n'utilisent pas dans leur pratique les études de haut niveau de preuve comme sources principales d'information. Cela représente un frein à la pratique de la médecine fondée sur des preuves et donc à la décision médicale partagée qui sont inévitablement liées. La nécessité d'intégrer les meilleures preuves scientifiques afin de les communiquer de façon objective aux patients, sous entend que les praticiens doivent y être formé et développer la sixième compétence de « professionnalisme » non seulement lors de la préparation du DES de médecine générale mais également tout au long de leur carrière.

Références

1. Evidence-based medicine working group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5
2. Bouvenot G, Eschwege E. Essais thérapeutiques. Principes d'interprétation. Rev Prat 1991; 41: 1853-7
3. Boissel JP, Buyse M, Cucherat M et al. The problem of therapeutic efficacy indices. 2. Description of the indices. Therapie 1999; 54: 309-14
4. Boissel JP. Consequences of discrepancies between current data of the science and medical practice. Therapie 1996; 51: 225-32
5. Manach C. Efficacité Clinique de l'Acétylleucine, Meclozine et Betahistine dans le traitement des vertiges : une revue systématique de la littérature et méta-analyse des essais cliniques randomisés versus placebo [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Université de Poitiers. 2015.
6. CNGE. Médecine générale. 2^{ième} édition. Masson; 2009: 488.
7. Holmer HK, Ogden LA, Burda BU et al. Quality of clinical practice guidelines for glycemic control in type 2 diabetes mellitus. PLOS One 2013; 8(4): e58625
8. Norris SL, Holmer HK, Ogden LA et al. Conflicts of interest among authors of clinical practice guidelines for glycemic control in type 2 diabetes mellitus. PLOS One 2013; 8(10): e75284
9. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312(7023): 71-72
10. Hoffman TC, Montori VH, Del Mar C. The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. JAMA 2014; 312(13): 1295-1296

11. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making. The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med* 2012; 366: 780-781
12. Boissel JP, Cucherat M, Amsallem E et al. Getting evidence to prescribers and patients or how to make EBM a reality. *Stud Health Technol Inform* 2003; 95: 554-9
13. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns* 2006; 60(3): 301-12
14. Labreque M, Le Bel J, Wilmart F et al. Do Family Physicians Correctly Estimate the Benefits and Risks of Common Therapeutic and Preventive Interventions. 2010
15. Estellat C, Faisy C, Colombet I et al. French academic physicians had a poor knowledge of terms used in clinical epidemiology. *J Clin Epidemiol* 2006; 59: 1009-1014
16. McCormack JP, Loewen P. Adding "value" to clinical practice guidelines. *Can Fam Physician* 2007; 53(8): 1326-7
17. Umscheid CA. Should guidelines incorporate evidence on patient preferences? *J Gen Intern Med* 2009; 24(8): 988-90
18. Hemmingsen B, Schroll JB, Lund SS et al. Sulphonylurea monotherapy for patients with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 4: CD009008
19. Boussageon R, Lebeau JP. Evaluation de l'efficacité clinique des antidiabétiques chez les sujets diabétiques de type 2. *Exercer* 2013; 110: 262-7
20. Sugarman AM, Loree AM, Baltes BB, Grekin ER et al. The Efficacy of Paroxetine and Placebo in Treating Anxiety and Depression : A Meta-Analysis of Change on the Hamilton Rating Scales. *PLOS One* 2014; 9(8): e106337
21. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal Pain and osteoarthritis : systematic review and meta-analysis of randomised placebo Controlled trials. *BMJ* 2015; 350: h1125

22. Venekamp RP, Sanders SL, Glasziou PP. Antibiotics for acute otitis media in children. Cochrane Database of Syst Rev 2015; 6: CD000219
23. Taylor F, Huffman MD, Macedo AF et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease (Review). Cochrane Database of Syst Rev 2013; 1: CD004816
24. De Berardis G, Sacco M, Strippoli GFM et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes : meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2009; 339: b4531
25. Howick J, Bishop FL, Heneghan C et al. Placebo use in the United Kingdom: results from a national survey of primary care practitioners. PLoS One 2013; 8(3): e58247
26. Schwartz LM, Woloshin S, Black WC et al. The role of numeracy in understanding the benefit of screening mammography. Ann Intern Med 1997; 127(11): 966-72
27. ANSM. Rapport. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. Juin 2014
28. Valat JP. Epidémiologie des lombalgies. Rev. Rhum. (Ed. Fr.) 1998; 6T (5 bis): 1725-45
29. Leucht S, Fennema H, Engel R et al. What does the HAMD mean ? Journal of Affective Disorders 148 (2013) 243-248
30. Durieux P, Ménard J. La lecture critique d'article : un outil essentiel à la pratique de la médecine. Presse Med. 2009; 38: 7-9
31. Mühlhauser I, Albrecht M, Steckelberg A. Evidence-based health information and risk competence. GMS 2015, Vol.13, ISSN 1612-3174
32. Bergmann JF. Médicaments utiles et inutiles : notion de service médical rendu. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Akos, I-0155, 2003, 4p
33. Fent R, Rosemann T, Fässler M et al. The use of pure and impure placebo interventions in primary care-a qualitative approach. BMC Fam Pract. 2011; 12: 11
34. Mayo Clinic. Statin choice decision aid. <http://statindecisionaid.mayoclinic.org/>, consulté le 19 avril 2016

35. Schwartz LM, Woloshin S, Gilbert Welch H. Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms : two randomized trials. *Ann Intern Med* 2009; 150: 516-527
36. Université de Laval. La boîte à décision. <http://www.decisionbox.ulaval.ca>, consulté le 2 septembre 2015

Annexe 1 : Tableaux

Tableau I : Acétylleucine dans les vertiges aigus.

