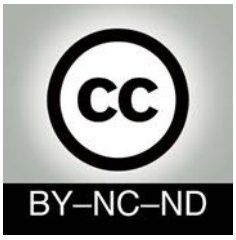
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 N°232

Critères de qualité concernant l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique pour les étudiants en DES de médecine générale de Lyon

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 3 octobre 2023
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

SEREIR Amir-Slimane
Né le 24/05/1993 à Sallanches (74)

Sous la direction du Docteur Marc CHANELIÈRE

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur Rémy BOUSSAGEON

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Christophe LEGA

Monsieur le Professeur Philippe MICHEL

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Marc CHANELIÈRE

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Université Claude Bernard Lyon 1

Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAULT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités

Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AURORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AURORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACOIN REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénéréologie

Maîtres de conférences

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences
Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINE	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Le Serment 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Je tiens à remercier tout d'abord mon directeur de thèse, le Docteur Marc CHANELIÈRE pour son aide précieuse durant tout le processus ayant abouti à cette thèse. Ce travail fut un plaisir en ta compagnie, toujours réalisé avec beaucoup de sympathie et de patience.

Merci au Professeur Rémy BOUSSAGEON de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Ses travaux sur l'Evidence-Based Medicine font assurément écho à celui développé dans ce manuscrit, interrogeant les limites de notre spécialité qu'est la médecine générale.

Merci aux Professeurs Philippe MICHEL et Jean-Christophe LEGA d'avoir également accepté d'être membres de ce jury, permettant d'avoir un œil extérieur et pluridisciplinaire sur ce sujet. Leurs expertises dans leurs domaines respectifs permettront, je n'en doute pas, un débat riche lors de la soutenance.

À ma famille

Merci à mes parents, qui m'ont toujours épaulé et soutenu même dans les moments les plus difficiles. Votre amour et votre accompagnement sont un moteur pour moi. Merci pour vos valeurs et votre éducation qui me permettent aussi de pouvoir soutenir ce travail aujourd'hui.

À mes frères, Malik et Nacim, éternels compagnons de joie et de bonheur, qui ont toujours été présents dans tous les instants importants de ma vie, ainsi qu'à Kahina, nouvelle venue dans la famille. Je suis toujours heureux de passer de bons moments en votre compagnie.

Aux Topdown-Lover

Je remercie Mariano, Ahmed et Francis pour leurs précieux conseils médicaux et leurs débats

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

philosophiques alambiqués sans fond. *Sprezzatura,* « Tunnel » et miséricorde resteront des concepts toujours inspirants dans ma vie. Au plaisir d'aller débriefer tout ceci lors d'une prochaine « marche », sous une pluie fine.

Au groupe de travail des artistes...

… qui s'est transformé en des amitiés formidables : Caroline, Coleen, Hugo, Inès et Marion pour ce que vous êtes. Des gens merveilleux d'une gentillesse insondable. Vos délires et les voyages en votre compagnie sont toujours une bouffée d'air.

Aux Croustis, (alias les pléthoriques)

Nos nombreuses controverses jusqu'à des horaires indécents pour des sujets vains au possible ont illuminé bon nombre de mes soirées. Mais tout différend est toujours réglé par une mise au point au meilleur endroit des 100km aux alentours, « el famoso » Royal. Comme dit l'adage : « Tout ce que tu peux prendre, tu le mettras dans ton ventre ».

Aux Andalous Randonneurs,

Lily et Damien, capable des meilleurs jeux de mots de l'Univers pour l'un et d'être championne du monde de Caverna pour l'autre. Les contrées drômoises sonnent toujours comme un bon souvenir en moi (« les fameuses soirées sans-dessus de Saou ? »).

À tous les gens qui comptent pour moi

Gabriel et Lucile, pour tout ce que j'ai vécu en votre compagnie : orchestre, week-ends, et des évènements de vie magnifiques.

Et encore Caroline (co-interne experte en origamis), Manon, Jacques, Khalil, Yannis, Morgane, Corentin, Kenny, Déborah, Marianne, Olivia, Anne-Claire dont j'apprécie toujours les discussions…

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Critères de qualité concernant l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique pour les étudiants en DES de médecine générale de Lyon

Étude descriptive réalisée de Février à Mai 2023 par questionnaire auto-administré en utilisant une traduction de l'outil G-TRUST

Table des matières

COMPOSITION DU JURY ____ ***3***

REMERCIEMENTS ____ ***14***

Liste des abréviations utilisées dans ce travail ____ ***17***

I. Introduction ____ **18**

II. Matériel et méthodes ____ **22**

III. Résultats ____ **25**

a. Données générales sur les formulaires de réponse ____ 25
b. Données générales sur la population participante ____ 25
c. Résultats concernant le G-TRUST ____ 25
d. Pratiques des étudiants en DES de médecine générale de Lyon ____ 31

IV. Discussion ____ **33**

a. Résultats principaux ____ 33
b. Données de la littérature ____ 40
c. Originalité et limites de l'étude ____ 45
d. Perspectives ____ 47

V. Conclusions ____ **49**

VI. Bibliographie ____ **51**

VII. Annexes ____ **53**

Liste des figures et tableaux

Figure 1. Flow-chart du recrutement de la population de l'étude 27
Figure 2. Caractéristiques de la population répondante de l'étude 28
Figure 3. Résultats du questionnaire G-TRUST traduit en français 30
Figure 4. Items rédhibitoires pouvant amener à rejeter une recommandation 31

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Liste des abréviations utilisées dans ce travail

AGREE : Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument

BPCO: Bronchopneumopathie chronique obstructive

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CUMG : Collège Universitaire de Médecine Générale

DES : Diplôme d'Études Supérieures

EBM : Evidence-Based Medicine, médecine basée sur les preuves

ECN : Épreuves Classantes Nationales

GPC : guide de pratique clinique, recommandations canadiennes

G-TRUST : Guideline Trustworthiness, Relevance, and Utility Scoring Tool (G-TRUST)

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

LCA : Lecture Critique d'Article

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

RMO : Références Médicales Opposables

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

I. Introduction

Jusqu'au milieu du XX^{e} siècle, l'exercice de la médecine était basé sur plusieurs éléments pour guider la pratique. Ainsi, les observations basées sur l'expérience individuelle et clinique du praticien, la physiopathologie, les avis d'experts, et une formation médicale « traditionnelle » pouvaient permettre de juger de la pertinence d'un traitement ou de nouveaux tests. (1)

Il pouvait alors y avoir une variabilité importante entre deux prises en charge d'un même patient, en fonction du médecin qu'il consultait.

La deuxième partie du XX^{e} siècle a amené un changement de paradigme dans l'exercice de la médecine avec la naissance de l'EBM (2) (Evidence-Based Medicine), ou « médecine basée sur les faits », fondement de la médecine actuelle. L'EBM a mis au premier plan les données fiables et prouvées (l'essai clinique randomisé et les méta-analyses devenant le « gold standard » de la preuve scientifique). Ces données doivent servir de base de jugement du clinicien, sur lesquelles il doit intégrer ses connaissances personnelles et celles du patient pour juger de la bonne conduite à tenir dans une situation thérapeutique particulière.

La relation médecin-malade reste de fait au cœur de l'exercice de la médecine. Cette relation est un contrat de soin singulier basé sur la confiance mutuelle. Pour la maintenir, une indépendance du médecin est primordiale. Les principes même de l'EBM (2) ainsi que les textes réglementaires français défendent cette indépendance. En effet, il y est fait référence dans le code de la Sécurité Sociale (Article L162-2) (3) ainsi que dans l'article R4127-8 du Code de la Santé Publique (4) : « Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance ».

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

On a donc deux conceptions de la médecine qui s'opposent : d'un côté la « médecine-Art », « subjective », au lit du patient, reposant sur une approche clinique individualisée, intégrant la connaissance et l'expérience personnelle du médecin et de son patient, orientée-patient ; d'autre part la « médecine-Science », « objective », de laboratoire ou reposant sur une approche statistique, orientée vers la maladie (5).

La médecine générale (qui sera étudiée dans cette thèse) est une spécialité frontière entre ces deux médecines, qui semblent de prime abord s'opposer. Elle présente plusieurs particularités liées à son champ de compétences et son mode d'exercice. En effet, elle s'intègre dans une dimension « holistique » ou globale, intégrant le patient dans son intégralité et sa singularité. Son mode d'exercice est la plupart du temps libéral, et radicalement différent de la médecine pratiquée en milieu hospitalier.

Depuis l'avènement de l'EBM, la médecine s'est progressivement standardisée, en favorisant une approche normative et « plus scientifique ». D'année en année, l'EBM s'est également imposée dans la pratique de la médecine générale. Les recommandations des autorités de santé ou des sociétés savantes incarnent cette harmonisation des pratiques médicales (6). En effet, dans le sillage de l'émergence de l'EBM, différents pays ont créé des autorités sanitaires chargées d'émettre des recommandations de pratique clinique s'appuyant sur l'état des connaissances et la littérature scientifique. En France, les Recommandations de Bonne Pratique (RBP) sont rédigées par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces recommandations s'appuient, selon la HAS, sur une méthodologie théoriquement rigoureuse pour en garantir leur qualité (7). Elles visent à guider les cliniciens dans leur exercice quotidien et à améliorer les pratiques médicales et/ou la prise en charge des patients.

Dans la méthode concernant l'élaboration de recommandations de bonne pratique, la Haute Autorité de santé mentionne et respecte la liberté du praticien (7) : « [Les RBP] ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient qui doit

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient. »

Initialement, les premières recommandations étaient diffusées sous la forme de Références Médicales Opposables (5,8) (RMO) qui s'intégraient dans une approche « coercitive », avec des sanctions pour les médecins ne les respectant pas. Les autorités sanitaires ont ensuite privilégié le modèle des RBP que l'on connaît. Pour garantir leur application, l'approche est incitative, notamment par l'intermédiaire de paiements au forfait (via l'Assurance-Maladie), comme les ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique). Ces ROSP rétribuent les médecins libéraux proportionnellement aux objectifs notifiés de santé publique en termes de prise en charge d'une patientèle (prévention, prise en charge, économies réalisées...). Les considérations financières et budgétaires participent ainsi indirectement à la limitation du champ d'action du médecin (9) et, in fine, de son indépendance.

De plus, l'arrêté rendu le 27/04/2011 par le Conseil d'État considère que « [Les RBP] doivent être regardées comme des décisions faisant grief » (10). En effet, les RBP s'inscrivant dans le champ des données acquises de la science et les professionnels de santé ayant l'obligation déontologique d'offrir des soins basés sur les données scientifiques les plus récentes, ils sont donc tenus indirectement de respecter les RBP.

