

# Médecine générale et Recommandations de bonne pratique : Rapport d'évaluation pragmatique sur les Evidence Based Medical Guidelines®

**Marc Jamouille**

MD, PhD. Médecin de famille, chercheur. Département de médecine générale, Université de Liège, Belgique & Département d'information et d'Informatique Médicale, Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen, France.

contact : marc.jamouille@gmail.com

## **Résumé**

L'auteur est médecin de famille et terminologue. Il partage son expérience de la relecture des traductions de l'anglais vers le français des Evidence Based Medical Guidelines (EBMG) publiées par DUODE-CIM Ltd et les médecins généralistes finlandais. Ces EBMGs sont des résumés de recommandations de bonne pratique (RBP) disponibles au point de soin pour le personnel de santé dans plusieurs pays. En Belgique, ils sont diffusés par le CEBAM, le Centre belge pour la médecine factuelle, par le biais du site web ebpracticenet ([www.ebpnet.be/](http://www.ebpnet.be/)), au nom de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Après avoir corrigé plusieurs centaines de résumés (4 pages A4 chacun en moyenne), l'auteur souhaite partager son expérience. Les questions terminologiques sont d'abord abordées. Les systèmes de correction, les difficultés spécifiques ou les questions d'acronymes sont passés en revue. Ensuite, l'auteur fait une présentation de certaines de ses propres lectures critiques d'une centaine de résumés, qui ont été étudiés plus en profondeur en ce qui concerne le contenu. Les principaux écueils rencontrés dans le domaine de la prévention, de la pharmacologie clinique ou de la santé mentale sont abordés ici à la lumière de l'expérience et de la vision de l'auteur en matière de médecine familiale. L'échange de ces critiques avec les auteurs finlandais des recommandations de bonne pratique s'est avéré particulièrement interactif et fructueux. Bien que le concept d'évidence ne soit pas encore complètement développé dans la pratique clinique, les résumés finlandais des points de soins (EBMG) sont un outil indispensable pour comprendre et soutenir la complexité de la médecine familiale.

**Mots-Clefs** : médecine de famille ; médecine factuelle ; formation professionnelle ; Formation médicale continue comme sujet ; recommandation de bonne pratique comme sujet

## Abstract

The author is a family physician and terminologist. He shares here his experience of proofreading translations from English to French of the Evidence Based Medical Guidelines (EBMG) published by DUODECIM Ltd and Finnish general practitioners. These EBMGs are point-of-care summaries of guidelines available to healthcare personnel in several countries. In Belgium they are disseminated by CEBAM, the Belgian Centre for Evidence Based Medicine, through the ebpracticenet website ([www.ebpnet.be/](http://www.ebpnet.be/)), on behalf of the National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI). After having corrected several hundreds of summaries (each on average 4 A4-pages), the author wishes to share his experience. Terminological issues are first addressed. System of corrections, specific difficulties or questions of acronyms are reviewed. Then the author gives a presentation of his own critical readings of one hundred summaries, which were studied more deeply with regard to content. The main pitfalls encountered in the field of prevention, clinical pharmacology or mental health which are discussed here in light of the author's experience and vision of family medicine. The exchange of these criticisms with the Finnish authors of the guidelines proved to be particularly interactive and fruitful. Although the concept of evidence for shaping clinical practice may not be fully developed, the Finnish point-of-care summaries (EBMGs) are an indispensable tool for understanding and supporting the complexity of family medicine.

**MeSH** : Family Practice ; Vocational Education ; Education, Medical, Continuing ; Evidence Based Medicine ; Guidelines as Topic

**Conflit d'intérêt** : L'auteur reçoit un financement de la firme IVS sur un budget INAMI pour la correction des traductions de l'anglais au français.

**Remerciements** : Merci pour cette intense et passionnante collaboration à Mme Valérie Girardi, traductrice chez vf-translations, à Mme Inez Vanoverschelde, gestionnaire du projet chez IVS, au Dr Vander Stichele, médecin de famille et pharmacologue à l'Université de Gand, à Jukkapekka Jousimaa, Kristian Lampe et Ilkka Kunnamo de Duodecim, Finlande, ainsi qu'à toute l'équipe des médecins correcteurs de Belgique et de France. Un merci particulier à Zekerya Akturk de l'Institut de médecine générale, Université de Munich, Allemagne, qui a révisé le premier manuscrit et soutenu le projet.

**Données complémentaires** Les fichiers Excell de notes de contenu sont disponible en lecture en cliquant ici : [EBMGs comments MJ 2020](#)

# 1 Introduction

Au cours des dernières décennies, le concept de médecine factuelle ou médecine basée sur l'évidence a émergé et s'est répandu dans les communautés médicales, avec un succès variable selon les disciplines et les pays. La médecine générale et de famille a rapidement adopté l'idée, et a été parmi les pionniers de l'élaboration de recommandations de bonne pratique (RBP), basées sur ce paradigme.

En Finlande, la société d'édition Duodecim, qui appartient aux médecins généralistes, a entrepris depuis plus de 20 ans de créer une série complète de résumés de RBP utilisable en pratique clinique, au point de soins, pour un vaste éventail de sujets médicaux avec une incidence et une prévalence minimales en médecine générale. Cette collection, appelée EBMGuidelines® (EBMGs), est riche d'environ 1.000 textes de 4 pages en moyenne, bien structurés, axés sur les soins primaires et indexés sur les Medical Subject Heading (MeSH), sur la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et sur la Classification Internationales des Soins Primaires (CISP-2) et bientôt la CISP-3.

Les textes sont édités et mis à jour par une équipe de rédaction, composée de professionnels et de médecins généralistes bénévoles, qui travaillent selon les principes d'un manuel méthodologique. La base de connaissance de chaque EBMGuideline est la plupart du temps une ou plusieurs revues Cochrane, représentées par un résumé étendu, appelé "evidence summary". Une collection de 5.000 de ces résumés de preuves est étroitement liée aux 1.000 EBMGuidelines. Cette collection est disponible gratuitement en Finlande, dans le cadre d'un écosystème d'information EBM comprenant des systèmes informatisés d'aide à la décision et l'analyse des données de santé publique. Il s'agit d'un exemple de système de soins de santé apprenant [1] [2]

L'ensemble de la collection EBMGuidelines®, produite au départ en finnois et délivrée est disponible en anglais sous licence auprès de Wiley Publishers. Il s'agit de l'un des résumés de données probantes sur les écosystèmes, évalué de façon très positive par Moja et al [3]. Un certain nombre de pays européens ont accordé une licence à cette ressource et des traductions sont disponibles en anglais, finnois, néerlandais, français, allemand, estonien, russe, turc et ukrainien. La traduction, la contextualisation à la situation nationale et la mise à jour de ce corpus se sont avérées être des cycles difficiles mais faisables [4].

Les EBMGs sont publiées en Belgique francophone sous le nom Recommandations de Bonne Pratique (RBP) et mises à la disposition du personnel de santé belge en français et en néerlandais par l'Institut national belge d'assurance maladie-invalidité (INAMI) via le site web de l'association sans but lucratif ebpracticenet (<https://www.ebpnet.be/>). Ebpracticenet est une base de données numérique réunissant tous les guides de pratique clinique et autres supports d'information de médecine factuelle à destination des prestataires de soins belges [5]

EBMpractice.net est l'une des nombreuses réalisations du CEBAM (Cebam Digital Library for Health) (<https://www.cebam.be/>)[6]. Le CEBAM est une bibliothèque virtuelle, indépendante du circuit commercial, financée par les pouvoirs publics belges, qui se consacre à la publication d'informations médicales de haute qualité pour les prestataires de soins de santé.

