



Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par

Adeline HOANG

Née le 16 Juin 1993 à Tours (37)

**Quelle est la place de la recherche en soins primaires dans les revues
systématiques de la Cochrane?**

Présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Bruno GIRAUDEAU, Biophysique et Mathématiques, Faculté de Pharmacie – Tours

Docteur Leslie GUILLON-GRAMMATICO, Epidémiologie, économie de la santé et prévention, MCU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Professeur Clarisse DIBAO-DINA, PU, Médecine Générale - Faculté de Médecine - Tours

Quelle est la place de la recherche en soins primaires dans les revues systématiques de la Cochrane ?

Introduction : Les études à l'origine des recommandations de bonnes pratiques cliniques destinées aux médecins généralistes ne sont pas toutes issues des soins primaires.

Objectif: Déterminer la place des études menées en soins primaires au sein des revues systématiques de la Cochrane.

Méthodes : Revue de la littérature réalisée entre le 21 décembre 2020 et le 9 mars 2021. Les revues systématiques comportant un des mots-clés suivants ont été sélectionnées : “primary care”, “primary health care”, “general practice”, “family practice”. Parmi ces revues, ont été identifiées celles qui contenaient au moins un essai réalisé en soins primaires, puis celles dont tous les essais ont été réalisés en soins primaires. Les caractéristiques de ces derniers essais ont ensuite été détaillées.

Résultats : Sur 1765 revues systématiques éligibles, 441 (25%) contenaient au moins un essai en soins primaires et 30 (1,7%) ne contenaient que des essais en soins primaires (n=218 essais). Parmi ces 218 essais, 71 (32,5%) indiquaient clairement un recrutement en soins primaires, tandis que 59 (27%) se déroulaient dans des lieux communautaires et 88 (40,4%) ne comportaient aucune information sur le lieu de recrutement. La majorité de ces essais ont été publiés par les Etats-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie, avec une année médiane de publication en 2003.

Conclusion : Malgré les nombreuses données manquantes sur le lieu de recrutement des essais rapportés dans les revues systématiques de la Cochrane, il semblerait qu'il y ait une part infime de revues systématiques réalisées en soins primaires.

Mots-clés : soins primaires, médecine générale, revues systématiques, recommandations, recrutement, recherche

How Primary care research is represented in the Cochrane systematic reviews?

Introduction : Studies behind guidelines towards general practitioners are not always from primary care.

Aim : To define the proportion of studies carried out in primary care within the Cochrane systematic reviews.

Method : Literature study conducted over the period from the 21st of December 2020 to the 9th of March 2021. We selected systematic reviews with one of the following keywords : “primary care”, “primary health care”, “general practice”, “family practice”. Among these systematic reviews, we identified those containing at least one trial carried out in primary care, then those in which all the trials had been carried out in primary care. The characteristics of these latter trials were then detailed.

Results : Of 1,765 eligible systematic reviews, 441 (25%) contained at least one primary care trial and 30 (1.7%) contained only primary care trials (n=218 trials). In these 218 trials, 71 (32.5%) clearly indicated recruitment in primary care, while 59 (27%) took place in community places and 88 (40,4%) did not mention any information on the place of recruitment. The majority of these trials were published by the US, UK and Australia, with a median year of publication in 2003.

Conclusion : Despite the lack of information on the settings of recruitment in trials from the Cochrane systematic reviews, it is observed that only a small portion of systematic reviews is carried out in primary care

Keywords : primary care, general practice, general practitioner, systematic review, guidelines, recruitment, research

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEU Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIÈRE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Éthique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur François Maillot, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse.

A Madame la Professeur Clarisse Dibao-Dina, pour avoir pris le temps de diriger ma thèse. Merci pour tes conseils, ta bienveillance qui ont permis d'aboutir à cette thèse. Ce fut également un plaisir de passer en stage dans ton cabinet.

A Monsieur le Professeur Bruno Giraudeau, pour m'avoir fait l'honneur de juger mon travail.

A Madame le Docteur Leslie Guillon-Grammatico, pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

A Amandine, pour ton aide précieuse sur ma thèse.

A tous mes maîtres de stages, merci de votre enseignement.

A mes parents, ma soeur, mes cousins, cousines, oncles et tantes, bà ngoại, merci pour tout ce que vous m'avez apporté durant toutes ces années. Aucune famille n'est plus unie que la nôtre. Je suis si fière de vous avoir dans ma vie.