Questions	Réponses	Total	Internes	MSU	Valeur de p
1) Vous arrive-t-il de prescrire de l'acétylleucine dans les vertiges aigus ?	Oui	441 (93%)	281 (92%)	160 (94%)	0,96
a) Selon vous, est-ce que son efficacité est démontrée ?	Oui	97 (20%)	83 (27%)	14 (8%)	*
	Non	250 (53%)	134 (44%)	116 (68%)	<0,05
	Ne sait pas	129 (27%)	88 (29%)	41 (24%)	*
b) Quelles sont vos sources ?	Exp. personnelle	258 (54%)	178 (58%)	80 (47%)	0,20
	Reco. HAS ou internat.	58 (12%)	36 (12%)	22 (13%)	*
	Méta-analyses Cochrane	7 (1,5%)	1 (0,5%)	6 (3,5%)	<0,05
	ECR	7 (1,5%)	3 (1%)	4 (2%)	0,26
	Méta-analyses ECR	8 (1,5%)	2 (0,5%)	6 (3,5%)	0,06
	Sociétés savantes	24 (5%)	13 (4%)	11 (6%)	*
	Confrères	237 (50%)	192 (63%)	45 (26%)	<0,05
	Cours ECN	134 (28%)	129 (42%)	5 (3%)	<0,05
	FMC	46 (9,5%)	18 (6%)	28 (16%)	*
	Vidal	129 (27%)	98 (32%)	31 (18%)	*
	Guides thérapeutiques	82 (17%)	63 (21%)	19 (11%)	*
	Revue	140 (29%)	53 (17%)	87 (51%)	<0,05
	Commission transparence	6 (1%)	3 (1%)	3 (2%)	*
	Autres	12 (2,5%)	7 (2%)	5 (3%)	*
c) Pensez-vous que l'acétylleucine soit un placebo "impur" ?	Oui	104 (22%)	48 (16%)	56 (33%)	<0,05
	Non	113 (24%)	89 (29%)	24 (14%)	*
	Ne sait pas	259 (54%)	168 (55%)	91 (53%)	*
d) Si l'on vous prouve que son efficacité n'est pas démontrée, continuerez-vous à le prescrire ?	Oui	258 (54%)	143 (47%)	115 (67%)	<0,05
	Non	218 (46%)	162 (53%)	56 (33%)	*

Tableau II : Gliclazide dans les complications micro et macrovasculaires des diabétiques de type 2.

Questions :	Réponses	Total	Internes	MSU	Valeur de p
1) Vous arrive-t-il de prescrire du gliclazide chez les patients diabétiques de type 2 ?	Oui	311 (65%)	174 (57%)	137 (80%)	<0,05
a) Selon vous, est-ce que son efficacité sur les complications cliniques (micro et macrovasculaires) du diabète de type 2 est démontrée ?	Oui	138 (29%)	102 (33%)	36 (21%)	*
	Non	193 (41%)	95 (31%)	98 (57%)	<0,05
	Ne sait pas	145 (30%)	108 (36%)	37 (22%)	*
b) Quelles sont vos sources ?	Exp. Personnelle	78 (16%)	54 (18%)	24 (14%)	*
	Reco. HAS ou internat.	160 (34%)	120 (40%)	40 (23%)	<0,05
	Méta-analyses Cochrane	15 (3%)	4 (1%)	11 (6%)	<0,05
	ECR	23 (5%)	16 (5%)	7 (4%)	0,75
	Méta-analyses ECR	38 (8%)	12 (4%)	26 (15%)	<0,05
	Sociétés savantes	46 (10%)	25 (8%)	21 (12%)	*
	Confrères	182 (38%)	141 (46%)	41 (24%)	<0,05
	Cours ECN	123 (26%)	117 (38%)	6 (3%)	<0,05
	FMC	86 (18%)	38 (12%)	48 (28%)	<0,05
	Vidal	72 (15%)	50 (16%)	22 (13%)	*
	Guides thérapeutiques	54 (11%)	42 (14%)	12 (7%)	*
	Revue	173 (36%)	75 (25%)	98 (57%)	<0,05
	Commission transparence	8 (2%)	2 (0,5%)	6 (3,5%)	*
	Autres	33 (7%)	20 (7%)	13 (8%)	*
c) Pensez vous que le gliclazide soit un placebo "impur"?	Oui	18 (4%)	13 (4%)	5 (3%)	0,64
	Non	273 (57%)	167 (55%)	106 (62%)	*
	Ne sait pas	185 (39%)	125 (41%)	60 (35%)	*
d) Si l'on vous prouve que son efficacité clinique n'est pas démontrée, continuerez-vous à le prescrire ?	Oui	75 (16%)	27 (9%)	48 (28%)	*
	Non	401 (84%)	278 (91%)	123 (72%)	0,10

Tableau III : Paroxétine dans l'épisode dépressif caractérisé.