On distingue une forme de dichotomie de la médecine générale, tiraillée entre d'une part une légitimité scientifique (et plus ou moins réglementaire) amenée par l'EBM et intégrée dans les RBP et d'autre part une médecine singulière et adaptée au patient. Il faut donc s'interroger sur la légitimité et la qualité des RBP : quels critères permettent d'en apprécier la qualité ? Parmi ces critères, lesquels seraient les plus importants pour un médecin généraliste ? Et pour un futur médecin généraliste en formation ?

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Pour garantir la qualité de ses recommandations, la HAS utilise la grille AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument*), « grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique » (11). Cet outil méthodologique met en avant un certain nombre de critères permettant la rédaction de recommandations de qualité (par exemple : recommandation précise et sans ambiguïté, population cible de la RBP décrite explicitement, absence de conflits d'intérêts, etc.).

Un questionnaire d'évaluation a été développé par une équipe d'Amérique du Nord composée à la fois de cliniciens en soins primaires et d'experts en recommandation de pratique clinique et EBM. Ce questionnaire nommé G-TRUST (pour Guideline Trustworthiness, Relevance, and Utility Scoring Tool) se base sur certains critères de la grille AGREE (12).

Celui-ci a le mérite d'être un outil potentiellement utile pour les cliniciens pour identifier les recommandations fiables sur trois aspects : pertinence de la recommandation, élimination des biais d'interprétation et niveau de preuve scientifique. Il a l'avantage de n'être composé que de 8 items ce qui permet d'être facilement reproductible et plus discriminant que la grille d'évaluation AGREE.

L'objectif de cette thèse est d'évaluer la pertinence de l'outil G-TRUST pour les étudiants en DES médecine générale à Lyon et, par son emploi, à identifier les critères qui semblent importants pour la rédaction d'une recommandation.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

II. Matériel et méthodes

Pour répondre à cet objectif, une étude descriptive transversale par questionnaire électronique auto-administré a été conduite auprès des étudiants en DES de médecine générale de Lyon.

La population cible est constituée des trois promotions d'étudiants en DES ayant passé les Épreuves Classantes Nationales (ECN) en 2020, 2021 et 2022, ainsi que la promotion supérieure ayant terminé son cursus de médecine générale (ECN 2019). Il n'y a pas de critères d'exclusion sur la population.

Concernant l'élaboration du questionnaire, ce dernier intégrait le G-TRUST (12). Cet outil a été développé par une équipe d'universitaires et de praticiens de soins primaires Amérique du Nord. Le but de son élaboration était, selon les auteurs eux-mêmes, de créer un outil « simple et facile à utiliser pour les cliniciens permettant d'identifier les recommandations utiles en médecine générale selon leur fiabilité, leur pertinence et leur utilité/applicabilité ».

Les créateurs du G-TRUST se sont eux-mêmes inspirés de la grille AGREE II (11) qu'utilise la HAS. Le questionnaire G-TRUST possède 8 items. Dès lors, il parait être un choix plus pertinent pour obtenir des réponses plus discriminantes sur les critères et un meilleur taux de réponse. Une traduction du questionnaire été réalisée par l'auteur avec l'aide du Dr Marc CHANELIÈRE. Il a été décidé de ne pas proposer une traduction littérale des items, mais plutôt une adaptation privilégiant sa compréhension.

Le questionnaire de thèse comportait 3 parties : une première partie comportant des informations concernant la population répondante ; une seconde partie explorant un degré d'accord

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

concernant chacun des critères traduit du G-TRUST ; une dernière partie abordant les habitudes des étudiants en DES de médecine générale sur leur pratique médicale.

Il était demandé d'évaluer la pertinence du questionnaire G-TRUST par les participants sur une échelle de Likert s'étalant de 1 (peu pertinent) à 5 (très pertinent). Cette même échelle a été proposée afin d'explorer l'importance accordée aux différents items du G-TRUST, allant de 1 (critère peu important) à 5 (primordial) afin de limiter une dispersion trop grande des réponses. Pour certains items, il a été laissé un champ libre permettant à l'étudiant de laisser un commentaire.

Une pré version du questionnaire a été diffusée à 11 médecins (connaissances personnelles de l'auteur) avant sa soumission aux étudiants. Les buts étaient : de contrôler la bonne compréhension des items, pour changer certaines formulations le cas échéant ou les préciser ; d'estimer le temps de réponse ; de vérifier le bon déroulement du recueil de données avant une soumission plus large. À l'issue de l'analyse de la pré version, la version finalisée du questionnaire (cf. Annexe A) a été mise en ligne sur la plateforme Claroline Connect, qui présente les avantages d'une sécurisation des données sur un domaine appartenant à la faculté de médecine de Lyon, d'un accès facile et d'un recueil de données directement exportable sous format Excel® (facilitant l'analyse statistique ultérieure). Pour obtenir les réponses des étudiants en DES de médecine générale de Lyon, un mail contenant le lien internet du questionnaire a été transmis aux étudiants appartenant aux promotions concernées par le travail.

Un premier mail est envoyé le 8 Février 2023, suivi d'une première relance le 25 Mars et d'une deuxième et dernière relance le 20 Avril. Le recueil de données a été clos le 12 Mai 2023.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Concernant les données, elles ont ensuite été extraites et analysées par l'auteur, via le logiciel Excel®. Compte tenu du caractère descriptif de l'étude, les analyses ont consisté en des calculs de moyenne, de médianes, d'écarts-types et d'intervalles de confiance.

Au niveau réglementaire, une déclaration de conformité a été faite auprès la CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (cf. Annexe B). Le professeur SHAUGHNESSY, auteur principal du G-TRUST, a donné son accord pour l'utilisation de l'outil. Au début du questionnaire, une case était prévue pour recueillir formellement le consentement des participants à l'étude, ainsi qu'à l'analyse des données. Toutes les données étaient anonymisées et stockées sur le serveur sécurisé de l'Université Claude Bernard Lyon 1.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

III. Résultats

a. Données générales sur les formulaires de réponse

Lors du premier envoi des courriels le 8 Février 2023, 67 réponses ont été recueillies, 36 réponses supplémentaires après la première relance le 25 Mars 2023 et enfin 14 réponses à l'issue de la 3è relance le 20 Avril 2023. Plusieurs réponses ont été exclues de l'analyse finale, en lien avec l'absence de coche de la case d'accord de participation et de la présence de 4 doublons dans le recueil de données. Les doublons ont été identifiés quand les mêmes réponses étaient notées pour toutes les cases du questionnaire, à un horaire identique d'enregistrement.

b. Données générales sur la population participante

Parmi la population cible de 598 étudiants en DES de médecine générale à Lyon des promotions de l'ECN 2019 à l'ECN 2022, 106 réponses ont été retenues ce qui correspond à un taux de participation de 17,7% (Cf. Figure 1).

Chez les répondants, la moyenne d'âge est de 27,4 ans [23-42], le ratio hommes/femmes est de 25%. Le panel est constitué de 51% d'étudiants ayant réalisé leur premier cycle à Lyon. 19,8% des étudiants ont commencé les remplacements pour une moyenne de 5 mois et demi de remplacement. Deux tiers des étudiants ne sont pas abonnés à des revues médicales (Cf. Figure 2).

c. Résultats concernant le G-TRUST

Concernant les résultats du questionnaire G-TRUST (Figure 3), on note tout d'abord d'après les participants une très bonne validité du questionnaire avec une moyenne à 4,30 (intervalle de

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

confiance à 95% borné entre 4,16 et 4,44 ; sur un nombre de participants N=104)) sur une échelle de 1 (peu pertinent) à 5 très pertinent.

L'item le plus important dans l'étude, est l'item 2 « les recommandations sont claires et exploitables. Moyenne : 4,74 (IC95%: 4,65-4,83) N=105.

Viennent ensuite dans l'ordre les critères :

- ITEM 3 : « Les recommandations cherchent à améliorer la prise en charge des patients, en comparant les bénéfices et les risques pour aider le clinicien à prendre une décision ». Moyenne : 4,37 (IC95%: 4,23-4,52) N=105.

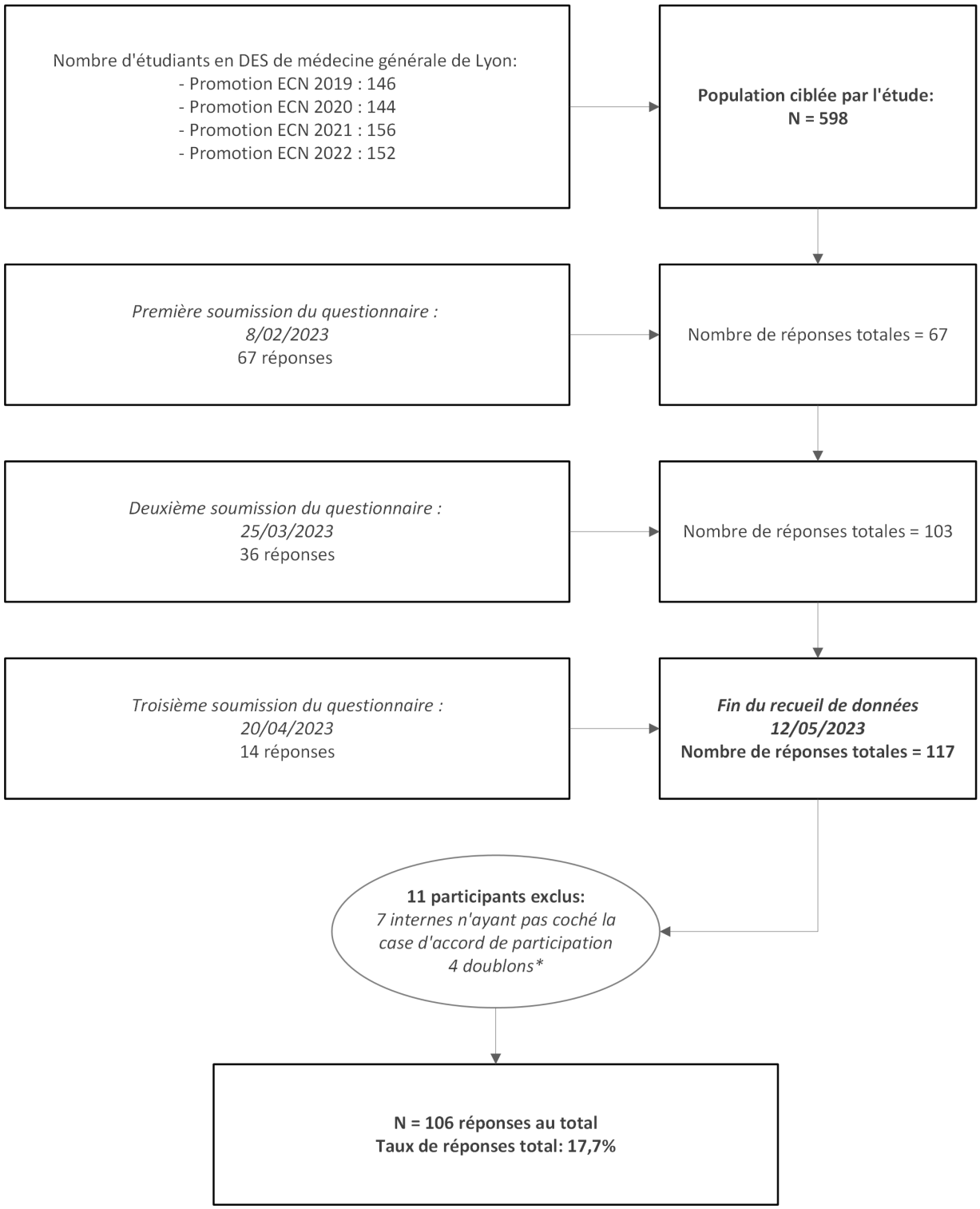
- ITEM 1: « La population ciblée et ses caractéristiques (comorbidités, âge…) sont comparables à celles rencontrées dans mon activité clinique ». Moyenne : 4,19 (IC95% : 4,02-4,36) N=105.