A Bastien, pour ton soutien, ta patience, durant ces années difficiles. Merci d'avoir relu ma thèse et d'avoir apporté tous tes conseils. Merci de ton coaching sportif très motivant au cours de ces derniers mois.

A Audrey, l'externat n'aurait pas été pareil sans toi. Toi qui partage mes passions, mes délires, merci d'avoir été là toutes ces années.

A Sabine, Eleonore et Sandrine, pour votre écoute, votre soutien, et votre bienveillance. Toutes nos discussions interminables m'ont permis de tenir jusqu'au bout.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	10
TABLE DES TABLEAUX	12
TABLE DES FIGURES	12
ABRÉVIATIONS	13
I. INTRODUCTION	14
A. Recommandations de bonnes pratiques (RBP)	14
1. Définition	14
2. Grades	14
3. Applicabilité	15
B. Soins primaires et secondaires	17
1. Définitions	17
2. Types de patientèles	17
C. Etude METARECO	18
1. Définitions	18
2. Principes	18
D. Problématique de MG-METARECO	19
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES	20
A. Dates de la recherche	20
B. Sélection des RS de MG-METARECO	20
1. Équation de recherche	20
2. Critères d'inclusion	20
3. Critères d'exclusion	20
4. Mode de recherche du lieu de recrutement dans la RS	21
C. Recueil des données	21
III. RÉSULTATS	22
A. Descriptions des RS sélectionnées	22
1. Résultats de la recherche	22
2. Caractéristiques des RS en soins primaires exclusifs	23
B. Description des 218 essais de RS sélectionnées	24
1. Caractéristiques des essais	24
2. Lieu de recrutement	25
C. Description des 71 essais avec un recrutement en soins primaires	25
1. Thématiques	25
2. Pays des 71 essais en soins primaires	25
3. Professionnels de santé recrutant les patients	26
4. Différence de lieu de suivi	26
IV. DISCUSSION	27
A. Proportion et caractéristiques des RS en soins primaires exclusifs	27
1. Proportion des RS en soins primaires	27
2. Thématiques	27
3. Types d'essais	28

4. Pays de publication	28
5. Recrutement et suivi des RS	28
6. Perspectives	29
B. Limites de l'étude	30
1. Recherche par mots-clés	30
2. Différents systèmes de santé	30
3. Articles en anglais	31
4. Définition des soins primaires exclusifs	31
C. Force de l'étude	31
D. Perspectives pour la médecine générale en France	32
V. CONCLUSION	33
VI. BIBLIOGRAPHIE	34
VII. ANNEXES	38
Annexe 1 : Méthodologie pour remplir le fichier Airtable	38
1. Données pré-établies	38
2. Critères de recherche du lieu de recrutement	38
Annexe 2 : Tableau de la CISP2	41

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Identification des barrières à l'applicabilité des RBP	15
Tableau 2 : Caractéristiques des 30 RS avec soins primaires exclusifs	23
Tableau 3 : Caractéristiques des 218 essais	24
Tableau 4 : Professionnels de santé recrutant les patients	26

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	22
Figure 2 : Thématiques étudiées selon la CISP2 dans les RS incluses	23
Figure 3 : Pays de publication des 218 essais	24
Figure 4 : Thématiques étudiées selon la CISP2 dans les 71 essais	25
Figure 5 : Pays de publication des 71 essais en soins primaires avérés	26

ABRÉVIATIONS

AD : Amandine Dugard

AH : Adeline Hoang

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

RBP : Recommandations de Bonnes Pratiques

RS : Revue Systématique

I. INTRODUCTION

A. Recommandations de bonnes pratiques (RBP)

1. Définition

Pour appliquer le principe de la médecine basée sur les preuves (Evidence Based Medicine), le médecin généraliste s'appuie sur des recommandations de bonnes pratiques. Ces RBP sont « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (1). Elles ont pour but :

- d'harmoniser les pratiques,
- d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients,
- d'encourager les pratiques jugées bénéfiques et réduire celles jugées inefficaces.

Elles permettent également au patient de prendre une décision libre et éclairée, et rassurent le médecin sur sa prise en charge. Tout ceci permet in fine d'améliorer la qualité de vie du patient, et de réduire la morbi-mortalité (2).