Questions	Réponses	Total	Interne	MSU	Valeur de p
3) Vous arrive-t-il de prescrire de la paroxétine ou autre IRS pour un épisode dépressif caractérisé?	Oui	434 (91%)	269 (88%)	165 (96%)	0,56
a) Selon vous est-ce que son efficacité est démontrée ?	Oui	396 (83%)	257 (84%)	139 (81%)	0,85
	Non	15 (3%)	6 (2%)	9 (5%)	*
	Ne sait pas	65 (14%)	42 (14%)	23 (14%)	*
b) Quelles sont vos sources ?	Exp. Personnelle	226 (47%)	139 (46%)	87 (51%)	0,56
	Reco. HAS ou internat.	208 (44%)	150 (50%)	58 (34%)	<0,05
	Méta-analyses Cochrane	10 (2%)	6 (2%)	4 (2%)	0,75
	ECR	33 (7%)	17 (6%)	16 (9%)	0,20
	Méta-analyses ECR	13 (3%)	7 (2%)	6 (4%)	0,64
	Sociétés savantes	52 (11%)	34 (11%)	18 (11%)	*
	Confrères	238 (50%)	182 (60%)	56 (33%)	<0,05
	Cours ECN	224 (47%)	212 (70%)	12 (7%)	<0,05
	FMC	81 (17%)	30 (10%)	51 (30%)	*
	Vidal	153 (32%)	117 (38%)	36 (21%)	*
	Guides thérapeutiques	101 (21%)	83 (27%)	18 (11%)	*
	Revue	124 (26%)	50 (16%)	74 (43%)	<0,05
	Commission transparence	13 (3%)	1 (0,5%)	12 (7%)	*
	Autres	13 (3%)	9 (3%)	4 (2%)	*
c) Pensez vous que la paroxétine soit un placebo "impur" ?	Oui	10 (2%)	8 (3%)	2 (1%)	*
	Non	344 (72%)	226 (74%)	118 (70%)	0,68
	Ne sait pas	122 (26%)	71 (23%)	51 (29%)	*
d) Connaissez vous la différence entre la paroxétine et le placebo sur une échelle de 52 points (échelle de Hamilton) ?	Oui	16 (3%)	6 (2%)	10 (6%)	*
	Non	460 (97%)	299 (88%)	161 (94%)	0,82
e) Si oui de combien est- elle ?	2	4 (1%)	3 (1%)	1 (0,5%)	0,94
	5	12 (2%)	3 (1%)	8 (5%)	*
	10	9 (2%)	3 (1%)	6 (4%)	*
	25	7 (1,5%)	4 (1%)	3 (2%)	*
f) Sur une échelle de 52 points, à partir de quelle différence moyenne trouverez-vous l'efficacité d'un antidépresseur cliniquement pertinente ?	2	23 (5%)	12 (4%)	11 (6%)	*
	5	74 (16%)	49 (16%)	25 (15%)	*
	10	213 (45%)	135 (44%)	78 (46%)	0,93
	26	78 (16%)	51 (17%)	27 (16%)	*
	plus de 26	88 (18%)	58 (19%)	30 (17%)	*

Tableau IV : Paracétamol dans la lombalgie aigue.

Questions	Réponses	Total	Internes	MSU	Valeur de p
4) Vous arrive-t-il de prescrire du paracétamol dans la lombalgie aigue ?	Oui	464 (97%)	299 (98%)	165 (96%)	0,96
a) Selon vous est ce que son efficacité est démontrée sur l'intensité ou la durée de la douleur ?	Oui	360 (76%)	231 (76%)	129 (76%)	*
	Non	57 (12%)	38 (12%)	19 (11%)	0,81
	Ne sait pas	59 (12%)	36 (12%)	23 (13%)	*
b) Quelles sont vos sources ?	Exp. Personnelle	352 (74%)	240 (79%)	112 (65%)	0,24
	Reco. HAS ou internat.	204 (43%)	129 (42%)	75 (44%)	0,90
	Méta-analyses Cochrane	12 (2,5%)	7 (2%)	5 (3%)	0,91
	ECR	26 (5%)	17 (6%)	9 (5%)	0,94
	Méta-analyses des ECR	17 (3,5%)	9 (3%)	8 (5%)	0,49
	Sociétés savantes	61 (13%)	40 (13%)	21 (12%)	*
	Confrères	223 (47%)	175 (57%)	48 (28%)	<0,05
	Cours ECN	192 (40%)	181 (59%)	11 (6%)	<0,05
	FMC	88 (18%)	43 (14%)	45 (26%)	*
	Vidal	123 (26%)	94 (31%)	29 (17%)	*
	Guides thérapeutiques	97 (20%)	80 (26%)	17 (10%)	*
	Revue	140 (29%)	51 (17%)	89 (52%)	<0,05
	Commission transparence	7 (1,5%)	3 (1%)	4 (2%)	*
	Autres	14 (3%)	10 (3%)	4 (2%)	*
c) Pensez vous que le Paracétamol soit un placebo "impur" ?	Oui	24 (5%)	14 (5%)	10 (6%)	0,72
	Non	384 (81%)	257 (84%)	127 (74%)	*
	Ne sait pas	68 (14%)	34 (11%)	34 (20%)	*
d) Sur une échelle de douleur de 100 points, à partir de quelle différence trouverez vous l'efficacité du Paracétamol cliniquement pertinente ?	5	35 (7%)	23 (7%)	12 (7%)	*
	10	109 (23%)	66 (22%)	43 (25%)	0,56
	20	156 (33%)	100 (33%)	56 (32%)	0,92
	33	109 (23%)	79 (26%)	30 (18%)	0,12
	50	67 (14%)	37 (12%)	30 (18%)	*

Tableau V : Amoxicilline dans l'OMA de l'enfant de plus de 2 ans.