- ITEM 5 : « La recommandation est fondée sur des niveaux de preuve échelonnés ; elle décrit le grade (A, B, C…) de ces preuves ». Moyenne : 4,15 (IC95% : 4,01-4,30) N=105.

- ITEM 7 : « La présidence du comité en charge de l'élaboration des recommandations comme la majorité des autres membres n'a pas de conflits d'intérêt, notamment financiers, et le groupe n'a pas reçu d'aide de la part d'organismes tiers dont l'industrie pour rédiger les recommandations ». Moyenne : 4,13 (IC95% : 3,94-4,33) N=104.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Figure 1. Flow-chart du recrutement de la population de l'étude



** doublons = mêmes réponses dans toutes les cases du questionnaire avec un horaire de réponse identique*

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Figure 2. Caractéristiques de la population répondante de l'étude

Caractéristiques de la population	Population recrutée
Âge	Moyenne = 27,4 ans [Minimum : 23 ans - Maximum : 42 ans]
Sexe	79 Femmes (75%) 27 Hommes (25%)
Lieu de formation en premier et deuxième cycle	Lyon = 54 (un étudiant a fait le premier cycle à Lille et le deuxième à Lyon) soit 51% Hors-Lyon = 52 soit 49%
Expérience en médecine ambulatoire	21 étudiants ont commencé les remplacements (19,8%) Moyenne de 5,4 mois de remplacements
Abonnement à un site internet ou une revue médicale spécialisée	Aucune = 70 (66%) Abonnés = 36 (34%) - Prescrire = 25 - La Revue Du Praticien = 6 - Exercer = 4 - Le Quotidien du médecin = 3 - Médicalement geek = 1 - EBM France = 1 - Preuves et pratiques = 1 - Traumatologie du Sport = 1 - Egora = 1

Deux autres critères sont moins importants pour les internes, en comparaison de ceux cités précédemment :

- ITEM 4 : « Les recommandations sont basées sur une revue systématique de la littérature scientifique ». Moyenne : 3,74 (IC : 3,55-3,93) N=105

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

- ITEM 8 : « Le comité est composé de membres des spécialités les plus pertinentes sur le sujet traité ainsi que d'autres représentants, tels que les patients ou les associations de patients, les organismes payeurs et les institutions de santé publique, si possible ».

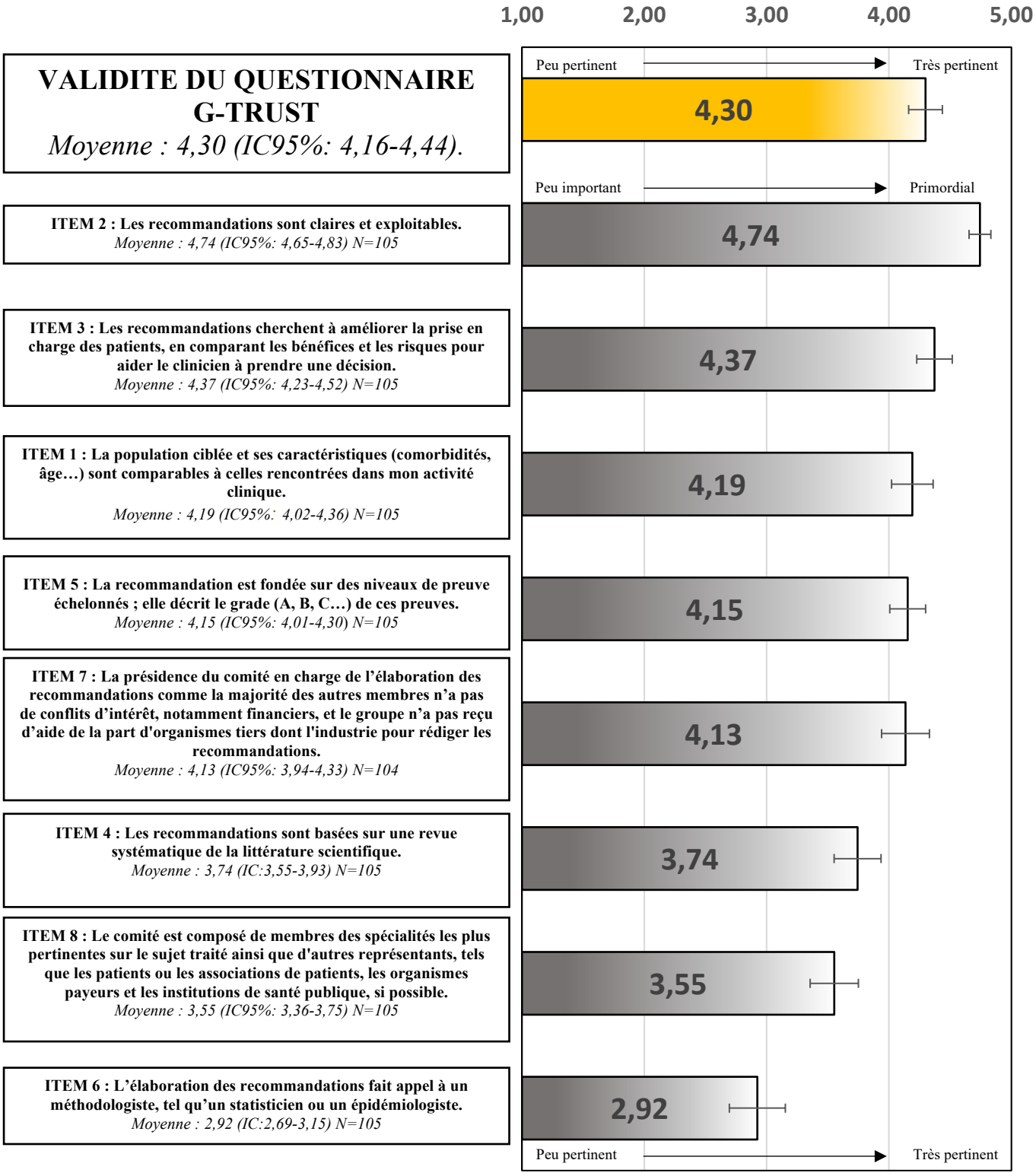
Moyenne : 3,55 (IC95% : 3,36-3,75) N=105

Enfin, le dernier item coché est largement derrière les autres. Il s'agit de l'item 6 : « l'élaboration des recommandations fait appel à un méthodologiste, tel qu'un statisticien ou un épidémiologiste ». Moyenne : 2,92 (IC : 2,69-3,15) N=105.

À la question posée, « quel item rédhibitoire vous ferait rejeter une recommandation au point de ne pas la suivre ?» (Figure 4), l'item arrivant en tête est l'item concernant les conflits d'intérêt. Celui le moins important est l'item 5 concernant le niveau de preuve (grade A, B ou C).

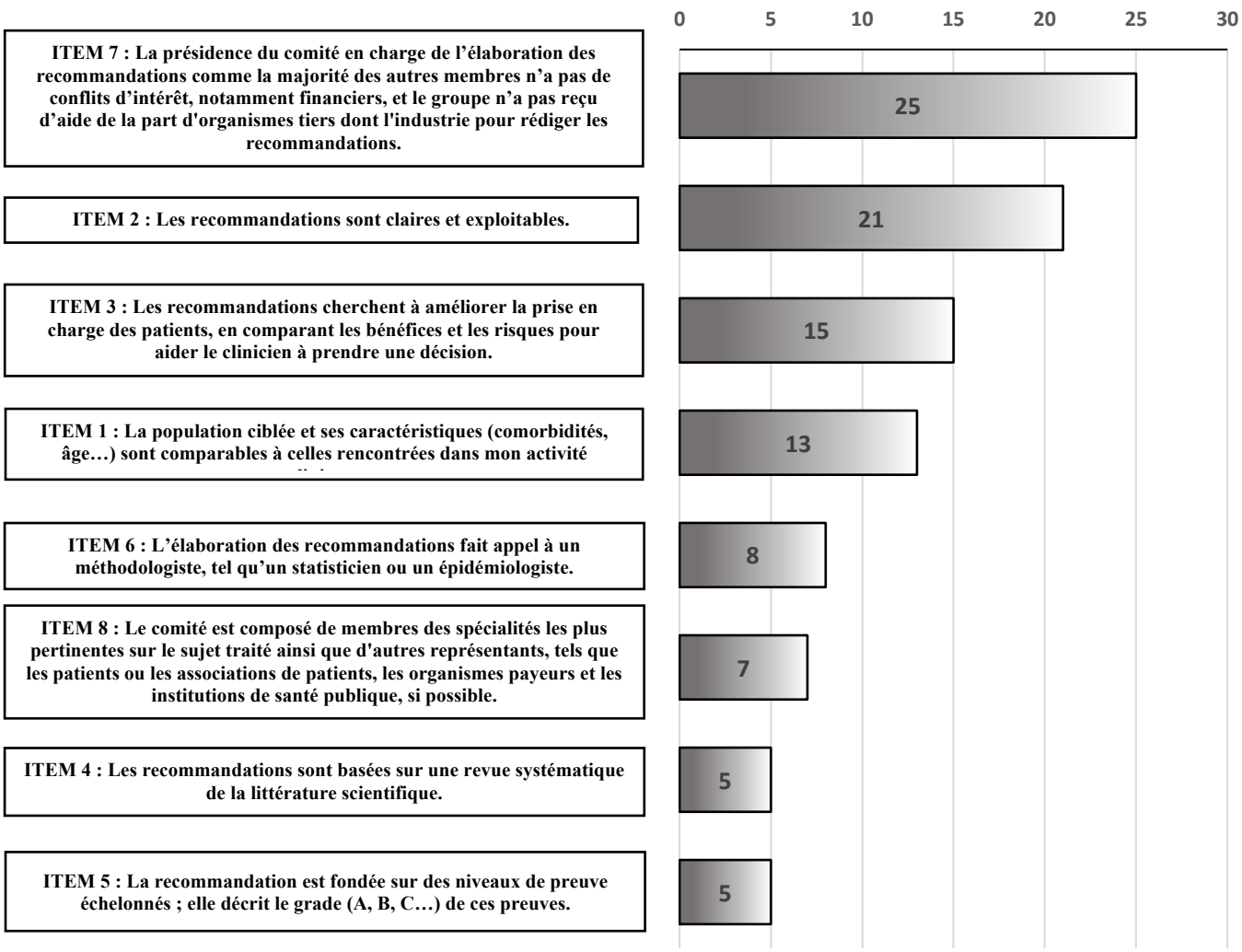
(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Figure 3. Résultats du questionnaire G-TRUST traduit en français