2. Grades

Les RBP sont catégorisées en plusieurs grades, selon leur niveau de preuve scientifique. Ce niveau de preuve représente la capacité d'une étude à répondre à une question donnée. Pour avoir un haut niveau de preuve, il faut par exemple un protocole adapté à la question choisie, un grand nombre de patients, peu de biais etc. (3).

Selon la Haute Autorité de Santé, il existe 3 grades de recommandations :

- Grade A : preuve scientifique établie
- Grade B : présomption scientifique
- Grade C : faible niveau de preuve scientifique

Les études qui font partie du grade A sont les essais comparatifs randomisés et les méta-analyses d'essais comparatifs randomisés.

Un essai comparatif randomisé est un type de protocole utilisé principalement pour juger de l'efficacité d'un traitement dans une maladie donnée. C'est une étude comportant habituellement 2 groupes de patients :

- un groupe intervention qui recevra le traitement évalué
- un groupe témoin qui recevra un placebo ou un autre traitement déjà connu et utilisé dans la maladie cible, souvent appelé traitement gold standard

Les patients sont randomisés, c'est-à-dire, tirés au sort pour appartenir au groupe témoin ou intervention.

Une méta-analyse d'essais comparatifs randomisés correspond quant à elle, à une synthèse statistique de plusieurs essais comparatifs randomisés.

3. Applicabilité

Les médecins vont privilégier des RBP de haut niveau de preuve dans la prise en charge de leurs patients. Cependant, ces RBP ne sont pas toujours applicables. Il peut exister de multiples contraintes.

En 2007, une étude néerlandaise (4) a comparé la pratique des médecins généralistes sur la prise en charge de la conjonctivite par rapport aux RBP. Elle expose certains critères qui entravent l'applicabilité des RBP.

Par exemple, les RBP néerlandaises sur la prise en charge d'une conjonctivite préconisent :

- de rassurer le patient et lui expliquer l'amélioration spontanée de l'infection,
- d'expliquer au patient que des sécrétions purulentes peuvent évoquer une atteinte bactérienne et qu'un antibiotique peut accélérer la guérison. Le médecin peut ainsi demander au patient s'il préfère l'utilisation d'un antibiotique.
- le lavage oculaire par de l'eau en l'absence de purulence.

Cependant, peu de médecins généralistes ont suivi les recommandations, notamment, beaucoup trop d'antibiotiques ont été prescrits.

Voici les explications (4) :

- Premièrement, la population étudiée dans les RBP n'était pas une population typique de médecine générale. Les médecins généralistes ne se sentaient donc pas concernés.
- Les consultations pour conjonctivites étaient vues comme des consultations rapides et faciles par les médecins. Prescrire un antibiotique était plus simple que d'expliquer l'évolution de la maladie ou l'intérêt d'un antibiotique.
- De plus, souvent les patients s'attendaient à recevoir des antibiotiques.
- Certains subissaient même une pression sociale de la part des écoles qui refusaient les enfants en cours s'ils n'avaient pas un traitement antibiotique.

Il y avait donc ici principalement des contraintes environnementales qui empêchaient les médecins généralistes de suivre les RBP.

Le tableau 1 illustre les différents types de barrières qui entravent l'application des RBP.

Tableau 1 : Identification des barrières à l'applicabilité des RBP

Barrières		Exemples
Environnementales	Désincitations financières	Les systèmes de remboursement peuvent promouvoir des pratiques inutiles (tests diagnostics, procédures), ou décourager des pratiques qui prennent du temps comme les conseils qui ne seront pas remboursés.
	Contraintes organisationnelles	La lourdeur administrative ou faible communication entre professionnels peuvent entraver la prestation de pratiques efficaces.

	Perception de responsabilité	Les médecins peuvent prescrire des tests inutiles (ECG, radiographie de cheville) par peur de plainte pour erreur médicale.
	Attentes du patient	Les patients peuvent s'attendre à être traités par des antibiotiques pour des infections respiratoires même si ce n'est pas indiqué.
Opinion dominante	Normes de pratique	La peur de pratiquer différemment des autres peut entraver l'adoption de nouvelles pratiques ou continuer de promouvoir des pratiques non justifiées.
	Opinions des leaders	Des leaders d'opinions peuvent encourager des pratiques sans efficacité prouvée et décourager des pratiques efficaces.
	Formation médicale	Les médecins peuvent fournir des traitements sub-optimaux en suivant ce qu'ils ont appris en formation (qui peut devenir obsolète au fil des années).
	Plaidoyer	Les publicités pharmaceutiques peuvent promouvoir des médicaments inappropriés ou inutiles et chers.
Connaissances et attitudes	Incertitude clinique	Les médecins peuvent prescrire des tests inutiles pour des symptômes imprécis comme la fatigue, "juste pour être sûrs", même si les tests peuvent faire plus de mal et dépenser des ressources inutiles.
	Sentiment de compétence	Les médecins peuvent ne pas entreprendre certaines procédures ou d'exams diagnostics car ils ne se sentent pas compétents.
	Compulsivité d'agir	Les médecins peuvent se sentir obligés de "faire quelque chose", comme adresser un patient pour des céphalées ou prescrire un scanner, même s'ils savent que cela n'est pas indiqué ou n'apportera pas grand chose.
	Surcharge d'information	Les médecins peuvent ne pas suivre les nouvelles recommandations par un afflux trop important d'informations.