Les EBMGs dont les références citées sont disponibles via des liens vers les articles originaux ont une utilisation multiple dans l'écosystème informatif médical belge. Les données disponibles en ligne sur ebpracticenet.be sont liées à la base de données de médicament distribuée par la Centre Belge d'Information Pharmacologique (CBIP.be). Elles sont aussi reprises pour indexer les articles de Minerva, revue belge de diffusion de connaissances EBM [7]. Les EBMGs sont consultables en ligne au travers des dossiers médicaux informatisés des professionnels de santé belges par système evidencelinker [8]. La présence

de ce lien dans les logiciels fait l'objet d'un critère fédéral pour obtenir la prime de pratique intégrée proposée par l'INAMI.

Nos collègues de France en bénéficient également au travers d'un site de recommandations de médecine générale (ebmfrance.net/fr). En effet, l'assureur national français CNAM, à l'instar de l'INAMI, met ces mêmes directives à la disposition du personnel de santé français. Une équipe d'auditeurs français est également à l'œuvre, avec laquelle l'équipe de traducteurs belges entretient des contacts fructueux.

## 2 Objectif

L'objectif de ce rapport est d'abord de présenter le processus de diffusion des EBMGuidelines® finlandaises en Belgique

En tant que médecin généraliste et terminologue, j'ai eu l'occasion de participer à une partie du travail de révision des traductions de l'anglais au français. Ces résumés de connaissances sont d'abord traduits en néerlandais et en français depuis l'anglais par des traducteurs professionnels. Il me revient, ainsi qu'à une petite équipe de collègues, de vérifier que la langue des résumés correspond au vocabulaire et au style généralement utilisés dans la profession de médecin de famille en Belgique francophone

Au-delà de cette vérification de l'adaptation de la langue à la cible, la tâche consiste à vérifier si la traduction n'introduit d'informations médicalement erronées (relecture terminologique médicale)

Il est ensuite de transmettre l'expérience d'un collègue médecin généraliste, impliqué dans la relecture médicale du corpus et dans l'analyse du contenu d'éléments sélectionnés. Il s'agit aussi de partager son appréciation de la valeur de la ressource EBMG pour la pratique familiale (Evaluation pragmatique de contenu)

## 3 Résultats

### 3.1 Relecture terminologique médicale

Les résumés sont présentés en ligne en anglais et en français et corrigés à l'aide du système MSWord®, en présentant dans la colonne de droite la version originale en anglais, et dans la colonne de gauche la traduction des traducteurs professionnels, à valider. Le travail consiste à vérifier les traductions, à rechercher des tournures de phrases inhabituelles, les faux amis (Fig.1), les termes mal traduits (Fig.2) ou les acronymes (Fig.3).

FIGURE 1 – Exemple de vérification de la traduction phrase par phrase en anglais / français. Système Word™. Comme on peut le voir dans la deuxième phrase, la formulation anglaise est parfois aussi peu claire

If these investigations are not done until, for example, after the sick leave period, the results may have returned back to normal.	<del>Si ces enquêtes ne sont effectuées, par exemple, qu'après la période de congé de maladie, les résultats peuvent être revenus à la normale. Si ces examens ne sont pas réalisés à temps par exemple, après la période d'incapacité de travail, leurs résultats peuvent être normaux.</del>
Any patient with mild or moderate incontinence that is not caused by a tumour and who has been sufficiently investigated as regards neurological or other systemic disease, is eligible for a therapeutic trial.	<del>Tout Un patient souffrant d'incontinence légère ou modérée dont l'origine n'est pas tumorale, et qui a été suffisamment examiné correctement investigué sur le plan neurologique en ce qui concerne les maladies neurologiques ou d'autres maladies systémiques, est admissible à un essai thérapeutique.</del>

En général, les traductions sont déjà de bonne qualité et les modifications apportées sont souvent mineures. Les traces des corrections sont conservées en ligne jusqu'à ce que l'édition finale soit mise à la disposition des médecins de famille sur le site EBMpractice.net et dans les dossiers médicaux informatisés par le système Evidencelinker.

FIGURE 2 – Spécification médicale de certains termes anglais. Les propositions du traducteur sont remplacées par des termes utilisés en médecine.

English	Find in the French translation	Preferred French translation
scaling	mise à l'échelle	desquamation
condition	condition	pathologie / affection
burrows	terriers	galeries
weeping and crusty	pleureuses et croustillantes	suintante et crouteuse

FIGURE 3 – Quelques exemples d'acronymes, généralement remplacés par du texte pour une meilleure lisibilité. Certains acronymes anglais sont devenus courants en français

Original	Proposed translation	Preferred translation
DIC	DIC	Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)
ENMG	ENMG	Electromyogramme (EMG)
ESR	VSG	Vitesse de sédimentation (VS)
FV Leiden	facteur V Leiden	facteur V de Leiden
GFR	DFG	débit de filtration glomérulaire
GFR <sub>e</sub>	DFG <sub>e</sub>	débit de filtration glomérulaire estimée
GFR <sub>e</sub> ou eGFR	DFG <sub>e</sub>	débit de filtration glomérulaire estimée
GGT	GGT	gammaGT
HBC	VHC	hépatite C
HBV	VHB	hépatite B
MPR	ROR	Vaccin Rougeole - Rubéole - Oreillon (RRO)
PET-CT	TEP-scan	PET-scan
PID	IGH	Maladie inflammatoire pelvienne
RAST	test de radioallergosorbent	RAST [Radioallergosorbent test]
skin (conversion)	TCT	TCT ( test cutané à la tuberculine)
TTP	TTP	PTT (Prothrombin time)

La question des acronymes (Fig.3) est difficile à traiter lors de la traduction. Les acronymes sont comme des tatouages qui donnent aux professionnels l'impression d'appartenir à une caste d'initiés. Sous le faux prétexte de l'économie typographique, ils établissent une hiérarchie entre ceux qui les comprennent au premier coup d'œil et les autres. Cette notion de hiérarchie est typique de la culture hospitalière. Les médecins généralistes font peu usage des acronymes, du moins ceux qui veulent que les patients les comprennent. Il m'a donc semblé opportun de proposer la suppression des acronymes dans le texte français, à moins qu'ils ne soient devenus partie intégrante du langage quotidien des médecins, comme les AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens), l'ECG (électrocardiogramme) ou la SEP (sclérose en plaques).

La question des variantes de sens est très intéressante à discuter. Les EBMGs sont référencés de manière très professionnelle, mais l'utilisation de synonymes et de termes profanes devrait être intensifiée. Cela facilitera également la recherche de RBP et la communication médecin-patient. Un excellent exemple

FIGURE 4 – Excellent exemple de l'utilisation de multiples synonymes , y compris des termes profanes, dans l'introduction d'une ligne directrice

Ebm Photokératite ligne 3	00811	Le rayonnement ultraviolet peut provoquer une kératite aiguë (kératite UV, photokératite, œil du soudeur, coup d'arc, cécité des neiges, photophtalmie).
------------------------------	-------	--

de l'utilisation de synonymes est la ligne directrice sur la photokératite, dont l'entrée est reproduite dans le Fig.4.