(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Figure 4. Items rédhibitoires pouvant amener à rejeter une recommandation



d. Pratiques des étudiants en DES de médecine générale de Lyon

Certaines questions ont exploré les habitudes de pratiques des étudiants en médecine :

- « Auriez-vous tendance à suivre l'avis médical donné par une revue médicale concernant une RBP ? »

Sur une échelle de 1 (l'avis de la revue influence peu mon avis vis-à-vis de la recommandation) à 5 (l'avis de la revue influence énormément mon avis vis-à-vis de la recommandation), la moyenne est de 3,95 (IC 95% de 0,16, N=104).

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

- Concernant la fréquence de consultation des recommandations de bonne pratique de la HAS : la réponse moyenne est d'entre plusieurs fois par mois et plusieurs fois par semaine (Moyenne : 3,37, N=104).

- « Quelle est votre estimation (en pourcentage) de RBP de la HAS que vous avez utilisées ayant été rédigées totalement ou partiellement par des experts en médecine générale ? ». La valeur moyenne est de 27% avec des extrêmes à 0 et 100%. Il faut surtout noter un taux de réponse très faible de 58,5%.

- « Jugez-vous nécessaire qu'il y ait une plus grande implication d'experts en médecine générale dans l'élaboration des RBP? », le oui l'emporte largement à 91% (N=101).

- « Concernant les conflits d'intérêts, certains vous paraissent-ils rédhibitoires au point de ne pas vous fier à une recommandation (montant d'un conflit d'intérêt financier, conflit d'intérêt politique...) ? », le oui l'emporte à 68% (N=103). Certains étudiants attestent le fait que s'ils voient un lien financier quel qu'il soit, ils réfutent la recommandation, même si l'étude est objectivement bien menée. Un des étudiants admet ne pas avoir toutes les clefs pour percevoir le biais d'une étude orientée par un conflit d'intérêt.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

IV. Discussion

Tout d'abord, et en préambule de la discussion qui suit, si ce travail émet des critiques au vu des recommandations, il n'a évidemment pas la prétention de toutes les remettre en cause mais d'apporter un point de vue critique. Les RBP abordent des sujets très variés. Elles se veulent être des guides de pratiques médicales, sur lesquels beaucoup de praticiens fondent certaines de leurs connaissances. Elles sont de qualité très inégale selon le sujet abordé. Cette thèse cherche modestement à ouvrir des pistes de réflexion sur notre pratique médicale.

a. Résultats principaux

- *Données sur la population répondante*

Concernant le recueil de données, les 3 soumissions successives du questionnaire montrent des résultats cohérents dans le nombre de réponses avec un taux de réponse décroissant au fur et à mesure des collectes. La soumission du questionnaire semble s'être déroulée de façon conforme. Le taux de réponse de 17,7% reste assez faible en proportion relative, ce qui était malheureusement attendu et conforme avec d'autres travaux déjà réalisés. Dans l'absolu, les 106 réponses permettent de discriminer certains critères et d'apporter une tendance sur les autres.

Au vu de la population recrutée dans cette thèse et de ses caractéristiques (âge, sex-ratio, début des remplacements), la population répondante semble cohérente avec la population cible de l'étude. Nous n'avons pas pu recueillir les données de la population cible pour comparaison avec l'échantillon répondant.

La moitié des étudiants ayant répondu ont effectué leurs premiers et deuxième cycle d'étude à Lyon, et l'autre moitié en dehors de Lyon. Il existe une différence de formations entre ces étudiants,

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

notamment en Lecture Critique d'Article (LCA). Il s'agit d'une matière scientifique enseignée durant le deuxième cycle du cursus médical français. Elle est destinée à développer les outils nécessaires pour asseoir ou réfuter la pertinence d'un article scientifique. Elle fait partie intégrante des Épreuves Classantes Nationales. Ainsi, même si la population d'une seule université a été interrogée, du fait de cette diversité de provenance des répondants, les enseignements en LCA sont divers. Si tous les participants avaient eu le même enseignement, la représentativité par rapport à une population plus globale d'étudiants à travers toute la France serait moindre.

- *Pertinence de l'outil G-TRUST*

Concernant la pertinence du questionnaire G-TRUST, les données récoltées montrent un très bon résultat concernant sa pertinence perçue avec une moyenne de 4,30 (IC95% : 4,16-4,44) sur une échelle allant de 1 (peu pertinent) à 5 (très pertinent). Cette moyenne est très satisfaisante et pourrait permettre d'utiliser ce questionnaire en pratique courante, ce qui n'a jamais été fait avant cette étude, ou tout du moins, jamais été publié. Cependant, si le questionnaire a été créé en anglais, sa traduction n'a pas été validée (cf. chapitre limites).

Par ailleurs, l'impression de validité du questionnaire traduit auprès des participants reste relative au regard du nombre de répondants.

- *Pertinence des critères du G-TRUST*

  - À la recherche du critère primordial

Pour les internes en médecine générale de Lyon, le critère arrivant nettement en première position est l'item 2 : « les recommandations sont claires et exploitables ». Un des points notés par un des participants est notamment la rédaction de fiche de synthèse, un autre mentionne le fait qu'il est peu évident lors d'une consultation de « 20 minutes » en médecine générale de lire une

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

recommandation de grande taille. La praticité des recommandations paraît effectivement être le critère le plus important pour permettre une application facile dans le cadre d'un exercice de la médecine générale. Le mode d'exercice de cette spécialité est majoritairement libéral et probablement plus impacté par une problématique de temps que d'autres spécialités et d'autres mode d'exercice notamment hospitalier (temps nécessaire pour lire une recommandation, alors que la moyenne d'une consultation médicale de médecine générale est de 16 minutes (13)).

Cela questionne par la même la manière dont le rendu des RBP devrait être envisagé. La HAS a compris cela il y a déjà longtemps, proposant des « fiches mémo », ou « 4 pages », pour favoriser une lecture rapide des éléments clefs.

De plus, des recommandations concises et peu complexes, avec par exemple une bonne explication des critères diagnostics ou des thérapeutiques, pourraient sans doute être plus faciles à respecter. Nous pouvons citer par exemple les recommandations sur les pathologies infectieuses et leur prise en charge. Le recours en médecine générale est probablement fréquent, sans qu'aucun étudiant ne les ait citées en commentaire, contrairement à celles portant sur le diabète, la BPCO ou l'hypertension artérielle. L'outil Antibioclic (https://antibioclic.com) créé par des spécialistes en soins primaires et la société française d'infectiologie sur la base des recommandations françaises peut parfaitement représenter l'exemple d'une recommandation claire et exploitable.

Cependant, si la concision d'une recommandation est appréciable, des versions plus exhaustives des recommandations présentent également leur utilité, afin d'apporter des nuances ou d'expliquer en détail la méthodologie de la recommandation, ou bien ses critères d'applicabilités.

- Critères importants

Les items 3, 1, 5 et 7 paraissent également très pertinents pour les étudiants en médecine avec des intervalles de confiance se chevauchant.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Le deuxième item est l'item 3 : « les recommandations cherchent à améliorer la prise en charge des patients, en comparant les bénéfices et les risques pour aider le clinicien à prendre une décision. Un étudiant cite l'exemple de recommandations sur les cibles de LDL ou l'hémoglobine glyquée. En effet, ces recommandations portent sur des critères intermédiaires et non pas sur des critères primaires comme la réduction de la morbidité ou de la mortalité.

L'item 1 : « la population ciblée et ses caractéristiques (comorbidités, âge…) sont comparables à celles rencontrées dans mon activité clinique » arrive en 3ème position. Un des critères nécessaires pour les généralistes est une population étudiée proche de leur exercice clinique. Dans de nombreuses études, les populations étudiées sont peu comparables (population polypathologique ou études réalisées en milieu hospitalier).

Puis l'item 5 : « La recommandation est fondée sur des niveaux de preuve échelonnés ; elle décrit le grade (A, B, C…) de ces preuves ». Cela permet de savoir de quelle recommandation il est nécessaire de tenir compte (fort niveau de preuve) par rapport à celles qui relèvent d'un simple consensus. Dans le cadre d'un exercice en médecine générale, pouvoir identifier rapidement les recommandations à fort niveau de preuve représente un enjeu majeur. Cela permet d'éviter une lecture chronophage d'une recommandation peu pertinente présentant un niveau de preuve de faible niveau.

Ensuite, l'item 7 : « La présidence du comité en charge de l'élaboration des recommandations comme la majorité des autres membres n'a pas de **conflits d'intérêt**, notamment financiers, et le groupe n'a pas reçu d'aide de la part d'organismes tiers dont l'industrie pour rédiger les recommandations ». Cet item arrive étonnamment en 5è position sur 8 mais toujours avec un fort taux d'adhésion. Il s'agit toutefois **du premier critère pouvant amener à rejeter une recommandation pour les étudiants**. 2/3 des étudiants mentionnés admettent qu'ils peuvent rejeter une recommandation

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

s'il existe un conflit d'intérêt. Un étudiant atteste que même si le conflit d'intérêt n'influence objectivement pas les résultats d'une recommandation, il pourrait la rejeter. Il semble donc acquis par les étudiants en médecine que les conflits d'intérêts peuvent nuire à la rédaction de recommandations « objectives » comme ils l'explicitent dans les questions annexes.

- Critères peu importants

Viennent ensuite deux autres critères moins importants pour les internes, comparativement à ce deuxième groupe :

- ITEM 4 : « Les recommandations sont basées sur une revue systématique de la littérature scientifique ». Moyenne : 3,74 (IC:3,55-3,93) N=105. Il y est fait mention ci-dessous.