Source : Evidence-based practice in primary care (edited by Chris Silagy and Andrew Haines) (5)

B. Soins primaires et secondaires

1. Définitions

La médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires avec le médecin généraliste comme pivot du système de soins (6).

Les soins primaires sont eux définis par l'Organisation mondiale de la santé comme "le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire" (7).

Ainsi, le médecin généraliste est habituellement le premier professionnel de santé qu'un patient rencontre lors d'un problème de santé (8). Lorsqu'un médecin généraliste ne peut résoudre à lui seul le problème de santé d'un patient, il l'orientera vers des spécialistes de soins secondaires.

Les soins secondaires sont des soins segmentés par spécialités que l'on peut trouver en ville mais principalement à l'hôpital. Il existe également des soins tertiaires qui sont des centres spécialisés de haute technologie (9,10).

En France, un patient doit être adressé par son généraliste au spécialiste pour le consulter, mis à part certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie).

2. Types de patientèles

La patientèle d'un généraliste est différente d'un spécialiste. En effet, en étant le premier contact du patient dans le système de santé, le généraliste voit souvent des patients en phase très précoce de leur maladie. Les spécialistes voient quant à eux des patients avec des maladies souvent déclarées depuis longtemps et à un stade plus grave (11).

Leur prise en charge est également différente.

Le médecin généraliste intègre à sa prise en charge :

- la relation médecin-patient,
- l'aspect biomédical,
- la situation personnelle du patient qui sont des particularités de sa pratique (12).

Les spécialités hospitalières traitent majoritairement d'une maladie spécifique et non le patient dans sa globalité (13).

D'après ces définitions, il semble indispensable que des RBP adressées à des médecins généralistes doivent être basées sur des études en soins primaires.

Pourtant, plusieurs articles ont montré que ce n'était pas le cas (14,15,16). Des résultats d'études établies à partir de patients de soins secondaires ont été extrapolées à des patients de soins primaires.

A ce jour, nous ignorons si le fait d'appliquer des résultats à une population différente de l'étude concernée, fonctionne. C'est ce que l'étude METARECO a cherché à démontrer.

C. Etude METARECO

1. Définitions

METARECO est une étude méta-épidémiologique qui a débuté en novembre 2019, réalisée par Amandine Dugard (AD), interne à la Faculté de Pharmacie de Tours.

Une étude méta-épidémiologique est une étude réalisée à partir de revues systématiques (RS) ou de méta-analyses qui fournit des informations pour analyser la méthodologie de ces revues (17). Elle a pour but d'évaluer l'impact des caractéristiques composant ces études cliniques sur l'effet observé.

Une revue systématique est une synthèse des résultats de plusieurs études sélectionnées sur des critères explicites et reproductibles pour répondre à une question spécifique, de manière standardisée (18). Les revues systématiques d'essais randomisés sont la référence pour évaluer l'efficacité d'un traitement (18,19).

L'objectif principal de METARECO était de comparer l'effet de l'intervention estimé, entre :

- des essais incluant des patients provenant de soins primaires
- des essais incluant des patients provenant de soins secondaires ou tertiaires

2. Principes

METARECO s'est servie de la librairie Cochrane comme base de données.

La collaboration Cochrane est une organisation à but non lucratif, fondée en 1993, ayant pour but de faciliter la prise de décisions de santé éclairées grâce à des revues systématiques pertinentes et de bonne qualité (20,21).

C'est une des librairies qui contient le plus grand nombre d'essais randomisés au monde mais également d'autres synthèses de données de recherche.