D'un point de vue terminologique, c'est la traduction du terme "*evidence*" qui a suscité le plus de débats entre les traducteurs et les médecins belges et français. Comme on le sait, il n'y a pas de consensus sur la transposition en français du concept même d'EBM (Evidence Based Medicine). La traduction du terme anglais "*evidence*" est donc sujette à de nombreuses interprétations. Une erreur fréquente est l'équivalence entre "*evidence*" anglais et "*preuve*" français (proof). Le terme français "*preuve*" peut être utilisé en droit mais pas en médecine. S'il l'était, il impliquerait l'absence d'incertitude en médecine, ce qui lui enlèverait de facto son caractère scientifique. Nous avons donc conservé une traduction plus souple en rendant "*evidence*" en anglais comme « *évidence* » en français, un usage consacré par le système de traduction en ligne Google. Ce n'est pas le lieu de décrire ici toutes les difficultés terminologiques. Prenons simplement l'exemple des termes anglais "*Transsexualism*" et "*transsexual*". Sur la base des travaux de Motmans et al [9], les termes *transidentité* au lieu de *transsexualisme* et *transgenre* au lieu de *transsexuel* ont été utilisés.

## 3.2 Evaluation pragmatique de contenu

En tant que clinicien, sur une base personnelle et volontaire et en même temps que la vérification des traductions, certains textes et propositions ont attiré mon attention. Je passe ici en revue quelques exemples de discussions initiées par la lecture de déclarations ou de propositions de collègues finlandais.

### 3.2.1 Mise à jour très rapide motivée par la nécessité dans le contexte de la pandémie du Covid-19

Les EBMGs sont, comme indiqué ci-dessus, mis à jour annuellement. La récente épidémie de Covid-19 a entraîné une modification substantielle du rythme de travail. Une nouvelle directive EBMG Covid-19 est apparue très peu de temps après le début de l'épidémie et son contenu a évolué très rapidement. Le peu de connaissances que nous avons au début a été étayé par les publications que nos collègues finlandais ont continuellement collectées et analysées. Le rythme des mises à jour a augmenté au point que nous avons eu une mise à jour par semaine, ce qui a permis de mettre à disposition des médecins généralistes une recommandation de bonne pratique parfaitement cohérente avec les données cliniques, pharmacologiques et épidémiologiques actualisées, dans une langue cible de qualité.

### 3.2.2 A propos du concept de prévention

La question de la prévention est très présente dans les EBMGs. Les auteurs des EBMGs n'utilisent pas dans leurs textes d'autres sens que la prévention primaire et secondaire (Fig.5) . Ces termes ont été proposés dans les années 1950, notamment le concept de prévention tertiaire, basé sur l'étude des stades de la syphilis [10] et leur transposition en santé publique [11]. Ce point de vue, basé sur la chronologie de la maladie, a introduit une confusion entre les domaines de prévention primaire et secondaire, termes fréquemment utilisés dans les EBMGs.

FIGURE 5 – Commentaires sur le concept de prévention. Deux recommandations abordant le concept de prévention

Ebm #	EBMG texte	Commentaires
ebm468 Prescription /personne âgée Line 31 & 32:	La prévention secondaire revêt une grande importance chez les personnes âgées. Il existe également des évidences de recherche des avantages de la prévention primaire concernant au moins la nutrition, la vitamine D, et la pharmacothérapie pour l'hyper-tension, les vaccinations et l'activité physique.	Il semble y avoir un décalage entre ce qu'est la prévention primaire, secondaire et tertiaire dans les textes. De manière à parvenir à un accord sur la définition du domaine de la prévention, je suggère de considérer ; Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015 Feb 4;4(2):61-4. doi: 10.15171/ijhpm.2015.24. PMID: 25674569
ebm00469 check-up personne âgée	Il existe également des preuves de l'efficacité des mesures préventives chez les personnes âgées pour les interventions suivantes : le dépistage du cancer du sein.	La question du dépistage par mammographie et du diagnostic précoce est beaucoup plus compliquée que ne le suggèrent les auteurs

Sous l'influence de la médecine centrée sur le patient, et au départ d'une réflexion sur la relation médecin-patient, l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) a proposé, dans le Dictionnaire de médecine générale publié en 2003, de subdiviser la prévention en quatre domaines basés sur la perception du patient et les connaissances du médecin (Fig.6) [12].

Cela permet de clarifier les concepts. En prévention primaire et secondaire, le patient ne souffre pas de maladie, il ne se plaint de rien. Le médecin pense qu'il n'y a pas de maladie (prévention primaire). Mais la connaissance et l'expérience du médecin peut aussi l'amener à envisager qu'il y ait maladie (prévention secondaire). Cela délimite le champ de l'éducation sanitaire et les vaccinations (primaire) et celui du dépistage ou du diagnostic précoce (secondaire). Si le patient se sent ou se vit malade et que le médecin a pu objectiver ou nommer la maladie, il s'agit non seulement du lieu de soins (curatif) mais aussi de la prévention des complications et de la réadaptation (tertiaire). Ainsi, pour un médecin de famille, la prescription d'acide acétylsalicylique après une crise cardiaque ou la planification d'un fond d'œil annuel pour un diabétique sont des actes de prévention tertiaire.

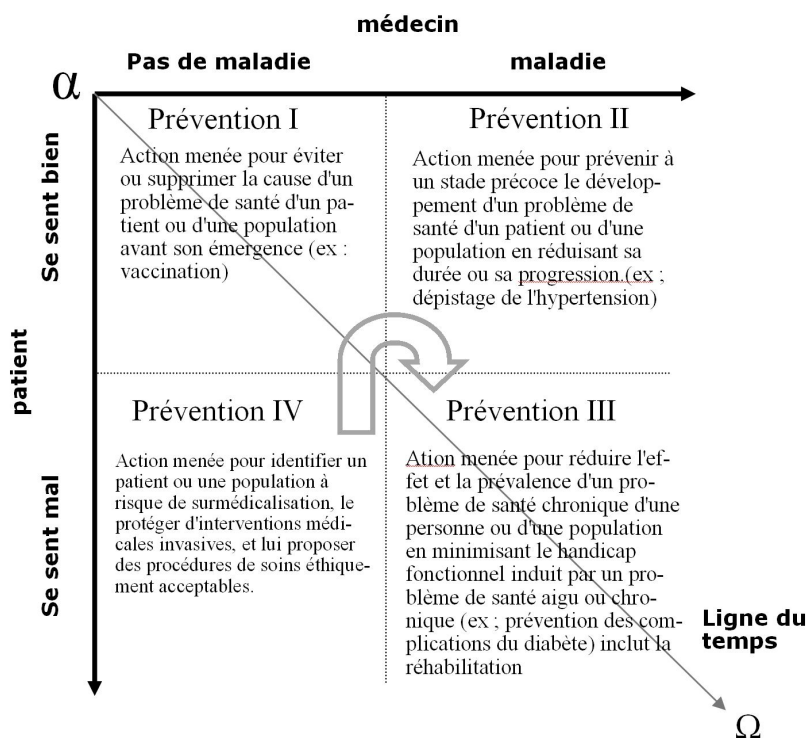
A noter que dans ce cas, la littérature cardiologique, s'appuyant sur le contenu sémantique chronologique du concept, utilise le terme prévention secondaire (pour signifier après un incident)