- ITEM 8 : « Le comité est composé de membres des spécialités les plus pertinentes sur le sujet traité ainsi que d'autres représentants, tels que les patients ou les associations de patients, les organismes payeurs et les institutions de santé publique, si possible ». Moyenne : 3,55 (IC95%: 3,36-3,75) N=105. Il est difficile de savoir si cette question a été bien perçue par les étudiants, dans la mesure où 91% des internes souhaitent voir davantage de recommandations rédigées par des médecins généralistes, ce qui correspond à la première idée exprimée dans cet item. Peut-être que la deuxième partie de la phrase, c'est-à-dire celle relative aux associations de patients, organismes payeurs et institutions de santé publique grève la moyenne de cet item. À ce sujet, un des étudiants rappelle que pour lui, l'intérêt du patient est capital, et doit prévaloir sur tout intérêt financier. Cela fait redondance avec les critères concernant les conflits d'intérêt.

Cet item nécessiterait vraisemblablement d'être reformulé.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

- Enfin, le dernier item coché se distingue nettement derrière les autres. Il s'agit de l'item 6 : « l'élaboration des recommandations fait appel à un méthodologiste, tel qu'un statisticien ou un épidémiologiste ». Moyenne : 2,92 (IC:2,69-3,15) N=105.

Pour rappel, à la question « dans votre pratique courante, parmi les critères, quel serait celui qui vous ferait rejeter une recommandation au point de ne pas la suivre ? », les deux critères les moins importants étaient « les recommandations sont basées sur une revue systématique de la littérature scientifique » et « la recommandation est fondée sur des niveaux de preuve échelonnés ; elle décrit le grade (A, B, C…) de ces preuves ». Au vu de toutes ces réponses, on remarque que **les critères les moins importants pour les internes en médecine générale interrogés sont tous ceux qui ont trait à la méthodologie**. S'agit-il d'une défiance envers la légitimité des experts rédigeant les recommandations ? Cela peut également poser question sur la formation scientifique notamment en EBM et l'esprit critique des étudiants en médecine générale de Lyon, ceci d'autant plus qu'il n'existe pas d'enseignement de LCA durant le 3ème cycle du DES de médecine générale.

- *Pratiques des étudiants en médecine générale de Lyon*

Seul un tiers des étudiants en DES de médecine générale sont abonnés à une revue scientifique. Malgré ce faible taux d'adhésion, **ils semblent se conformer à l'avis porté par ces mêmes revues sur une recommandation** (moyenne 3,95 ; IC 95% de 0,16, N=104). Ils « délègueraient » donc le processus critique à un tiers, ici les rédacteurs des articles des revues (Prescrire, Exercer, La Revue du Praticien…). Les revues contrairement aux recommandations ne sont pas émises par une autorité sanitaire nationale. Peut-être agissent-elles comme contre-pouvoir ou garde-fou ? Il serait intéressant de savoir pourquoi ce processus critique est soumis à des revues spécialisées. Manque de temps ? Fiabilité de ces revues sur l'exercice clinique ? Peut-être que ces revues sont plus adaptées à l'exercice de la médecine générale que ne le sont les recommandations. Elles sont la plupart du temps rédigées

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

par des médecins généralistes. La légitimité scientifique de ces revues, et leurs critères décisionnels pour juger de la pertinence ou non d'une recommandation peut également soulever des interrogations, mais ce n'est pas ici le sujet de la thèse.

Beaucoup d'étudiants en médecine avouent ne pas savoir la proportion de recommandations rédigées par des médecins généralistes, ou bien l'estimer à des taux faibles (27% en moyenne). Ceci peut accréditer la faible influence d'experts en médecine générale dans la rédaction des recommandations, ou de recommandations peu adaptées à la pratique des soins primaires. Les étudiants avouent utiliser régulièrement les recommandations (entre plusieurs fois par semaine et plusieurs fois par mois). Ils semblent donc accorder une importance non négligeable aux RBP sur leur pratique. **91% des étudiants interrogés souhaiteraient une implication plus importante de spécialistes en médecine générale**, notamment pour les pathologies les plus courantes dans cette spécialité (HTA, BPCO…), jugeant nécessaire l'inclusion des prescripteurs finaux dans la rédaction des recommandations.

- *Conclusion des résultats*

En conclusion, pour la rédaction d'une recommandation, tous les critères se rapportant à la population des études, à l'exploitabilité facile des recommandations et à leur application pratique sont importants pour les internes interrogés. En ce qui concerne les conflits d'intérêts, cela joue plutôt un rôle amenant à rejeter une recommandation, si les conflits d'intérêts sont avérés. Les critères méthodologiques sont les moins importants pour les étudiants.

Ces résultats semblent renforcer la perception de recommandations « hyperspécialisées » et s'intégrant difficilement dans une approche centrée-patient, très attachée à la médecine générale. En ce qui concerne le questionnaire G-TRUST, il paraît être un bon outil pour permettre de juger

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

rapidement de la pertinence d'une recommandation pour les internes en médecine générale. Sa concision le rend plus pratique à utiliser que la grille AGREE composée de 23 items.

La plupart des réponses en commentaire libre du questionnaire mentionne des recommandations portant sur des pathologies fréquentes en médecine générale. Aucun ne mentionne les recommandations s'intéressant aux prises en charge ou pathologies peu fréquentes. Les RBP ou les Recommandations par Consensus Formalisé paraissent très pertinentes pour ces cas rares, car elles permettent de centraliser les informations et les rendre concises pour un exercice en médecine générale.

b. Données de la littérature

À ma connaissance et à date de publication, aucune étude n'a été réalisée sur ce sujet. Ce travail est donc inédit. Par ailleurs, aucune du G-TRUST en pratique courante dans la littérature n'a été trouvé.

Cependant, le G-TRUST a été utilisé de façon informelle par le Pr. BOUSSAGEON et le Dr CHANELIERE lors du congrès du CNGE (collège national des généralistes enseignants) à Lille en 2021. Lors de ce congrès étaient inscrits 2276 participants : 1633 étudiants, 120 chefs de cliniques, 3 médecins retraités, 16 paramédicaux, 450 maîtres de stages adhérents et 120 médecins adhérents (certains participants étaient dans plusieurs catégories). Lors d'une table ronde portant sur les facteurs de risque cardiovasculaires, il a été demandé à l'audience de s'exprimer sur les items du G-TRUST, via une application mobile. 280 répondants ont été enregistrés. Les réponses sont les suivantes :

- ITEM 1 moyenne 4,50 (n=234) vs 4,19 dans la thèse,
- ITEM 2 moyenne 4,70 (n=4,7) vs 4,74
- ITEM 3 moyenne 4,26 (n=231) vs 4,37
- ITEM 4 moyenne 3,78 (n=233) vs 3,74

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

- ITEM 5 moyenne 4,19 (n=232) vs 4,15
- ITEM 6 moyenne 3,03 (n=229) vs 2,92
- ITEM 7 moyenne 4,44 (n=225) vs 4,13
- ITEM 8 moyenne 3,75 (n=230) vs 3,55

Ces résultats très partiels, et soumis à caution, ne semblent pas montrer de différences majeures entre la population des étudiants en DES de Lyon et la population répondante lors de ce congrès. Ceci montre pourtant une assez bonne corrélation de cette thèse dans un cadre plus général, qui est la perception des recommandations par les médecins généralistes, tout du moins ceux présents au congrès. D'autres études seront toutefois à mener à plus grande échelle pour confirmer ces résultats (cf. chapitre Perspectives).

En dehors de la qualité des recommandations, il est important également pour les médecins généralistes de savoir de quelle recommandation tenir compte. Une équipe propose un guide (14) qui reprend en format court les points essentiels pour interpréter une recommandation. Une bonne recommandation repose sur tous les critères importants de la pertinence scientifique d'un article, tel qu'appris pendant les cours de lecture critique. La recommandation doit être facile à mettre en œuvre, fiable, avec une population étudiée qui doit être similaire à la population cible, porter sur une amélioration du rapport bénéfice-risque, sans conflit d'intérêt (tous ces critères sont bien étudiés par le G-TRUST)…

Concernant la pertinence des recommandations émises, il est difficile de trouver de la littérature sur l'implication des médecins généralistes en France dans le processus rédactionnel. Il est également difficile de trouver du contenu critique envers les recommandations françaises. Plus de données sont disponibles au Canada. Ainsi, un article rédigé en 2017 par le Dr. WHITE(15), ex-président du collège

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

des médecins de famille du Canada, revient sur plusieurs controverses concernant certaines recommandations émises dans son pays. Il met par exemple en exergue l'inadéquation entre théorie et pratique dans le cadre du diabète : « les lignes directrices de l'Association canadienne du diabète recommandent l'ajout de médicaments si les cibles d'hémoglobine A1c ne sont pas atteintes dans les 2 à 3 mois de la gestion du mode de vie (16). Cela ne cadre pas avec le temps qu'il faille à la plupart des gens pour accepter un nouveau diagnostic et apporter des changements radicaux à leurs habitudes quotidiennes en ce qui concerne l'alimentation et l'activité ». Il note par ailleurs également que les médecins généralistes contribuent peu à la l'élaboration des GPC (guide de pratique clinique), et il met le doigt sur les conflits d'intérêt.

Le Dr. PIMLOTT, toujours au Canada, insiste également dans la même revue sur la nécessité de recommandations dirigées par des experts en médecine générale, qui intègrent des « résultats centrés sur le patient » (17). La décision partagée amène à reconsidérer certaines options thérapeutiques(18).

Une thèse de doctorat en sociologie portée par le Dr. ROLLAND (5) à Toulouse en 2011 s'est intéressée à étudier d'un point de vue « non-médical » les facteurs influant sur la prise en charge d'un patient hypertendu en médecine générale. Le constat d'une hypertension mal traitée chez une grande proportion des patients (19) l'amène à se questionner sur les critères décisionnels importants pour le médecin généraliste. Elle rend compte de la très grande variabilité des relations médecin-patient entre deux médecins différents, et deux patients d'un même médecin. Son travail insiste sur la dimension humaine de la médecine générale : il arrive par exemple plusieurs fois que les médecins n'appliquent pas *stricto sensu* les recommandations pour maintenir une qualité relationnelle avec leur patient. Elle note également deux points intéressants (page 196) : « les recommandations n'expliquent pas ou quasiment pas comment améliorer l'adhésion thérapeutique pour l'HTA » ; « les recommandations ne

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

font pas état du point de vue du patient ». Ces deux points sont primordiaux pour un bon contrôle tensionnel.