Toutes les RS contenant un terme de soins primaires dans leur texte ont été sélectionnées. L'équation de recherche suivante a été utilisée :

- recherche "All text"
- "primary care" OR "primary health care" OR "general practice" OR "family practice"

De là, une recherche du lieu de recrutement a été réalisée. Puis, une analyse a été faite sur toutes les RS contenant à la fois des soins primaires et des soins secondaires ou tertiaires.

D. Problématique de MG-METARECO

Notre étude de thèse, MG-METARECO, est une étude ancillaire de METARECO, c'est-à-dire une étude annexe, réalisée à partir de celle-ci.

En effet, en cherchant les lieux de recrutements des RS dans la Cochrane, nous nous sommes demandé quelle était la place des RS en soins primaires.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la proportion d'études en soins primaires au sein des revues systématiques de la Cochrane.

L'objectif secondaire était de déterminer les caractéristiques des RS contenant exclusivement des essais se déroulant en soins primaires.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Dates de la recherche

Notre recherche s'est déroulée du 24 août 2020 au 15 novembre 2020 pour la sélection des articles de METARECO. Une double lecture a été réalisée par une interne en médecine générale (AH) et une interne en pharmacie (AD). L'adjudication des données s'est déroulée du 16 novembre 2020 au 27 novembre 2020. La sélection des études de MG-METARECO s'est faite en simple lecture du 21 décembre 2020 au 9 mars 2021.

B. Sélection des RS de MG-METARECO

1. Equation de recherche

L'objectif de notre thèse était de déterminer la place de soins primaires dans les RS de la Cochrane. Il était important de ne manquer aucune RS réalisée en soins primaires. Pour cela, l'équation de recherche suivante a été utilisée dans le moteur de recherche de la Cochrane :

- recherche "All text"
- "primary care" OR "primary health care" OR "general practice" OR "family practice"

2. Critères d'inclusion

L'équation de recherche nous a fourni une base de RS. Nous avons ensuite sélectionné les RS qui comportaient les critères d'inclusions suivants :

- Lieu de recrutement :
 - réalisé en soins primaires
 - absence de soins secondaires

3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions concernaient toute RS :

- annulée
- mise à jour
- sans essais inclus
- sans soin médical
- avec des professionnels de santé en tant que participants
- qui portait sur une synthèse de plusieurs RS

4. Mode de recherche du lieu de recrutement dans la RS

Notre travail s'intéressant à la médecine générale, nous avons défini un recrutement en soins primaires lorsqu'une étude était réalisée en soins primaires libéral, en cabinet de médecine générale ou en pharmacie. Pour les soins secondaires, l'étude devait se faire en structure hospitalière.

Pour chercher le lieu de recrutement dans la RS, nous avons progressé par étapes successives :

- Lecture rapide du chapitre "Résumé" puis
- Lecture rapide des chapitres "Matériel et Méthodes" et "Résultats" puis
- Lecture rapide du chapitre "Caractéristiques des études"

Même si le lieu était trouvé dès le résumé de la RS, nous avons effectué la lecture des chapitres suivants, pour vérifier leur concordance. En cas de discordance sur le lieu de recrutement, nous avons sélectionné l'information la plus précise sur l'essai concerné.

C. Recueil des données

Les données ont été extraites dans un fichier Airtable ©.

Les principales informations recherchées pour les RS ont été les suivantes :

- Année et mois de publication de la RS
- Thématique étudiée dans la RS
- Nombre d'essais inclus dans la RS
- Nombre de méta-analyses incluses dans la RS

Pour chaque RS sélectionnée, nous avons ensuite analysé leurs essais en recherchant les informations suivantes :

- Année et mois de publication de l'essai
- Pays dans lequel l'essai a été réalisé
- Thématique étudiée dans l'essai
- Type d'étude
- Lieu de recrutement
- Nombre de centres inclus
- Professionnel(s) de santé recruteur(s)
- Lieu de suivi en cours d'essai

Le détail de notre recherche est disponible en annexe (Annexe 1).