Toujours en considérant le plan relationnel, il reste le champ quaternaire [13], où le désaccord s'introduit entre le patient qui se sent ou se vit malade et le médecin qui ne trouve pas de maladie ou ne peut la nommer. Cette tension et ce désaccord entre les deux protagonistes de la relation, le médecin et le patient, introduisent le chaos dans la relation, bien décrit par le diagramme de Stacey [14][15], Patients et médecins sont alors enclins, soit à un abandon soit à un "maximalisme médical" [16]. L'échappement des soins et le maximalisme peuvent avoir des conséquences économiques et humaines considérables. La prévention des conséquences de cette interaction délétère dans une relation de soin asymétrique est appelée prévention quaternaire et recouvre entre autres les concepts de surmédicalisation, surtraitement et surinformation et propose que l'axe principal de la réflexion sur l'action soit d'abord ne pas nuire. La prévention quaternaire est d'abord donc une attitude d'analyse des phénomènes en cours par le médecin agissant, rythmée par l'éthique professionnelle et personnelle du médecin et la tolérance du patient. Le contrôle de la connaissance et l'EBM sont des éléments déterminants de la prévention quaternaire [17].

Les auteurs finlandais ont été très sensibles à ces observations. Ils considèrent que cette question est très

pertinente, mais transformer les RBP de cette manière serait une tâche à long terme qui ne peut être envisagée dans un avenir immédiat, car les concepts de prévention sont présents dans de nombreuses RBP.

FIGURE 6 – Les définitions de la prévention selon la WONCA replacées dans leur cadre relationnel. La fleche indique que la prévention quaternaire s'applique à toutes les situations [13]



### 3.2.3 Quelle est la place du médecin généraliste dans la gestion des soins ?

Plusieurs RBP des EBMGs traitent de la relation entre les soins hospitaliers et les médecins généralistes. Bien que l'on puisse sentir des divergences entre les auteurs des différentes RBP, il semble que la tendance des hôpitaux à envahir le domaine des soins primaires soit devenue internationale (bien qu'en Finlande, des infirmières spécialistes travaillent souvent dans le domaine des soins primaires).

Le concept d'infirmière en rhumatologie (Fig.7) s'inscrit directement dans le cadre de la gestion des soins plus connue sous le nom anglais "managed care". On aura donc une infirmière spécialisée en diabétologie, une infirmière spécialisée en oncologie, une infirmière spécialisée en dermatologie, déléguée par l'hôpital pour faire du travail spécialisé à domicile et le médecin de famille qui regarde la scène en se tournant les pouces. Les soins gérés et le parcours de soins sont l'antithèse de la prise en compte de la multimorbidité et de la complexité anthropologique.

La règle devrait être que le médecin généraliste prend l'avis des spécialistes et reste le médecin traitant. Ensuite, si le patient est traité à l'hôpital, le médecin généraliste reste le représentant du patient, conseille, guide et devient le défenseur du patient si nécessaire, en gardant à l'esprit que la médecine peut être dangereuse pour la santé et qu'elle est elle-même un facteur majeur de mortalité [18].



FIGURE 7 – Deux exemples de référence dans les EBMGs. Le premier (œil rouge) donne sa place au médecin généraliste, le suivant (douleur oculaire) propose une collaboration, le troisième (PR) l'oblige à passer la main sans délai et introduit une quasi obligation de soins spécialisés exclusifs.

Ebm #	Texte
Ebm 00808 œil rouge	Si les symptômes d'une maladie traitée par un médecin généraliste se prolongent, le patient doit être adressé à un ophtalmologue.
ligne 82	Le traitement primaire d'un iritis récurrente ou d'un iritis avec des symptômes plus légers peut souvent être effectué par un médecin généraliste (il est préférable de consulter un ophtalmologue par téléphone pour savoir comment commencer le traitement).
Ebm 00810 Douleur dans et autour de l'œil	En cas de suspicion de polyarthrite rhumatoïde (PR), le patient doit être orienté sans délai vers une clinique ambulatoire de rhumatologie.
	Visite à une infirmière en rhumatologie ou, si nécessaire, à un médecin
ligne78	Les patients sous agents biologiques ou inhibiteurs de la JAK doivent continuer à être suivis par une unité de rhumatologie.

### 3.2.4 À propos de la santé mentale

Les textes sur la dépression et la dysthymie et, en général, les textes sur la santé mentale dans ces RBP me semblent avoir été écrits par des psychiatres, et non par des médecins de famille (Fig.8). Le concept de comorbidité est utilisé dans les textes dans un sens très étroit et souvent critiqué [19]. Historiquement, les psychiatres ont commencé à utiliser le terme de co-morbidité lorsqu'ils s'occupaient de patients aussi déprimés qu'anxieux. La comorbidité en médecine familiale est beaucoup plus complexe que la simple association de problèmes dans la sphère mentale.

Le dictionnaire WONCA [12] décrit la comorbidité comme "*d'autres maladies ou problèmes de santé en plus de ceux qui sont étudiés ou traités*". La dépression et les troubles de la santé mentale sont présentés ici de manière linéaire, comme si l'une conduisait à l'autre.

La réalité de la vie quotidienne est que les patients sont souvent assaillis par de multiples problèmes concurrents ou successifs, parfois sur plusieurs générations, qui interagissent les uns avec les autres et ferment les portes aux solutions possibles. Les problèmes émotionnels, les problèmes d'argent, les problèmes d'image, les problèmes de position familiale, les problèmes juridiques, les problèmes professionnels, la santé mentale et la toxicomanie forment un réseau de facteurs [20] qui ne sont pas résolus par l'administration d'un antidépresseur pour la "dépression" ou par une psychothérapie cognitive dialectique.

### 3.2.5 Un savoir gelé

Depuis la promotion scientifique du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité par les experts de l'Association américaine de psychiatrie (APA) et sa publication dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, largement soutenu par l'industrie [21], le marché de la ritaline a explosé [22]. Les auteurs finlandais prennent une bonne distance par rapport à cette surprescription endémique (Fig.9).