Si nous avons fait mention de recommandations mal suivies sur le contrôle tensionnel, elles ne représentent pas un cas isolé. Ainsi, il en est de même vis-à-vis du contrôle lipidique en soins primaire dans une étude menée en France (20) : les résultats montrent des résultats contre-intuitifs. Une grande partie des patients ne sont pas dans les objectifs thérapeutiques (taux de LDL-C trop élevé par rapport à leurs facteurs de risque cardiovasculaire) et ce d'autant plus que le niveau de risque cardiovasculaire est important. Cependant, il faut noter que l'étude date de 2004 et ne préjuge pas de résultats similaires si elle est réalisée en 2023. Une étude publie les mêmes résultats (21) aux États-Unis. Dans les deux cas, les auteurs insistent sur la nécessité de traiter plus intensément les dyslipidémies. Aucun des deux articles n'évoque les facteurs de décision thérapeutiques du patient et du médecin. Ceci objective, si le doute persistait, que les recommandations et l'EBM en général constituent un facteur parmi d'autres influant sur la prise en charge. Le prescripteur final représente le garant de l'application des. RBP.

Les interrogations remettant en cause la médecine orientée vers la maladie, ou modèle biomédical ne sont pas nouvelles. Le Dr ENGEL prônait l'émergence d'un modèle « biopsychosocial » (22) dès 1977. Les interactions du patient avec son médecin, son mode de vie influent par exemple sur la prise en charge de l'hypertension (5,19), ainsi que dans d'autres champs de compétence comme la psychiatrie, les soins palliatifs (23)… Il n'est évidemment pas question que le modèle biopsychosocial supplante le modèle « biomédical », mais un modèle prenant en considération le niveau social, les comorbidités, le vécu et la culture du patient, son environnement mènerait possiblement vers de meilleurs résultats thérapeutiques (24,25). En pratique, le généraliste lors de son processus décisionnel décide ou non de prescrire une thérapeutique, ou de s'appuyer sur un examen biologique ou radiologique. Il arrive fréquemment que les antécédents personnels du

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

patient ou son vécu de la maladie modifient sa prise en charge. En cela, on peut dire qu'il s'agit d'une adéquation entre ces deux modèles (26). En ce qui concerne les RBP, le contexte biopsychosocial est souvent peu pris en compte par rapport au modèle biomédical dominant.

Certaines instances de santé, comme l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) avec la création de la « Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé » (27), font référence au modèle biopsychosocial. On comprend aisément que le mode de vie et l'existence d'un système de protection sociale agissent sur la gravité et la perception d'un handicap. Le concept biomédical de pathologie est insuffisant pour rendre compte de la profondeur d'un handicap. En France, un des exemples de cette intrication entre modèle social et modèle médical s'illustre par le formulaire Cerfa 15695*01. Celui-ci est à adresser à la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) et permet une meilleure intégration et prise en charge « non médicale » des personnes présentant des handicaps. Il est rempli par le médecin lui-même. L'échelle SF-36 développée par Ware et Sherbourne en 1992 (28) est largement employée pour évaluer la qualité de vie chez un patient présentant un handicap. Elle intègre des questions sur les restrictions d'activité chez le patient, sa perception de sa santé, le retentissement de sa pathologie sur le travail…

L'écoute des patients et la prise en compte de leurs plaintes mènent également à la découverte de situations iatrogéniques (29), parfois non décrites dans la littérature, et qui peuvent modifier la prescription. Si cela a été incorporé par nos pratiques médicales (signalement des effets indésirables sur des plateformes de pharmacovigilance), de nombreux médicaments recommandés en première intention ont des effets indésirables impactant la qualité de vie des patients. Cela ne pose pas de problème si les bénéfices sont largement supérieurs aux risques encourus. Mais certains traitements sont recommandés sans être basés sur des essais fiables et de forts niveaux de preuve. Si le bénéfice est incertain, le risque est réel et cela expose à des risques iatrogéniques majeurs (30).

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

c. Originalité et limites de l'étude

Concernant les limites de ce travail, le faible taux de réponse néanmoins (17,7%) expose à une faible puissance. Ainsi, certains items du questionnaire (item 3, 1, 5 et 7) n'ont pas montré de différences significatives entre eux. Ce faible taux de réponses pourrait être expliqué par un faible intérêt pour le sujet (ce qui irait dans le sens des résultats sur la méthodologie), des contraintes de temps, ou par l'administration du questionnaire par internet. Il induit également un biais de volontariat à cette étude, avec des étudiants répondants probablement plus intéressés par le sujet que les non-répondants.

Au niveau méthodologique, concernant la pertinence des recommandations, la grille AGREE n'a pas été utilisée (les raisons sont expliquées dans le chapitre « Matériel et Méthodes »). Même si les critères du G-TRUST s'en rapprochent, du fait de sa concision (8 items au lieu de 23), il existe forcément un biais quant au caractère extrapolable des résultats obtenus dans ce travail par rapport à ceux qui auraient été obtenus en soumettant l'ensemble de la grille AGREE, instrument utilisé par la HAS (l'annexe 3 compare les items de la grille AGREE et du G-TRUST). Il semble qu'en pratique clinique, il soit tout de même plus facile d'utiliser le G-TRUST, moins complexe et moins chronophage, alors que la médecine générale semble être affectée par des contraintes temporelles majeures. La grille AGREE reste toutefois plus exhaustive et paraît dès lors plus « légitime » pour continuer à rédiger les recommandations.

L'utilisation du questionnaire G-TRUST n'a pour l'instant jamais fait l'objet d'une étude en pratique, tout du moins publiée. Cette thèse semble conforter l'utilité du questionnaire G-TRUST comme le voulaient ses auteurs. Cependant, il est important de noter que la traduction du questionnaire que nous avons utilisée n'est pas validée en France. Des tests de cohérence inter-items ainsi que de

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

validations psychométriques seraient nécessaires pour « apprécier la fiabilité, la validité et la sensibilité au changement du questionnaire » (31).

Au niveau de la population étudiée dans cette thèse, il s'agit uniquement d'étudiants. Il est difficile de transposer les résultats à une population plus générale de médecins généralistes, tant au niveau de la pertinence du G-TRUST que des réponses aux items en eux-mêmes.

Il convient également de mettre un bémol sur la classification arbitraire des items dans cette thèse. Le but purement discriminatoire permet de révéler des différences entre les items. Évidemment, plusieurs étudiants notent que tous les critères sont importants. L'ensemble du respect ou non de ces critères conditionne la pertinence d'une recommandation.

Par ailleurs, cette thèse n'a pas étudié tout le versant de l'environnement bio-psycho-social, jouant un rôle prépondérant en médecine générale (5,19). Le niveau social, les comorbidités, le vécu et la culture du patient et du médecin jouent un rôle sur l'application des recommandations et l'acceptation de la thérapeutique d'une part (32), sur l'efficacité de certains traitements en fonction des facteurs génétiques, environnementaux, culturels et socio-économiques.

À l'heure de la rédaction de cette thèse, aucune étude n'a été réalisée en France sur ce sujet et il s'agit là d'un travail inédit. La question de la pertinence des recommandations revêt une importance cruciale. Une part conséquente de l'enseignement de la médecine en France et dans le monde se base sur les « guidelines » (terme anglais pour recommandations) émanant notamment des différentes instances de santé publique. Intégrer la pratique de la médecine générale et des soins primaires dans le processus d'élaboration des recommandations permettrait de mieux s'adapter aux contraintes inhérentes de cette spécialité. Par exemple, il est recommandé dans le cas d'une sigmoïdite de réaliser

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

un scanner abdomino-pelvien. Ceci est possible en milieu hospitalier, mais de plus en plus difficile en ambulatoire et dans un contexte de pénurie médicale en France.

d. Perspectives

Une étude à plus large échelle serait bien sûr intéressante pour évaluer la pertinence du G-TRUST (et de sa traduction) de façon multicentrique et avec des praticiens plus expérimentés. Il faudrait pourtant réaliser ce travail dans des conditions plus maîtrisées et à plus grande échelle, dans le but d'obtenir davantage de réponses, afin d'établir des données plus solides que les tendances relevées dans ce travail qui ne reste que descriptif et exploratoire.

Concernant les recommandations, elles sont souvent rédigées indistinctement pour une pratique ambulatoire ou hospitalière qui peuvent être pourtant totalement différentes. Des recommandations mieux adaptées à la médecine générale apporteraient un bénéfice dans la prise en charge des patients consultant en soins primaires. Des recherches futures pourraient s'attacher à déterminer quelles sont les améliorations que suggéreraient les médecins généralistes dans un cadre d'amélioration des recommandations pour la pratique des soins primaires.

De façon plus générale, toute la recherche médicale aurait tout intérêt à réaliser certaines études en soins primaires. Une proportion non négligeable des études, si ce n'est la majorité, est réalisée en milieu hospitalier et sur des populations non représentatives. Il est indéniable que cela présente des avantages certains pour le recueil des données, pour pouvoir surveiller les patients, assurer une bonne observance des médicaments. Mais cela se fait aux dépends d'une EBM par et pour la médecine générale. Le patient consultant en soins primaires ne consulte pas nécessairement en soins secondaires. Il n'est pas forcément comparable au sein des études.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Les principes mêmes de l'EBM insistent sur les connaissances du médecin et de son patient en plus de la littérature scientifique. La médecine reste une discipline frontière : d'un côté les sciences humaines, de l'autre la médecine basée sur les preuves. Comme exposé en introduction, il tend à exister de nos jours une opposition entre ces deux versants. Tout l'aspect bio-psycho-social (33) du patient ainsi que ses préférences gagneraient à être mieux intégrés aux recommandations (et à la recherche médicale dans son ensemble). Dans cette hypothèse, il serait probable que cela se concrétise par de nouvelles prises en charge des patients. Il est évident que cela ne représente pas une tâche facile et qu'il serait impossible d'être exhaustif. L'apport des considérations biopsychosociales intègre également la médecine dans une approche plus vaste de la santé, où les politiques sociales et de santé publique peuvent avoir des effets sur l'amélioration de la santé globale. La prévention joue également un rôle essentiel dans l'état de santé d'une population (vaccinations, dépistages…). Elle représente une proportion importante du travail du médecin généraliste.