Questions	Réponses	Total	Internes	MSU	Valeur de p
5) Vous arrive-t-il de prescrire de l'amoxicilline dans l'OMA de l'enfant de plus de 2 ans ?	Oui	413 (87%)	274 (90%)	139 (81%)	0,52
a) Selon vous est-ce que son efficacité est démontrée ?	Oui	382 (80%)	259 (85%)	123 (72%)	0,28
	Non	66 (14%)	32 (10%)	34 (20%)	*
	Ne sait pas	28 (6%)	14 (5%)	14 (8%)	*
b) Si oui sur quel(s) critère(s) ?	Critères otoscopiques	179 (38%)	119 (39%)	60 (35%)	0,62
	Prévention des complications	279 (59%)	198 (65%)	81 (47%)	*
	Guérison plus rapide	144 (30%)	102 (33%)	42 (25%)	*
	Soulagement de la douleur	173 (36%)	128 (42%)	45 (26%)	<0,05
	Meilleur confort	163 (34%)	123 (40%)	40 (23%)	*
c) Quelles sont vos sources ?	Exp. Personnelle	233 (49%)	156 (51%)	77 (45%)	0,50
	Reco. HAS ou internat.	284 (60%)	194 (64%)	90 (53%)	0,27
	Méta-analyses Cochrane	9 (2%)	3 (1%)	6 (4%)	0,08
	ECR	17 (4%)	11 (4%)	6 (4%)	0,84
	Méta-analyse ECR	7 (1,5%)	2 (0,5%)	5 (3%)	0,10
	Sociétés savantes	86 (18%)	50 (16%)	36 (21%)	*
	Confrères	193 (41%)	157 (51%)	36 (21%)	<0,05
	Cours ECN	214 (45%)	204 (67%)	10 (6%)	<0,05
	FMC	71 (15%)	30 (10%)	41 (24%)	*
	Vidal	96 (20%)	72 (24%)	24 (14%)	*
	Guides thérapeutiques	107 (22%)	83 (27%)	24 (14%)	*
	Revue	109 (23%)	33 (11%)	76 (44%)	<0,05
	Commission de transparence	4 (1%)	0	4 (2%)	*
	Autres	18 (4%)	7 (2%)	11 (6%)	*
d) Pour vous un traitement antibiotique dans une infection supposée virale est un placebo "impur" ?	Oui	216 (45%)	149 (49%)	67 (39%)	0,24
	Non	153 (32%)	97 (32%)	56 (33%)	*
	Ne sait pas	107 (23%)	59 (19%)	48 (28%)	*

Tableau VI : Statines en prévention cardiovasculaire primaire.

Questions	Réponses	Total	Internes	MSU	Valeur de p
6) Vous arrive-t-il de prescrire une statine dans le traitement de l'hypercholestérolémie en prévention cardiovasculaire primaire ?	Oui	381 (80%)	239 (78%)	142 (83%)	0,74
a) Selon vous, est-ce que son efficacité est démontrée en termes de réduction de mortalité totale ou cardiovasculaire ?	Oui	281 (59%)	187 (61%)	94 (55%)	0,54
	Non	141 (30%)	81 (27%)	60 (35%)	*
	Ne sait pas	54 (11%)	37 (12%)	17 (10%)	*
b) Quelles sont vos sources ?	Exp. Personnelle	94 (20%)	70 (23%)	24 (14%)	*
	Reco. HAS ou internat.	262 (55%)	178 (58%)	84 (50%)	0,33
	Méta-analyses Cochrane	28 (6%)	11 (4%)	17 (10%)	<0,05
	ECR	62 (13%)	40 (13%)	22 (13%)	0,94
	Méta-analyse ECR	62 (14%)	25 (8%)	37 (22%)	<0,05
	Sociétés savantes	82 (17%)	49 (16%)	33 (20%)	*
	Confrères	193 (41%)	156 (51%)	37 (22%)	<0,05
	Cours ECN	177 (37%)	163 (53%)	14 (8%)	<0,05
	FMC	98 (21%)	47 (15%)	51 (30%)	*
	Vidal	72 (15%)	55 (18%)	17 (10%)	*
	Guides thérapeutiques	71 (15%)	55 (18%)	16 (9%)	*
	Revue	162 (34%)	73 (24%)	89 (52%)	<0,05
	Commission de transparence	8 (1,5%)	3 (1%)	5 (3%)	*
	Autres	18 (4%)	12 (4%)	6 (4%)	*
c) Savez-vous ce qu'est une réduction relative du risque ?	Oui	402 (84%)	260 (85%)	142 (83%)	0,90
	Non	74 (15%)	45 (15%)	29 (17%)	*
d) Connaissez-vous la valeur du bénéfice des statines sur ces critères en termes de réduction du risque relatif ?	Oui	115 (24%)	50 (16%)	65 (38%)	<0,05
	Non	330 (69%)	238 (78%)	92 (54%)	*
	Ne comprends pas la question	31 (6%)	17 (6%)	14 (8%)	*
e) Si oui de combien est-elle ?	1%	35 (7%)	15 (5%)	20 (12%)	*
	5%	33 (7%)	11 (4%)	22 (13%)	*
	15%	45 (9%)	22 (7%)	23 (13%)	0,06
	25%	18 (4%)	8 (3%)	10 (6%)	*
	33%	10 (2%)	6 (2%)	4 (2%)	*
	50%	1 (0,2%)	0	1 (0,5%)	*
f) Utilisez-vous les équations de risque ? (Framingham, SCORE, autres)	Oui	261 (55%)	152 (50%)	109 (64%)	0,14
	Non	211 (44%)	150 (49%)	61 (35,5%)	*
	Ne comprends pas la question	4 (1%)	3 (1%)	1 (0,5%)	*