Cependant, les hypothèses alternatives aux troubles de l'apprentissage ne sont pas discutées. À l'observation rapportée sur l'importance potentielle des troubles de la gestion auditive centrale, il a été répondu par les collègues finlandais qu'une telle affirmation est considérée par eux comme trop spécifique et pas encore assez certaine pour être introduite dans l'EBMG. Néanmoins, le rôle du médecin de famille dans le dépistage des problèmes scolaires et d'apprentissage, souvent cachés derrière les certificats et les

FIGURE 8 – Commentaires sur certaines déclarations de concepts de santé mentale dans 3 EBMGs

Ebm #	Texte EBMG	Commentaires
ebm 0718 dysthymie ligne 36	Les médicaments de courte durée n'entraînent généralement la réapparition des symptômes qu'après la période de traitement	Le sevrage des antidépresseurs peut être parfaitement confondu avec une récurrence de dépression primaire. Les patients pensent facilement qu'ils sont condamnés à vivre toute leur vie avec des ISRS. Il n'est donc pas rare de rencontrer des patients qui prennent les mêmes produits depuis 5 ou 10 ans et qui sont encouragés à continuer à les prendre malgré une mauvaise connaissance du résultat. Voir - Lejoyeux, M., Adès, J., Mourad, S., Solomon, J., & Dilsaver, S. (1996). Antidepressant withdrawal syndrome. <i>CNS drugs</i> , 5(4), 278-292 - Hughes, S., & Cohen, D. (2009). A systematic review of long-term studies of drug treated and non-drug treated depression. <i>Journal of affective disorders</i> , 118(1-3), 9-18.
Ebm 0472 Depression ligne 4	Il s'agit souvent d'une maladie sous-diagnostiquée et non gérée	Ce genre de phrase est dangereux. La population identifiée sous l'étiquette "dépression" et la durée des traitements n'ont cessé de croître au cours des 40 dernières années au rythme des nouvelles définitions publiées par des experts dont les conflits d'intérêts n'ont été identifiés que trop tard. C'est une porte ouverte à la surmédicalisation ou plus simplement à la médicalisation de la vie. Voir ; - Lundh, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Schroll, J. B., & Bero, L. (2017). Industry sponsorship and research outcome. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , ( <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23235689">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23235689</a> )
ebm 0714 Psychotherapy	La comorbidité survenant avec les troubles de la personnalité est très courante dans la plupart des diagnostics psychiatriques	Les termes "état comorbide" et "comorbidité" sont utilisés ici dans un sens psychiatrique étroit qui ne correspond pas à l'utilisation du concept de comorbidité en médecine générale. Voir : Multimorbidité. Q-Codes database ; <a href="https://www.hetop.eu/hetop/3CGP#rr=CGP_QC_QD322">https://www.hetop.eu/hetop/3CGP#rr=CGP_QC_QD322</a>

congé de maladie, est essentiel. Il faut garder à l'esprit que la recherche en neurosciences peut apporter de nouvelles connaissances sur certains des problèmes fréquemment rencontrés en médecine familiale.

Un autre domaine dans lequel la connaissance est gelée est celui des douleurs articulaires et abarticulaires. Quand on parle de lombalgie en médecine générale, on parle d'abord de l'expérience du patient. Il est essentiel de savoir exactement quand et dans quelles circonstances la douleur est apparue pour la première fois. L'anamnèse doit être minutieuse. Dans la grande majorité des cas, les douleurs dorsales et lombaires sont liées à des contractures réflexes déclenchées par des mouvements inadaptés à la position du corps ou par la répétition du mouvement. C'est fréquemment la rotation des vertèbres et/ou le blocage des articulations sacro-iliaques qui sont en cause. Je sais que nos anatomistes nous enseignent que les sacro-iliaques ne bougent pas. Comment pourrait-on marcher si les sacro-iliaques n'ont aucune mobilité ? Cette mobilité est accrue pendant la grossesse.

Depuis 40 ans que je travaille en tandem avec des ostéopathes expérimentés, j'ai appris ce que ces praticiens sont capables de faire. Celui qui écrit qu'une manœuvre ostéopathique n'est pas plus efficace qu'un placebo (Fig.10) n'a jamais eu lui-même de mal de dos et ne s'est jamais levé du divan d'un ostéopathe en ayant retrouvé sa mobilité.

### 3.2.6 Pharmaco-épidémiologie clinique

La prescription est probablement la question la plus difficile à traiter dans le cadre de la médecine factuelle (Fig.11). Les techniques de corruption des connaissances mises en place au nom de la santé par la société marchande au cours des trente dernières années dépassent l'entendement [23]

Fausse données, patients trompés des pays sous-développés, faux articles, articles achetés, numéros spéciaux achetés dans les grandes revues, signatures connues achetées, auteurs fantômes, statistiques

FIGURE 9 – À propos de la recommandation ebm 0677 sur la recommandation de pratique clinique pour le TDAH

Ebm #	Commentaire	Commentaire supplémentaire
ebm 0677 sur le TDAH	La révision de la ligne directrice 0677 sur le TDAH est bien faite avec une relativité suffisante sur le traitement pharmacologique .	Cependant, il ne mentionne pas l'épidémie de diagnostic depuis les années 2000. L'interaction entre le TDAH et le trouble du traitement auditif central (TTCA) est connue depuis plus de 20 ans. La compréhension du TADH ou de certaines de ces formes dans les domaines des neurosciences et des sciences auditives a fait des progrès significatifs. Il serait cohérent de tenir les médecins généralistes informés de ces avancées prometteuses, tant en matière de diagnostic que de traitement. Voir ; [i] Blech, J. (2006). Inventing disease and pushing pills: Pharmaceutical companies and the medicalisation of normal life. Egully. com. [ii] Cacace, A. T., & McFarland, D. J. (1998). Central auditory processing disorder in school-aged children: A critical review. <i>Journal of Speech, Language, and Hearing Research</i> , 41(2), 355-373. [iii] Riccig, C. A., & Hynd, G. W. (1996). Relationship between ADHD and Central Auditory Processing Disorder: a review of the literature. <i>School Psychology International</i> , 17(3), 235-252. [iv] Medici, D., & Morales Suárez Varela, M. (2017). Language and school performance in children with diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder. <i>Revista Mexicana de Neurociencia</i> , 18(1), 89-99. [v] Serrallach, B., Groß, C., Bernhofs, V., Engelmann, D., Benner, J., Gündert, N., ... & Seither, S. (2016). Neural biomarkers for dyslexia, ADHD, and ADD in the auditory cortex of children. <i>Frontiers in neuroscience</i> , 10, 324. [vi] Gerritsen, J. (2009). A review of research done on Tomatis auditory stimulation. Mozart center.

FIGURE 10 – Ostéopathie en médecine générale

Ebm #	Proposition	Commentaire	Sources
ebm00435 lombalgie ligne184 & 209	L'efficacité de la thérapie de manipulation dans les lombalgies aiguës ne diffère pas des autres traitements recommandés ou des traitements fictifs.	Cette ligne directrice présente une grave faiblesse en ce qui concerne les lombalgies les plus courantes en médecine générale. Ce n'est pas parce qu'il est difficile de comprendre comment elle fonctionne et ce qu'elle fait réellement que nous pouvons nous permettre de priver les patients des bienfaits de l'ostéopathie. La littérature va dans ce même sens.	• Licciardone, John C., Angela K. Brimhall, and Linda N. King. "Osteopathic manipulative treatment for low back pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials." <i>BMC musculoskeletal disorders</i> 6.1 (2005): 43. • Lam, Michael T., et al. "Patient experience, satisfaction, perception and expectation of osteopathic manipulative treatment: A systematic review." <i>International Journal of Osteopathic Medicine</i> 32 (2019): 28-43.

manipulées, pressions de toutes sortes font partie de ce que l'on appelle la corruption institutionnelle [24]. Le profit et le soin sont ici en totale contradiction. Que ce soit l'affaire du Médiateur [25], les actions de la famille Sacler et l'épidémie d'opiomanie ou le vaccin mortel tel que le vaccin contre la dengue [26], les exemples sont innumérables.