L'esprit critique du médecin reste primordial afin d'opter pour la meilleure prise en charge de son patient. Dans l'intérêt du patient, les médecins doivent constamment le renforcer et le stimuler (34). Les dangers des conflits d'intérêt semblent désormais intégrés par les étudiants en médecine, tout du moins ceux étudiés dans cette thèse. Désormais, il peut être nécessaire de se focaliser sur l'enseignement de la méthodologie. Ainsi, une meilleure formation à la lecture critique d'article auprès des étudiants favoriserait une meilleure impartialité face à l'information exposée (qu'elle émane des recommandations ou non). Et cette impartialité garantit une indépendance, socle de la relation médecin-patient.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

V. Conclusions

Nom, prénom du candidat : SEREIR Amir-Slimane

CONCLUSIONS

La Haute autorité de santé (HAS) émet régulièrement des recommandations de bonne pratique (RBP), afin d'aider les professions de santé dans leur exercice clinique. Pour évaluer la qualité d'une RBP, il est possible de s'appuyer sur la grille AGREE. Cette dernière présente toutefois plusieurs limites, qui la rendent peu utilisable en pratique courante : sa longueur et une certaine complexité liées à la présence de 23 items. Pour y remédier, le G-TRUST est une version simplifiée et basée sur la grille AGREE. Le G-TRUST a été développé aux États-Unis par une équipe de cliniciens en soins primaires, et d'experts en recommandation de pratique clinique. Il comporte 8 items explorant chacun un critère spécifique.

L'objectif principal de ce travail était d'explorer quels critères du G-TRUST s'avèrent les plus importants pour des étudiants en Diplôme d'étude spécialisé (DES) médecine générale.

Pour y répondre, une enquête descriptive transversale a été réalisée auprès des étudiants en DES de médecine générale de Lyon.
Un questionnaire électronique auto-administré a été diffusé du 08/02/2023 au 12/05/2023, auprès des promotions en DES de médecine générale à Lyon ayant passé l'Examen National Classant entre 2019 et 2022. Deux relances ont été réalisées auprès des répondants.
Le questionnaire comportait 3 parties : une première partie comportait des informations génériques sur le répondant, et son accord de participation; une seconde partie comportait les 8 items du G-TRUST traduits en français et explorait le degré d'importance accordé sur une échelle de Likert à 5 degrés (de 1, peu important à 5, très important) ; enfin, une troisième partie comprenait des questions sur la pratique clinique du répondant. Le questionnaire a été implémenté sur la plateforme Claroline Connect® de Lyon 1.
Une déclaration du fichier des données a été réalisée auprès de la CNIL en date du 01/09/2022 (référence : 22227420v0). Les analyses statistiques sont de nature descriptive avec calculs de ratios, moyennes, médianes et intervalles de confiance.

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1 FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Concernant les résultats, le questionnaire a été diffusé à 598 étudiants en DES de MG à Lyon ; 106 internes ont répondu au travail soit un taux de participation de 17,7%. Parmi les répondants, le sex ratio est de 3 femmes pour 1 homme, avec un âge moyen de 27,4 ans. Près de 20% des répondants ont commencé les remplacements, et près de la moitié des étudiants en DES a effectué son 1er et 2e cycle en dehors de la subdivision de Lyon.
Concernant le G-TRUST, le score moyen de la pertinence du G-TRUST est de 4,30 (IC 95% : 4,16-4,44), Néanmoins, il existe des différences entre les items. L'item 2 apparait comme le plus important *(« les recommandations sont claires et exploitables »)* tandis que l'Item 6 *(« L'élaboration des recommandations*

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

fait appel à un méthodologiste, tel qu'un statisticien ou un épidémiologiste ») est celui ayant le score moyen le plus bas. Enfin, l'item qui apparait comme le plus susceptible d'entrainer le rejet d'un RBP par les étudiants est l'item 7 concernant les conflits d'intérêt.
Dans les questions annexes, les étudiants montrent une tendance à suivre l'avis donné par une revue concernant des RBP (moyenne de 3,95). Ils utilisent les RBP entre plusieurs fois par mois et plusieurs fois par semaine et une grande majorité souhaite qu'il y ait une plus grande implication des spécialistes en médecine générale dans l'élaboration de celles-ci.

Dans notre travail, l'item du G-TRUST qui a été déclaré comme le plus important est celui explorant la dimension « claire et exploitable », témoignant du souhait de grande opérativité d'une RBP pour les étudiants en DES de médecine générale, futurs professionnels de santé. A contrario, peu semble leur importer la manière dont la RBP a été élaborée, ni les processus sous-jacents. Ainsi, l'item perçu comme le moins important dans notre enquête concerne la participation d'un méthodologiste, d'un statisticien ou d'un épidémiologiste.
S'agissant de déterminer l'item le plus rédhibitoire, c'est-à-dire celui qui ferait rejeter une RBP sans autre forme d'évaluation de ses autres dimensions, c'est l'item relatif aux conflits d'intérêt qui a été mis en avant. Cela questionne la formation des internes : l'indépendance vis-à-vis de toute forme de conflit d'intérêt semble bien assimilée désormais, mais le mauvais score concernant la méthodologie des études pose des questions sur la formation à la LCA lors du 3ème cycle. Il est en effet difficile de conseiller une recommandation bâtie sur une méthodologie non robuste.

En conclusion, le questionnaire G-Trust pourrait constituer un outil intéressant pour l'évaluation des RBP à diffuser auprès des étudiants en DES de médecine générale, confrontés à un grand nombre de RBP en lien avec le champ disciplinaire vaste de la MG. Si nous avons traduit les items pour ce travail, il nous apparait nécessaire de conduire un travail de validation de l'outil en français (traduction / adaptation, validation psychométrique des propriétés de l'outils). Cela pourrait conduire à une étude auprès d'un échantillon plus vaste et représentatif des étudiants en 2e et 3e cycles, ou auprès de médecins généralistes en exercice.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1
Docteur Rémy BOUSSAGEON
Professeur des Universités
de Médecine Générale

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 18 JUIL. 2023

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

VI. Bibliographie

1. Guyatt G. Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. JAMA. 4 nov 1992;268(17):2420.
2. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
3. Article L162-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006741332
4. Article R4127-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000025843565/2020-11-20
5. Rolland C. Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique: application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle.
6. Gribeauval JP. Force normative des recommandations : un concept à géométrie variable. Prescrire. avr 2008;28(294):295-9.
7. Haute Autorité de Santé. Élaboration de recommandations de bonne pratique. Service des bonnes pratiques professionnelles. janv 2020;
8. Allemand H., Jourdan MF. Sécurité sociale et références médicales opposables. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. sept 2000;(3).
9. Rolland C, Sicot F. Les recommandations de bonne pratique en santé. Du savoir médical au pouvoir néo-managérial. Gouvernement et action publique. 2012;VOL. 1(3):53-75.
10. Conseil d'État,. 1ère et 6ème sous-sections réunies, 27/04/2011, 334396, Publié au recueil Lebon - Légifrance.
11. Haute Autorité de Santé, The AGREE Next Steps Research Consortium. Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (grille agree II). mai 2009;
12. Shaughnessy AF, Vaswani A, Andrews BK, Erlich DR, D'Amico F, Lexchin J, et al. Developing a Clinician Friendly Tool to Identify Useful Clinical Practice Guidelines: G-TRUST. Ann Fam Med. sept 2017;15(5):413-8.
13. DREES (Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Études et résultats, La durée des séances des médecins généralistes. avr 2006;(481).
14. Brignardello-Petersen R, Carrasco-Labra A, Guyatt GH. How to Interpret and Use a Clinical Practice Guideline or Recommendation: Users' Guides to the Medical Literature. JAMA. 19 oct 2021;326(15):1516.
15. David White. Guides de pratique familiale - Appel à l'aide. Can Fam Physician. 1 juin 2017;63(6):494.
16. Harper W, Clement M, Goldenberg R, Hanna A, Main A, Retnakaran R, et al. Pharmacologic Management of Type 2 Diabetes. Canadian Journal of Diabetes. avr 2013;37:S61-8.
17. Pimlott N. L'évolution des lignes directrices en médecine familiale. Can Fam Physician. oct 2022;68(10):716-716.
18. Ubel PA. Medical Facts versus Value Judgments — Toward Preference-Sensitive Guidelines. N Engl J Med. 25 juin 2015;372(26):2475-7.
19. Nicodème R, Albessard A, Amar J, Chamontin B, Lang T. Poor blood pressure control in general practice: In search of explanations. Archives of Cardiovascular Diseases. juin 2009;102(6-7):477-83.
20. Van Ganse E, Souchet T, Laforest L, Moulin P, Bertrand M, Le Jeunne P, et al. Ineffectiveness of lipid-lowering therapy in primary care. Br J Clin Pharmacol. avr 2005;59(4):456-63.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

21. Pearson TA, Laurora I, Chu H, Kafonek S. The Lipid Treatment Assessment Project (L-TAP): A Multicenter Survey to Evaluate the Percentages of Dyslipidemic Patients Receiving Lipid-Lowering Therapy and Achieving Low-Density Lipoprotein Cholesterol Goals. Arch Intern Med. 28 févr 2000;160(4):459.
22. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 8 avr 1977;196(4286):129-36.
23. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clin Rehabil. août 2017;31(8):995-1004.
24. Reach G. Simplistic and complex thought in medicine: the rationale for a person-centered care model as a medical revolution. PPA. avr 2016;449.
25. Reach G, Pechtner V, Gentilella R, Corcos A, Ceriello A. Clinical inertia and its impact on treatment intensification in people with type 2 diabetes mellitus. Diabetes & Metabolism. déc 2017;43(6):501-11.
26. Lane RD. Is it possible to bridge the Biopsychosocial and Biomedical models? BioPsychoSocial Med. 2014;8(1):3.
27. Organisation Mondiale de la Santé, éditeur. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. Genève; 2001. 304 p.
28. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care. 1992;30(6):473-83.
29. Ross SA. Breaking Down Patient and Physician Barriers to Optimize Glycemic Control in Type 2 Diabetes. The American Journal of Medicine. sept 2013;126(9):S38-48.
30. Boussageon R. L'evidence based medicine (ebm) et la légitimité du pouvoir de guérir. Revue d'éthique et de théologie morale. 2011;266(HS):33.
31. Bouletreau A, Chouaniere D, Wild P, Fontana JM. Concevoir, traduire et valider un questionnaire. A propos d'un exemple, EUROQUEST.
32. Green AR, Carrillo JE, Betancourt JR. Why the disease-based model of medicine fails our patients. West J Med. mars 2002;176(2):141-3.
33. Bolton D, Tinland J, Giroux É, Ferry-Danini J. Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical: Archives de Philosophie. 26 oct 2020;Tome 83(4):13-40.
34. Ross D, Schipper S, Westbury C, Banh HL, Loeffler K, Allan GM, et al. Examining Critical Thinking Skills in Family Medicine Residents. FAMILY MEDICINE.

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

VII. Annexes

Annexe A. Questionnaire soumis aux étudiants du DES de médecine générale de Lyon

Recommandations de bonnes pratiques de la Has : quels critères de qualité pour les étudiants en DES de médecine générale de Lyon ?