Tableau VII : Aspirine en prévention primaire chez les diabétiques de type 2.

Questions	Réponses	Total	Internes	MSU	Valeur de p
7) Vous arrive-t-il de prescrire de l'Aspirine en prévention primaire chez les patients diabétiques de type 2 conformément à la ROSP ?	Oui	273 (57%)	153 (50%)	120 (70%)	<0,05
a) Selon vous est-ce que son efficacité est démontrée en termes de réduction de mortalité totale ou cardiovasculaire ?	Oui	211 (44%)	146 (48%)	65 (38%)	*
	Non	134 (28%)	64 (21%)	70 (41%)	<0,05
	Ne sait pas	131 (28%)	95 (31%)	36 (21%)	*
b) Quelles sont vos sources ?	Exp. Personnelle	68 (14%)	49 (16%)	19 (11%)	*
	Reco. HAS ou internat.	188 (39%)	121 (40%)	67 (39%)	0,98
	Méta-analyses Cochrane	15 (3%)	7 (2%)	8 (5%)	0,27
	ECR	33 (7%)	26 (9%)	7 (4%)	0,13
	Méta-analyses ECR	24 (5%)	14 (5%)	10 (6%)	0,72
	Sociétés savantes	41 (9%)	28 (9%)	13 (8%)	*
	Confrères	161 (34%)	121 (40%)	40 (23%)	<0,05
	Cours ECN	132 (28%)	127 (42%)	5 (3%)	<0,05
	FMC	70 (15%)	30 (10%)	40 (23%)	*
	Vidal	32 (7%)	24 (8%)	8 (5%)	*
	Guides thérapeutiques	25 (5%)	21 (7%)	4 (2%)	*
	Revue	119 (25%)	40 (13%)	79 (46%)	<0,05
	Commission de transparence	3 (1%)	1 (0,5%)	2 (1%)	*
	Autres	31 (6%)	19 (6%)	12 (7%)	*
	Non répondu	68 (14%)	54 (18%)	14 (8%)	*
c) Savez-vous ce qu'est un nombre nécessaire de patients à traiter pour éviter ou améliorer un évènement/critère (NNT) ?	Oui	332 (70%)	211 (69%)	121 (71%)	0,90
	Non	144 (30%)	94 (31%)	50 (29%)	*
d) Quel serait le NNT que vous estimeriez cliniquement pertinent entre l'Aspirine et le placebo à 10 ans ?	5	19 (4%)	9 (3%)	10 (6%)	*
	10	41 (9%)	24 (8%)	17 (10%)	*
	50	81 (17%)	54 (18%)	27 (16%)	0,74
	100	97 (20%)	61 (20%)	36 (21%)	0,91
	200	46 (10%)	28 (9%)	18 (11%)	*
	1000	81 (17%)	53 (17%)	28 (16%)	0,91
	Ne comprends pas la question	55 (11%)	34 (11%)	21 (12%)	*

Tableau VIII : Pourcentage de prescription des médicaments étudiés.

	Total	Internes	MSU	p
Acéthylleucine	441 (93%)	281 (92%)	160 (94%)	0,96
Gliclazide	311 (65%)	174 (57%)	137 (80%)	<0,05
Paroxétine	434 (91%)	269 (88%)	165 (96%)	0,56
Paracétamol	464 (97%)	299 (98%)	165 (96%)	0,96
Amoxicilline	413 (87%)	274 (90%)	139 (81%)	0,52
Statine	381 (80%)	239 (78%)	142 (83%)	0,74
Aspirine	273 (57%)	153 (50%)	120 (70%)	<0,05
Pourcentage moyen de prescription	81,50%	70%	86%	0,17

Tableau IX : Pourcentage de réponses correctes sur la preuve d'efficacité.

	Existence d'une preuve	Total	Internes	MSU	p
Acétylleucine	Non [4]	250 (53%)	134 (44%)	116 (68%)	<0,05
Gliclazide	Non [16]	193 (41%)	95 (31%)	98 (57%)	<0,05
Paroxétine	Oui [17]	396 (83%)	257 (84%)	139 (81%)	0,86
Paracétamol	Non [18]	57 (12%)	38 (12%)	19 (11%)	0,81
Amoxicilline	Oui [19]	382 (80%)	259 (85%)	123 (72%)	0,28
Statine	Oui [20]	281 (59%)	187 (61%)	94 (55%)	0,54
Aspirine	Non [21]	134 (28%)	64 (21%)	70 (41%)	<0,05
Pourcentage moyen de bonne réponse		51%	48%	55%	0,49

Tableau X : Proportion des sources citées.