Le médecin généraliste doit également être un agent très actif dans le suivi des thérapies spéciales. Il doit mettre en place un réseau de communication rapide, basé sur la confiance mutuelle, avec les spécialistes concernés. Par exemple, les agents biologiques et les inhibiteurs de la Janus Kinase (JAK) (Fig.7) sont des produits dangereux et imprévisibles. Ils donnent parfois des résultats merveilleux et spectaculaires.

Il est important de souligner le rôle de pharmacovigilance du médecin généraliste. Dès qu'un nouveau produit est prescrit, l'utilisation de bases de données sur les effets secondaires (telles que Dynamed<sup>TM</sup> (<https://www.dynamed.com/>) ou Uptodate<sup>TM</sup> (<https://www.uptodate.com/>) et sa base Lexicomp clinical content<sup>TM</sup> d'interaction médicamenteuse) est indispensable. Par exemple, tout symptôme inhabituel chez un patient prenant un agent biologique peut être un effet secondaire que le médecin généraliste doit

apprendre à identifier.

Il est nécessaire de sortir de la culture de positivité et de nonchalance qui caractérise les médicaments. Les médicaments sont en principe dangereux et doivent faire l'objet d'une suspicion constante. Les médecins ont été endormis par des milliers de contacts avec des représentants médicaux dont la mission a toujours été de glorifier les avantages et de masquer les inconvénients de leurs superproductions.

FIGURE 11 – Quelques exemples de discussions en pharmacologie clinique

Ebm #	Texte EBMG	Commentaires
ebm883 AINS ligne 99 et 129	<p>Avec l'utilisation des coxibs, l'incidence des ulcères symptomatiques et compliqués est réduite de moitié environ par rapport aux AINS non sélectifs.</p> <p>Utilisez un médicament protecteur ou choisissez un médicament sélectif de la COX-2 pour les patients à haut risque d'effets gastro-intestinaux indésirables.</p>	<p>Difficile de comprendre l'insistance des auteurs de la RBP à promouvoir le coxib comme alternative en cas de sensibilité gastrique. La balance bénéfices-risques des anti-inflammatoires de la famille des coxibs est défavorable (<a href="http://www.prescrire.org/en/3/31/46727/0/NewsDetails.aspx">http://www.prescrire.org/en/3/31/46727/0/NewsDetails.aspx</a>). Trois Coxib sont commercialisés en France : le Celecoxib, l'Etoricoxib et le Parecoxib. Les coxib sont présents dans 142 textes de Prescrire, ils font partie des médicaments à exclure (Rev Prescrire 2018; 38 (412): 140-141). (Rev Prescrire 2017; 37 (409): 825) (Rev Prescrire 2014; 34 (374): 902)</p>
ebm 0897 Tabac ligne 96	<p>La varénicline et le bupropion sont efficaces pour soutenir le sevrage tabagique.</p>	<p>La varénicline et le bupropion sont associés au risque de suicide (Rev Prescrire 2012; 32 (342) : 271) Le rapport risque-bénéfice de ces deux produits est défavorable. La varénicline est un médicament à risque. (Rev Prescrire 2018; 38 (415) : 373-376). Le bupropion n'est pas spécifique au sevrage tabagique. Il s'agit d'une manoeuvre de marketing de la firme pour relancer un ancien antidépresseur vendu par ailleurs sous le nom de Wellbutrin et connu auparavant sous le nom d'amphébutanone (sorte d'amphétamine connue pour induire des crises épileptiques)</p>
ligne 165	<p>Nortriptyline est efficace</p>	<p>Dans cette ligne directrice, le bupropion et la nortriptyline ne sont pas graphiquement mis sur un pied d'égalité. La nortriptyline est reléguée à la fin dans les rubriques de traitement des autres. Pourtant, le bupropion, re-commercialisé sous ce nom, est connu depuis longtemps et l'est toujours sous le nom de Welbutrin. Le Welbutrin et la Nortriptyline sont deux antidépresseurs anciens et bien connus. Ils ne sont pas très efficaces pour aider le patient à se sevrer de la nicotine. Il n'est pas mentionné dans l'article que la nicotine est un antidépresseur naturel et un anxiolytique. Il n'est donc pas surprenant qu'en cas de sevrage, les antidépresseurs puissent dans certains cas aider le patient. voir :</p> <p>Masco, H. L., Kiev, A., Holloman, L. C., Batey, S. R., Johnston, J. A., &amp; Lineberry, C. G. (1994). Safety and efficacy of bupropion and nortriptyline in outpatients with depression. <i>Current therapeutic research</i>, 55(7), 851-863.</p>

Le rôle des médecins dédiés à l'épidémiologie clinique est donc devenu totalement essentiel pour séparer le bon grain de l'ivraie, le vrai du faux, le mirage de la réalité. Heureusement, des scientifiques intègres, réunis au sein de l'International Society of Drug Bulletins (<https://www.isdbweb.org/>) ou dans les Cochrane Centres (<https://www.cochrane.org/>), consacrent leur énergie à analyser et à discuter avec beaucoup de détermination des questions de pharmacologie clinique. Ces connaissances sont diffusées dans des revues telles que la Revue Prescrire, Therapeutics letter, ou la revue Minerva et des dizaines d'autres ainsi que sur des sites Internet généralement en accès libre comme ceux du CEBAM en Belgique. Citant Moynihan et all. ; *Nous voulons tous fonder nos décisions en matière de soins de*

santé sur des évidences faibles [27].

Mais les pièges de la pharmacologie clinique ne sont pas toujours identifiés et parfois des opinions biaisées sont alors publiées [28]. Comme l'indique Umberto Eco, les auteurs et les lecteurs sont tous deux impliqués dans la gestion des connaissances diffusées par les textes [29]. La technologie actuelle permet des échanges rapides et factuels entre les auteurs et les lecteurs. Il me semble donc que les RBP devraient être proposées comme des éléments dynamiques de l'évolution des connaissances, toujours susceptibles d'être remis en question. C'est le sens des notes transmises aux auteurs de ces RBP par le biais de fichiers Excel dont ont été extraits quelques exemples démonstratifs.

FIGURE 12 – Commentaires et réponses dans 3 recommandations

Ebm #	EBMG texte	Commentaires de l'auteurs	Réponse des rédacteurs
Ebm702 Ado reference  Santé mentale	Environ 20 à 30 % des adolescents ont des problèmes psychiatriques.	Ces chiffres sont généralement cités pour les États-Unis. Le récent rapport de l'OMS (2018) parle de 29% des filles et 13% des garçons qui ont déclaré se sentir "mal" plus d'une fois par semaine au cours de la semaine écoulée, mais cela peut difficilement être présenté comme un problème de santé mentale	La traduction est un peu malheureuse, car l'original parle de "troubles psychologiques" et non de "problèmes psychiatriques". Nous allons réviser la traduction
ebm719 Dépression et autres troubles psychologiques	Le terme "double diagnostic" est souvent utilisé pour désigner la combinaison d'un trouble lié à l'abus de substances et d'un trouble mental chez un même patient	Cette terminologie "double diagnostic" est typique de la littérature psychiatrique et n'est pas pertinente pour la médecine générale / médecine de famille dans laquelle la comorbidité est la règle et non une exception. Je vous suggère d'écrire : L'expression "double diagnostic" est souvent utilisée en psychiatrie pour désigner le "...". Voir - Willadsen, T. G., Bebe, A., Køster-Rasmussen, R., Jarbøl, D. E., Guassora, A. D., Waldorff, F. B., ... & Olivarius, N. D. F. (2016). The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity—a systematic review. <i>Scandinavian journal of primary health care</i> , 34(2), 112-121.	OK, nous sommes d'accord et nous modifierons le texte.
Ebm894 Addiction aux médicaments	Si le besoin d'opioïdes semble être réactivé après la suppression des symptômes de sevrage, le naltrexone peut être utilisé pour prévenir une rechute	Le naltrexone n'est pas plus active que le placebo. Voir - Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U., & Verster, A. (2011). Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> ,	L'article a besoin d'être mis à jour. Nous en discuterons avec l'auteur. Il manque quelques résumés de preuves dans cet article, nous les ajouterons entre temps en attendant la mise à jour.