Pour vous, qu'est-ce qu'une bonne recommandation ?

✷ La Haute Autorité de Santé (HAS) rédige des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP) afin d'aider les praticiens à améliorer la prise en charge des patients.
Pour en assurer la qualité, la rédaction de ces RBP se fonde sur un ensemble de 23 critères (grille AGREE). Elles s'appuient sur les données scientifiques publiées et les avis d'experts ou de sociétés savantes de différentes spécialités.
Dérivé de la grille AGREE, le questionnaire G-TRUST (Guideline Trustworthiness, Relevance, and Utility Scoring Tool) est une version réduite à 8 items. Il permettrait d'évaluer la qualité d'une recommandation en soins primaires.
Cette thèse vise à identifier quels seraient les critères les plus importants dans le G-TRUST pour les étudiants en DES de médecine générale à Lyon.

✷ Ce questionnaire de thèse s'articule en trois parties : quelques données vous concernant, questions en lien avec le G-TRUST et questions vis-vis de votre pratique.
Les réponses sont anonymisées et utilisées uniquement à but statistique.

Le questionnaire a été déclaré conforme vis-à-vis du recueil de données auprès de la CNIL. Il a également obtenu l'accord de la commission du CUMG et de l'auteur principal du G-TRUST le Pr SHAUGHNESSY.

☐ En cochant cette case, vous consentez à ce que vos réponses soient utilisées à but statistique dans le cadre de ce travail. Vous confirmez également être un étudiant en DES de médecine générale à Lyon.

- **Quelques données vous concernant :**

- Quel est votre âge ? (en années)
- Quel est votre sexe ?

Réponses possibles : Homme, Femme, Non genré, ne souhaite pas répondre

- Avez-vous déjà terminé un ou plusieurs stage(s) ambulatoire(s) de DES de médecine générale dans votre cursus ?

Réponses possibles : stage internat niveau 1, stage internat niveau 2 (SASPAS), pôle Femme Enfant Ambulatoire, remplacements débutés
Si vous avez coché la case remplacements débutés, merci d'indiquer le nombre de mois depuis le début de vos remplacements

- Dans quelle faculté de médecine avez-vous effectué votre premier et deuxième cycle d'études médicales ?
- Êtes-vous abonné à une revue médicale (Prescrire, la Revue du Praticien, le Quotidien du médecin, Exercer, autre) ?

Réponses possibles : Prescrire, La Revue du praticien, Le Quotidien du médecin, Exercer, Aucune, Autre revue ? Le cas échéant, merci de préciser la revue

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

- **<u>Questions en lien avec le G-TRUST :</u>**

Cette deuxième partie concerne les items du questionnaire G-TRUST, traduit et exposé ci-dessous. Les critères vous semblent-ils peu importants (1) ou au contraire primordiaux (5) pour juger de la pertinence d'une recommandation.
Si précision ou exemple, merci de laisser un commentaire sous chaque item.

- <u>Limitation des biais de pertinence</u>

- ITEM 1 : La population ciblée et ses caractéristiques (comorbidités, âge…) sont comparables à celles rencontrées dans mon activité clinique.
Réponse de 1 (peu important) à 5 (primordial) ; Commentaire
- ITEM 2 : Les recommandations sont claires et exploitables.
Réponse de 1 (peu important) à 5 (primordial) ; Commentaire
- ITEM 3 : Les recommandations cherchent à améliorer la prise en charge des patients, en comparant les bénéfices et les risques pour aider le clinicien à prendre une décision.
Les recommandations sont basées sur des bénéfices cliniques pour les patients (critères de jugement primaires) et non pas sur des biomarqueurs ou des facteurs de risque (critères intermédiaires).
Réponse de 1 (peu important) à 5 (primordial) ; Commentaire

- <u>Limitation des biais de validité interne</u>

- ITEM 4 : Les recommandations sont basées sur une revue systématique de la littérature scientifique.
Réponse de 1 (peu important) à 5 (primordial) ; Commentaire
- ITEM 5 : La recommandation est fondée sur des niveaux de preuve échelonnés ; elle décrit le grade (A, B, C…) de ces preuves.
Réponse de 1 (peu important) à 5 (primordial) ; Commentaire
- ITEM 6 : L'élaboration des recommandations fait appel à un méthodologiste, tel qu'un statisticien ou un épidémiologiste.
Réponse de 1 (peu important) à 5 (primordial) ; Commentaire

- <u>Limitation des biais d'interprétation</u>

- ITEM 7 : La présidence du comité en charge de l'élaboration des recommandations comme la majorité des autres membres n'a pas de conflits d'intérêt, notamment financiers, et le groupe n'a pas reçu d'aide de la part d'organismes tiers dont l'industrie pour rédiger les recommandations. *Réponse de 1*
Réponse de 1(peu important) à 5 (primordial) ; Commentaire
- ITEM 8 : : Le comité est composé de membres des spécialités les plus pertinentes sur le sujet traité ainsi que d'autres représentants, tels que les patients ou les associations de patients, les organismes payeurs et les institutions de santé publique, si possible.
Réponse de 1 (peu important) à 5 (primordial) ; Commentaire

- Concernant la validité globale de ce questionnaire, trouvez-vous que ses items sont pertinents pour juger de la qualité d'une recommandation ?
Réponse de 1 (peu pertinent) à 5 (très pertinent) ; Commentaire

Dans votre pratique courante, parmi les critères, quel serait celui qui vous ferait rejeter une recommandation au point de ne pas la suivre ?
Réponses possibles: ITEMS 1 à 8 (réponse unique)

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

- **<u>Questions vis-à-vis de votre pratique</u>**

- Auriez-vous tendance à suivre l'avis donné par une revue médicale (Prescrire, Exercer...) concernant une RBP ?
Réponses possibles de 1 (l'avis de la revue influence peu mon avis vis-à-vis de la recommandation) à 5 (l'avis de la revue influence énormément mon avis vis-à-vis de la recommandation) ; Commentaire
- Vous consultez les recommandations de bonne pratique de la HAS:
Réponses possibles : 1 (Jamais), 2 (moins d'une fois par mois), 3 (plusieurs fois par mois), 4 (plusieurs fois par semaine), 5 (plusieurs fois par jour) ; Dans quel contexte ?
- Quelle est votre estimation (en pourcentage) de RBP de la HAS que vous avez utilisées ayant été rédigées totalement ou partiellement par des experts en médecine générale ?
- Jugez-vous nécessaire qu'il y ait une plus grande implication d'experts en médecine générale dans l'élaboration des RBP?
Réponses possibles : Oui, Non ; Pourquoi?
- Concernant les conflits d'intérêts, certains vous paraissent-ils rédhibitoires au point de ne pas vous fier à une recommandation (montant d'un conflit d'intérêt financier, conflit d'intérêt politique...)?
Réponses possibles : Oui, Non ; Si oui, explicitez

- *Avez-vous des suggestions ou des commentaires à faire ?*

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

Annexe B. Déclaration de conformité de la CNIL

CNIL.
COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE & LIBERTÉS

Référence CNIL :
2227420 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004
reçue le 1 septembre 2022

Monsieur Amir-Slimane SEREIR

13 RUE COMMANDANT CAROLINE AIGLE
69008 LYON

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Monsieur SEREIR Amir-Slimane
Service :
Adresse : 13 RUE COMMANDANT CAROLINE AIGLE
CP : 69008
Ville : LYON

N° SIREN/SIRET :
Code NAF ou APE :
Tél. : 0769296860
Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 1 septembre 2022

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : https://www.cnil.fr/donnees-personnelles

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR

SEREIR Amir-Slimane

Critères de qualité concernant l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique pour les étudiants en DES de médecine générale de Lyon.
Thèse médecine : Lyon 2023 ; N°232

RÉSUMÉ

Introduction : La Haute Autorité de Santé émet des Recommandations de Bonnes Pratiques (RBP). Elles visent à guider le praticien dans son diagnostic et sa prise en charge des pathologies. Il existe différents critères permettant d'élaborer des recommandations de qualité (absence de conflits d'intérêt, représentativité de la population cible…). La médecine générale présente des caractéristiques qui lui sont propres (mode d'exercice, diversité des pathologies, approche globale du patient…). La question de la légitimité des RBP se pose.

Méthodologie : Ce travail est une étude descriptive réalisée sur les internes en médecine générale de la faculté de Lyon-Est. Il consiste en questionnaire créé et envoyé aux promotions d'étudiants en DES de médecine générale de Lyon ayant passées l'ECN de 2019 à 2022. Il est autoadministré via internet. Il se base en partie sur le questionnaire G-TRUST traduit en français (outil de 8 items développé par des praticiens en soins primaires et universitaires d'Amérique du Nord). Il comporte 3 parties : informations sur la population répondante, le score G-TRUST traduit, et les pratiques des étudiants concernant leurs usages des recommandations.

Résultats : L'étude se déroule du 8/02 au 12/05/2023. 106 réponses sont obtenues soit un taux de réponse de 17,7%. Le questionnaire G-TRUST est pertinent pour les personnes interrogées (moyenne de 4,30 sur une échelle s'étalant de 1 à 5). L'item primordial pour les étudiants est « les recommandations sont claires et exploitables » (moyenne : 4,74). L'item le moins important est « l'élaboration des recommandations fait appel à un méthodologiste, tel qu'un statisticien ou un épidémiologiste » (moyenne : 2,92). 91% des étudiants interrogés souhaiteraient une plus grande implication d'experts en médecine générale dans la rédaction de RBP.

Discussion : Les étudiants de médecine générale attachent une grande importance à la clarté et l'exploitabilité des RBP dans leur pratique clinique. Il semble nécessaire d'avoir des recommandations orientées vers la médecine générale. Les items se rapportant à la méthodologie sont les moins pertinents pour les étudiants. Cela interroge sur leur formation en EBM, et leur jugement critique de la littérature. Concernant les conflits d'intérêt, il semble acquis pour les étudiants qu'ils constituent un critère amenant à récuser une RBP.

MOTS CLES : Recommandations / Evidence-Based Medicine / Méthodologie / Médecine générale / G-TRUST / Pratique Clinique / Conflits d'Intérêt / Haute Autorité de Santé / Soins Primaires / Étude descriptive

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Rémy BOUSSAGEON
Membres :	Monsieur le Professeur Jean-Christophe LEGA
	Monsieur le Professeur Philippe MICHEL
	Monsieur le Docteur Marc CHANELIÈRE

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 3 octobre 2023

ADRESSE DE L'AUTEUR : SEREIR Amir- Slimane – 13 Rue Commandant Caroline Aigle 69008 LYON
Mail : amir-slimane.sereir@outlook.fr

(CC BY-NC-ND 2.0) SEREIR