	Total	Internes	MSU	p
Sources primaires :	4,60% (1,5-11%)	3,80%	6,30%	0,35
Méta-analyses Cochrane	2,8% (1,5-6%)	1,9% (0,5-4%)	4,8% (2-10%)	0,18
ECR	6% (1,5-13%)	6,3% (1-13%)	5,7% (2-13%)	0,96
Méta-analyse ECR	5,2% (1,5%-14%)	3,3% (0,5-8%)	8,4% (3-22%)	<0,05
Sources secondaires :	26%	27%	25%	0,80
Reco HAS ou internat.	41% (12-60%)	44% (12-64%)	37% (13-53%)	0,42
Sociétés savantes	12% (5-18%)	11% (4-16%)	13% (6-20%)	0,07
Autres sources :				
Expérience Personnelle	39% (14-74%)	42% (16-79%)	35% (11-65%)	0,37
Confrères	43% (34-50%)	53% (40-63%)	25% (21-33%)	<0,05
Cours ECN	36% (26-47%)	53% (38-70%)	5% (3-8%)	<0,05
FMC	16% (9,5-21%)	11% (6-15%)	25% (16-30%)	<0,05
Vidal	20% (7-32%)	24% (8-38%)	14% (5-21%)	<0,05
Guides thérapeutiques	16% (5-22%)	20% (7-27%)	9% (2-14%)	<0,05
Revue	29% (23-36%)	18% (11-25%)	49% (43-57%)	<0,05
Commission				
transparence	1,5% (1-3%)	0,5% (0,5-1%)	3% (1-7%)	0,10
Autres	4,2% (2,5-7%)	4% (2-7%)	5% (2-8%)	0,70

* le calcul de p n'a pas été effectué car nous l'avons jugé inutile.

Annexe 2 : Questionnaire

Evaluation des connaissances des internes et des maîtres de stage universitaires sur l'efficacité thérapeutique.

Etes-vous :

-interne de médecine générale ? ☐

-maitre de stage universitaire ? ☐

1) Vous arrive-t-il de prescrire de l'Acétylleucine (TANGANIL ®) dans les vertiges aigus ?

oui ☐ non ☐

a. Selon-vous, est-ce que son efficacité est démontrée ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

b. Quelque soit votre réponse précédente, comment le savez-vous : quelle(s) est (sont) votre (vos) source(s) ?

- ☐ Expérience personnelle
- ☐ Recommandations HAS ou internationales
- ☐ Méta-analyses Cochrane
- ☐ Essai clinique randomisé
- ☐ Méta-analyse des essais cliniques randomisés
- ☐ Documents des sociétés savantes françaises ou internationales
- ☐ Confrères : spécialiste, médecin généraliste, maitre de stage, interne
- ☐ Cours ECN
- ☐ Formations Médicales Continues
- ☐ Dictionnaire Vidal
- ☐ Guides thérapeutiques
- ☐ Revues : exercer, Prescrire, Médecine, La revue du praticien, internationales, etc
- ☐ Fiches de la commission de transparence
- ☐ Autres

c. Pensez-vous que l'Acétylleucine soit un placebo « impur » ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

d. Si l'on vous prouve que son efficacité n'est pas démontrée, continuerez-vous à le prescrire ?

oui ☐ non ☐

2) Vous arrive-t-il de prescrire du Gliclazide (DIAMICRON ®) chez les patients diabétiques de type 2 ?

oui ☐ non ☐

a. Selon vous, est-ce que son efficacité sur les complications cliniques (micro et macrovasculaires) du diabète de type 2 est démontrée ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

b. Quelque soit votre réponse précédente, comment le savez-vous : quelle(s) est (sont) votre (vos) source(s) ?

- ☐ Expérience personnelle
- ☐ Recommandations HAS ou internationales
- ☐ Méta-analyses Cochrane
- ☐ Essai clinique randomisé
- ☐ Méta-analyse des essais cliniques randomisés
- ☐ Documents des sociétés savantes françaises ou internationales
- ☐ Confrères : spécialiste, médecin généraliste, maître de stage, interne
- ☐ Cours ECN
- ☐ Formations Médicales Continues
- ☐ Dictionnaire Vidal
- ☐ Guides thérapeutiques
- ☐ Revues : exercer, Prescrire, Médecine, La revue du praticien, internationales, etc
- ☐ Fiches de la commission de transparence
- ☐ Autres

c. Pensez-vous que le Gliclazide soit un placebo « impur » ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

d. Si l'on vous prouve que son efficacité clinique n'est pas démontrée, continuerez-vous à le prescrire ?

oui ☐ non ☐

3) Vous arrive-t-il de prescrire de la Paroxétine (DEROXAT®) ou un autre IRS chez les patients dont vous avez diagnostiqué un épisode dépressif caractérisé ?

oui ☐ non ☐

a. Selon vous, est-ce que son efficacité est démontrée ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

b. Quelque soit votre réponse précédente, comment le savez-vous : quelle(s) est (sont) votre (vos) source(s) ?