### 3.2.7 Une interactivité très positive de nos collègues finlandais

Les collègues finlandais qui sont les auteurs des EBMG sont très sensibles aux réactions critiques reçues (Fig.12). L'interaction avec le lecteur est une partie intrinsèque de leur philosophie d'édition. Les EBMG sont mises à jour chaque année. Les dossiers que j'ai envoyés ont tous été pris extrêmement au sérieux et une réponse détaillée a été fournie dans chaque cas.

Il n'était pas dans mon intention de procéder à une évaluation systématique des EBMGs. Par conséquent, je n'ai pas de données quantitatives à partager. Toutefois, pour les quelques centaines de résumés vérifiés, j'ai envoyé une observation formelle dans un cas sur trois des RBP. Il me semble que j'ai dû envoyer une bonne centaine d'observations. Le fait que les auteurs finlandais aient pris ces observations très au sérieux donne au lecteur actif le sentiment qu'il fait partie de l'équipe qui essaie chaque jour de réduire l'incertitude de notre profession. Les 3 exemples de la Fig. 12 montrent la réaction (colonne de droite)

## Discussion

Au cours d'un travail de vérification de la traduction de l'anglais vers le français, quelques centaines d'EBMGs ont été révisés et certaines ont fait l'objet d'une évaluation critique de la part de l'auteur. Ces critiques ont été partagées avec les éditeurs, qui ont apprécié positivement les réactions et ont introduit les corrections nécessaires dans les mises à jour des EBMGs. Comme l'ont indiqué Varonen et al. " *Il est prouvé que les RBP sont efficaces pour modifier le processus et le résultat des soins*"[30]. Néanmoins, comme la médecine familiale se situe à l'intersection des connaissances physiopathologiques et de l'anthropologie, d'une part, et que la multimorbidité est la règle dans la pratique, d'autre part, il est difficile de préparer et d'utiliser des directives véritablement opérationnelles sur le lieu de soins.

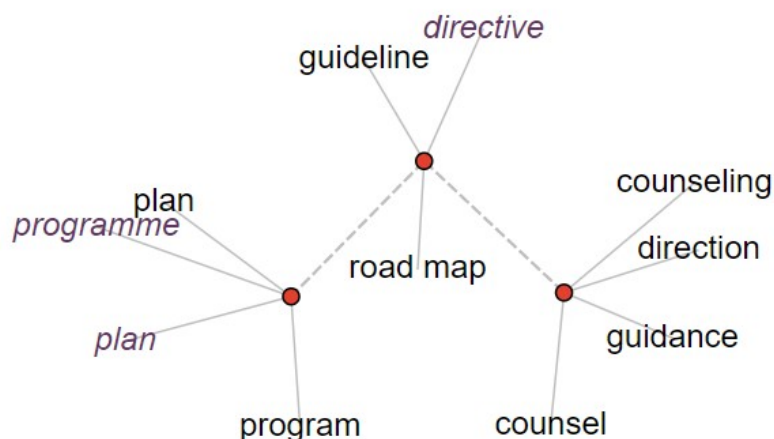
De nombreuses directives provenant de différentes sources sont publiées pour la plupart des sujets cliniques. Chaque organisation a tendance à faire les siennes et, en fin de compte, elles gèrent plus ou moins les mêmes connaissances. La force des EBMGs ne réside pas tant dans leur nombre (plus de 1000), que dans leur système de gestion terminologique, leur disponibilité en neuf langues, leur utilisation en Europe et au-delà y compris en Russie, en Turquie et en Ukraine, leur mise à jour rapide et fréquente, leur gestion par des médecins généralistes en accord avec leur organisation, et d'après notre expérience par leur capacité à répondre aux suggestions et aux critiques de leurs lecteurs.

L'EBM est l'intégration de l'expertise clinique, des valeurs des patients et des meilleures évidences. L'épidémiologie clinique qui est à la base de toutes les propositions de meilleures évidences ne peut pas remplacer l'opinion des experts, l'expérience, le jugement personnel et les conseils au patient lorsqu'il s'agit de traiter la multimorbidité dans le contexte biopsychosocial qui est au cœur de la médecine familiale. C'est pourquoi les RBP doivent être préparées par des praticiens de terrain, ce qui est une caractéristique des EBMGs, capables de rechercher les méta-analyses les plus fines et de les tempérer par leur expérience clinique.

Il est évidemment difficile d'évaluer la valeur d'une collection de résumés de RBP comme les EBMGs par un système aussi précis et sophistiqué que la grille AGREE II. Les résultats d'une telle évaluation seront inévitablement négatifs. Il est en effet compréhensible qu'une analyse très rigoureuse, formelle et statique, telle que récemment communiquée par les experts du CEBAM [31], basé sur le système AGREE, ne donne pas de résultats très favorables. Toutefois, il convient de souligner, comme l'a déclaré C. Smith, que "*jusqu'à présent, l'instrument AGREE II n'a pas permis de distinguer clairement les guides de pratique clinique de haute qualité de ceux de basse qualité*" [32].

Le terme même de guideline en anglais est sujet à de grandes variations (Fig 13). Nous savons que la formation à l'EBM a "*certaines effets positifs sur les connaissances et les compétences des professionnels de la santé*"[33]. *Mais en médecine, il n'y a pas de vérités, il n'y a que des doutes, même dans les faits et l'approche de l'EBM doit être prise avec prudence et humilité* [34].

FIGURE 13 – Concepts liés au terme "Guideline" (français en violet). Visual Thesaurus ® (visualthesaurus.com)



## Conclusion

Dans l'ensemble, le travail accompli par l'équipe de collègues finlandais est très impressionnant. Les EBMGs montrent l'extension considérable du domaine de la médecine familiale et la difficulté de trouver des "évidences" dans un domaine qui réunit la science biomathématique et les connaissances anthropologiques. Notre profession, la médecine familiale, est également soumise à d'énormes variations dans les pratiques et, quelles que soient leurs lacunes, dans notre vision critique, dynamique et interactive, les EBMGs, un produit européen basé sur l'expérience réelle des médecins généralistes, sont très bienvenus au quotidien pour soutenir et délimiter nos incertitudes. On pourrait souhaiter qu'un mécanisme de commentaire interactif soit disponible en ligne et permette aux lecteurs de partager leur question avec les auteurs, renforçant ainsi l'interactivité de l'expérience.

## Références

- [1] Rita BANZI et al. « A review of online evidence-based practice point-of-care information summary providers ». In : *Journal of medical Internet research* 12.3 (2010), e26.
- [2] Koren Hyogene KWAG et al. « Providing doctors with high-quality information : an updated evaluation of web-based point-of-care information summaries ». In : *Journal of medical Internet research* 18.1 (2016), e15.
- [3] Lorenzo MOJA et Koren Hyogene KWAG. « Point of care information services : a platform for self-directed continuing medical education for front line decision makers ». In : *Postgraduate medical journal* 91.1072 (2015), p. 83-91. ISSN : 0032-5473.
- [4] Stijn Van de VELDE et al. « Technology for large-scale translation of clinical practice guidelines : a pilot study of the performance of a hybrid human and computer-assisted approach ». In : *JMIR medical informatics* 3.4 (2015), e33.
- [5] Stijn Van de VELDE et al. « EBMPracticeNet : a bilingual national electronic point-of-care project for retrieval of evidence-based clinical guideline information and decision support ». In : *JMIR research protocols* 2.2 (2013), e23.

- [6] Thérèse LEROY et Michel DE JONGHE. « Recherche d'informations médicales validées : la bibliothèque virtuelle du centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (CEBAM Digital Library of Health-CDLH) ». In : *Louvain médical* 138 (2019), p. 551. ISSN : 0024-6956.
- [7] Tom POELMAN et Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg UGENT. « Intégrer l'EBM par un apprentissage en spirale ? » In : *Minerva* 17.6 (2018), p. 73-74. URL : <http://www.minerva-ebm.be>.
- [8] Valérie DURIEUX et Benjamin FAUQUERT. « Littératures et littéracie. » Unpublished Work. 2020.
- [9] JOZ MOTMANS, Inès de BIOLLEY et Sandrine DEBUNNE. *Être transgenre en Belgique. Un aperçu de la situation sociale et juridique des personnes transgenres. (avec glossaire bilingue fr/nl)*. Report. Institut pour l'égalité des femmes et des hommes., 2009. URL : [https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/34%20-%20Transgender\\_FR.pdf](https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/34%20-%20Transgender_FR.pdf).
- [10] E Gurney CLARK. « Natural history of syphilis and levels of prevention ». In : *British Journal of Venereal Diseases* 30.4 (1954), p. 191.
- [11] Hugh Rodman LEAVELL et E Gurney CLARK. *Textbook of preventive medicine*. New York : McGraw-Hill, 1953.
- [12] Wonca International Classification COMMITTEE. *Wonca Dictionary of general/family practice*. Maa-nedsskr. Copenhagen, 2003. URL : <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000092/0000052.pdf>.
- [13] Marc JAMOULLE et al. « Implications éthiques, pédagogiques, socio-politiques et anthropologiques de la prévention quaternaire ». In : *Revue Médicale de Bruxelles* 39 (2018), p. 92-101. ISSN : 0035-3639.
- [14] Web Page. URL : <https://www.gp-training.net/uncertainty-complexity-chaos-risk/complexity-stacey-matrix/>.
- [15] Paul E PLSEK et Trisha GREENHALGH. « The challenge of complexity in health care ». In : *Bmj* 323.7313 (2001), p. 625-628.
- [16] David SCHLEIFER et David J ROTHMAN. « “The ultimate decision is yours” : exploring patients' attitudes about the overuse of medical interventions ». In : *PloS one* 7.12 (2012), e52552.
- [17] Luís Filipe GOMES, Gustavo GUSSO et Marc JAMOULLE. « Teaching and learning quaternary prevention ». In : *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 10.35 (2015), p. 1-1. DOI : 10.5712/rbmfc10(35)1050. URL : <http://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/1050>.
- [18] Raimundas LUNEVICIUS et Juanita A HAAGSMA. « Incidence and mortality from adverse effects of medical treatment in the UK, 1990–2013 : levels, trends, patterns and comparisons ». In : *International Journal for Quality in Health Care* 30.7 (2018), p. 558-564.
- [19] Scott O LILIENFELD, Irwin D WALDMAN et Allen C ISRAEL. « A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research ». In : *Clinical Psychology : Science and Practice* 1.1 (1994), p. 71-83. ISSN : 0969-5893.
- [20] Denny BORSBOOM. « A network theory of mental disorders ». In : *World psychiatry* 16.1 (2017), p. 5-13. ISSN : 1723-8617.
- [21] Christopher LANE. *Shyness : How normal behavior became a sickness*. Yale University Press, 2008. ISBN : 0300150288.



- [22] Jörg BLECH. *Inventing disease and pushing pills : Pharmaceutical companies and the medicalisation of normal life*. Egully. com, 2006. ISBN : 0415390710.
- [23] Donald W LIGHT, Joel LEXCHIN et Jonathan J DARROW. « Institutional corruption of pharmaceuticals and the myth of safe and effective drugs ». In : *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 41.3 (2013), p. 590-600. ISSN : 1073-1105.
- [24] Lawrence LESSIG. « “Institutional corruption” defined ». In : *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 41.3 (2013), p. 553-555. ISSN : 1073-1105.
- [25] Irene FRACHON et al. « Benfluorex and unexplained valvular heart disease : a case-control study ». In : *PloS one* 5.4 (2010), e10128. ISSN : 1932-6203.
- [26] Antonio L DANS et al. « Controversy and debate on dengue vaccine series—paper 1 : review of a licensed dengue vaccine : inappropriate subgroup analyses and selective reporting may cause harm in mass vaccination programs ». In : *Journal of Clinical Epidemiology* 95 (2018), p. 137-139. ISSN : 0895-4356.
- [27] Ray MOYNIHAN et al. « Pathways to independence : towards producing and using trustworthy evidence ». In : *Bmj* 367 (2019).
- [28] Erick H TURNER et al. « Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy ». In : *New England Journal of Medicine* 358.3 (2008), p. 252-260. ISSN : 0028-4793.
- [29] Umberto ECO. *Experiences in translation*. University of Toronto Press, 2000. ISBN : 1442658150.
- [30] Helena VARONEN et al. « Electronic primary care guidelines with links to Cochrane reviews—EBM Guidelines ». In : *Family Practice* 22.4 (2005), p. 465-469. ISSN : 1460-2229.
- [31] Patrik VANKRUNKELSVEN et al. *Cebam Accreditation procedure Duodecim*. Report. Cebam Report, August 2020.
- [32] Christine AM SMITH et al. « A systematic critical appraisal of clinical practice guidelines in juvenile idiopathic arthritis using the appraisal of guidelines for research and evaluation II (AGREE II) instrument ». In : *PloS one* 10.9 (2015), e0137180. ISSN : 1932-6203.
- [33] Lars HECHT, Susanne BUHSE et Gabriele MEYER. « Effectiveness of training in evidence-based medicine skills for healthcare professionals : a systematic review ». In : *BMC medical education* 16.1 (2016), p. 103. ISSN : 1472-6920.
- [34] Web Page. 2019. URL : <https://lucperino.com/621/ebm-et-maladies-chroniques.html>.