- ☐ Expérience personnelle
- ☐ Recommandations HAS ou internationales
- ☐ Méta-analyses Cochrane
- ☐ Essai clinique randomisé
- ☐ Méta-analyse des essais cliniques randomisés
- ☐ Documents des sociétés savantes françaises ou internationales
- ☐ Confrères : spécialiste, médecin généraliste, maître de stage, interne
- ☐ Cours ECN
- ☐ Formations Médicales Continues
- ☐ Dictionnaire Vidal
- ☐ Guides thérapeutiques
- ☐ Revues : exercer, Prescrire, Médecine, La revue du praticien, internationales, etc
- ☐ Fiches de la commission de transparence
- ☐ Autres

c. Pensez-vous que la Paroxétine soit un placebo « impur » ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

d. **Connaissez-vous la différence entre la Paroxétine et le placebo (effet spécifique de la Paroxétine) sur une échelle de 52 points (échelle de HAMILTON) ?**

oui ☐ non ☐

e. **Si oui : De combien est-elle ?**

2 ☐ 5 ☐ 10 ☐ 25 ☐

f. **Sur cette échelle de 52 points, à partir de quelle différence moyenne trouverez-vous l'efficacité d'un antidépresseur cliniquement pertinente par rapport au placebo?**

2 ☐ 5 ☐ 10 ☐ 26 ☐ plus de 26 ☐

4) Vous arrive-t-il de prescrire du Paracétamol dans la lombalgie aigue ?

oui ☐ non ☐

a. **Selon vous, est-ce que son efficacité est démontrée sur l'intensité ou la durée de la douleur ?**

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

b. **Quelque soit votre réponse précédente, comment le savez-vous : quelle(s) est (sont) votre (vos) source(s) ?**

- ☐ Expérience personnelle
- ☐ Recommandations HAS ou internationales
- ☐ Méta-analyses Cochrane
- ☐ Essai clinique randomisé
- ☐ Méta-analyse des essais cliniques randomisés
- ☐ Documents des sociétés savantes françaises ou internationales
- ☐ Confrères : spécialiste, médecin généraliste, maître de stage, interne
- ☐ Cours ECN
- ☐ Formations Médicales Continues
- ☐ Dictionnaire Vidal
- ☐ Guides thérapeutiques
- ☐ Revues : exercer, Prescrire, Médecine, La revue du praticien, internationales, etc
- ☐ Fiches de la commission de transparence
- ☐ Autres

c. **Pensez-vous que le Paracétamol soit un placebo « impur » ?**

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

d. **Sur une échelle de douleur de 100 points, à partir de quelle différence (entre le Paracétamol et le placebo) trouverez-vous l'efficacité du Paracétamol cliniquement pertinente ?**

5 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 33 ☐ 50 ☐

5) Vous arrivent-ils de prescrire de l'Amoxicilline (CLAMOXYL ®) dans l'Otite Moyenne Aigüe de l'enfant de plus de 2 ans ?

oui ☐ non ☐

a. **Selon vous, est-ce que son efficacité est démontrée ?**

oui ☐ non ☐ ne sais pas ☐

b. Si oui sur quel(s) critère(s) ?

- ☐ Critères otoscopiques
- ☐ Prévention des complications de l'otite
- ☐ Guérison plus rapide
- ☐ Soulagement de la douleur
- ☐ Meilleur confort (apyrexie, qualité de vie, sommeil, etc...)

c. Quelle(s) est (sont) votre (vos) source(s) ?

- ☐ Expérience personnelle
- ☐ Recommandations HAS ou internationales
- ☐ Méta-analyses Cochrane
- ☐ Essai clinique randomisé
- ☐ Méta-analyse des essais cliniques randomisés
- ☐ Documents des sociétés savantes françaises ou internationales
- ☐ Confrères : spécialiste, médecin généraliste, maitre de stage, interne
- ☐ Cours ECN
- ☐ Formations Médicales Continues
- ☐ Dictionnaire Vidal
- ☐ Guides thérapeutiques
- ☐ Revues : exercer, Prescrire, Médecine, La revue du praticien, internationales etc
- ☐ Fiches de la commission de transparence
- ☐ Autres

d. Pour vous un traitement antibiotique dans une infection supposée virale est un « placebo impur » ?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

6) Vous arrive-t-il de prescrire une statine dans le traitement de l'hypercholestérolémie en prévention cardiovasculaire primaire?

oui ☐ non ☐

a. Selon vous, est-ce que son efficacité est démontrée en termes de réduction de mortalité totale ou cardiovasculaire?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

b. Quelque soit votre réponse précédente, comment le savez- vous : Quelle(s) est (sont) votre (vos) source(s) ?

- ☐ Expérience personnelle
- ☐ Recommandations HAS ou internationales
- ☐ Méta-analyses Cochrane
- ☐ Essai clinique randomisé
- ☐ Méta-analyse des essais cliniques randomisés
- ☐ Documents des sociétés savantes françaises ou internationales
- ☐ Confrères : spécialiste, médecin généraliste, maitre de stage, interne
- ☐ Cours ECN
- ☐ Formations Médicales Continues
- ☐ Dictionnaire Vidal
- ☐ Guides thérapeutiques
- ☐ Revues : exercer, Prescrire, Médecine, La revue du praticien, internationales, etc
- ☐ Fiches de la commission de transparence

☐ Autres

c. Savez-vous ce qu'est une réduction relative du risque ?

oui ☐ non ☐

d. Connaissez-vous la valeur du bénéfice des statines sur ces critères (mortalité totale et cardiovasculaire) en termes de réduction du risque relatif ?

oui ☐ non ☐ ne comprend pas la question ☐

e. Si oui de combien est-elle ?

1% ☐ 5% ☐ 15% ☐ 25% ☐ 33% ☐ 50% ☐

f. Utilisez-vous les équations de risque pour estimer le risque cardiovasculaire initial de vos patients (Framingham, SCORE, autres ?)

oui ☐ non ☐ ne comprends pas la question ☐

7) Vous arrive-t-il de prescrire de l'Aspirine en prévention primaire chez les patients diabétiques de type 2 conformément à la ROSP ?

oui ☐ non ☐

a. Selon vous, est-ce que son efficacité est démontrée en termes de réduction de mortalité totale ou cardiovasculaire?

oui ☐ non ☐ ne sait pas ☐

b. Quelque soit votre réponse précédente, comment le savez-vous ? Quelle(s) est (sont) votre (vos) source(s) ?

- ☐ Expérience personnelle
- ☐ Recommandations HAS ou internationales
- ☐ Méta-analyses Cochrane
- ☐ Essai clinique randomisé
- ☐ Méta-analyse des essais cliniques randomisés
- ☐ Documents des sociétés savantes françaises
- ☐ Confrères : spécialiste, médecin généraliste, maitre de stage, interne
- ☐ Cours ECN
- ☐ Formations Médicales Continues
- ☐ Dictionnaire Vidal
- ☐ Guides thérapeutiques
- ☐ Revues : exercer, Prescrire, Médecine, La revue du praticien, internationales, etc
- ☐ Fiches de la commission de transparence
- ☐ Autres

c. Savez-vous ce qu'est un nombre nécessaire de patients à traiter pour éviter ou améliorer un évènement/critère (Number Need to Treat en anglais) ?

oui ☐ non ☐

d. Quel serait le NNT que vous estimeriez cliniquement pertinent entre l'Aspirine et le placebo à 10 ans ?

5 ☐ 10 ☐ 50 ☐ 100 ☐ 200 ☐ 1000 ☐ ne comprend pas la question ☐

Veillez maintenant répondre à ces trois questions :

1. Une personne qui prend le Médicament A a 1% de chance d'avoir une réaction allergique. Si 1000 personnes prennent le Médicament A, combien feront une réaction en moyenne ?

2. Une personne qui prend le Médicament B a 1 chance sur 1000 d'avoir une réaction allergique. Quel pourcentage des personnes qui prennent le Médicament B feront une réaction en moyenne ? (en %)

3. Imaginez que vous jouer 1000 fois à pile ou face avec une pièce de monnaie. Selon votre meilleure estimation, combien de fois obtiendrez-vous face sur les 1000 fois?

Merci beaucoup de votre collaboration

Résumé

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur l'efficacité thérapeutique de 7 médicaments couramment utilisés.

Une enquête descriptive transversale par questionnaire via internet a été réalisée de juin à octobre 2015. La population étudiée était les maîtres de stage universitaires et les internes de médecine générale de 4 universités (Poitiers, Lyon, Nantes et Strasbourg). Les questions portaient notamment sur la fréquence de prescription, la connaissance de l'existence d'une preuve, des critères de jugement et de la quantité d'effet du médicament, et les sources utilisées pour y répondre. Les réponses étaient confrontées aux données issues des études de haut niveau de preuve.

476 questionnaires ont été analysés (305 internes et 171 enseignants). En moyenne 51% des médecins ont répondu correctement quant à l'existence ou non d'une preuve d'efficacité. 4,6% des sources de haut niveau de preuve ont été citées. La quantité d'effet et les critères de jugement n'étaient pas justement évalués. Leur niveau en statistique était correct. Il y avait globalement peu de différence entre les deux populations.

Ces résultats posent la question de la pratique réelle de *l'Evidence Based Medicine*, pouvant représenter un frein à la décision médicale partagée. Un enseignement approfondi en thérapeutique pourrait améliorer les compétences des médecins généralistes.

Mots clés : Evidence Based Medicine, Décision Médicale Partagée, Efficacité Thérapeutique, Essai Contrôlé Randomisé.



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur l'efficacité thérapeutique de 7 médicaments couramment utilisés.

Une enquête descriptive transversale par questionnaire via internet a été réalisée de juin à octobre 2015. La population étudiée était les maîtres de stage universitaires et les internes de médecine générale de 4 universités (Poitiers, Lyon, Nantes et Strasbourg). Les questions portaient notamment sur la fréquence de prescription, la connaissance de l'existence d'une preuve, des critères de jugement et de la quantité d'effet du médicament, et les sources utilisées pour y répondre. Les réponses étaient confrontées aux données issues des études de haut niveau de preuve.

476 questionnaires ont été analysés (305 internes et 171 enseignants). En moyenne 51% des médecins ont répondu correctement quant à l'existence ou non d'une preuve d'efficacité. 4,6% des sources de haut niveau de preuve ont été citées. La quantité d'effet et les critères de jugement n'étaient pas justement évalués. Leur niveau en statistique était correct. Il y avait globalement peu de différence entre les deux populations.

Ces résultats posent la question de la pratique réelle de *l'Evidence Based Medicine*, pouvant représenter un frein à la décision médicale partagée. Un enseignement approfondi en thérapeutique pourrait améliorer les compétences des médecins généralistes.

Mots clés : Evidence Based Medicine, Décision Médicale Partagée, Efficacité Thérapeutique, Essai Contrôlé Randomisé.