III. RÉSULTATS

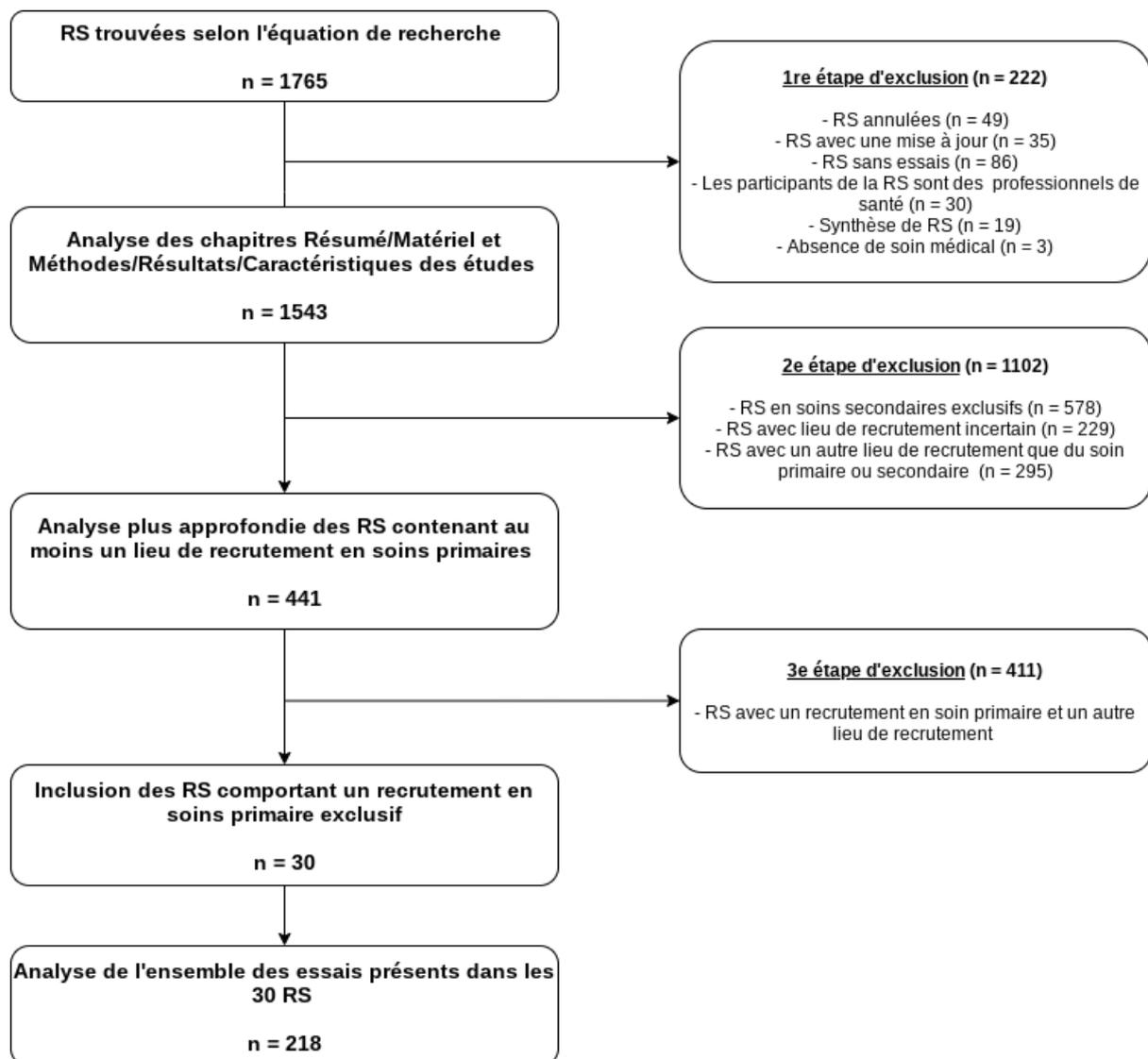
A. Descriptions des RS sélectionnées

1. Résultats de la recherche

Notre recherche dans la librairie Cochrane à partir de mots-clés, nous a permis d'avoir une base de données initiale de 1765 RS, publiées entre 1997 et 2020.

Parmi ces RS, 441 (25%) contiennent au moins un essai en soins primaires. De ces 441 RS, 30 (1,7%) contiennent exclusivement des essais en soins primaires d'après les informations trouvées dans la RS (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux



2. Caractéristiques des RS en soins primaires exclusifs

Nous avons analysé les caractéristiques des 30 RS comportant des soins primaires exclusifs. Parmi elles, 5 (16,7%) avaient un terme en lien avec du soin primaire dans leur titre. Le tableau 2 présente le reste des caractéristiques.

Tableau 2 : Caractéristiques des 30 RS avec soins primaires exclusifs

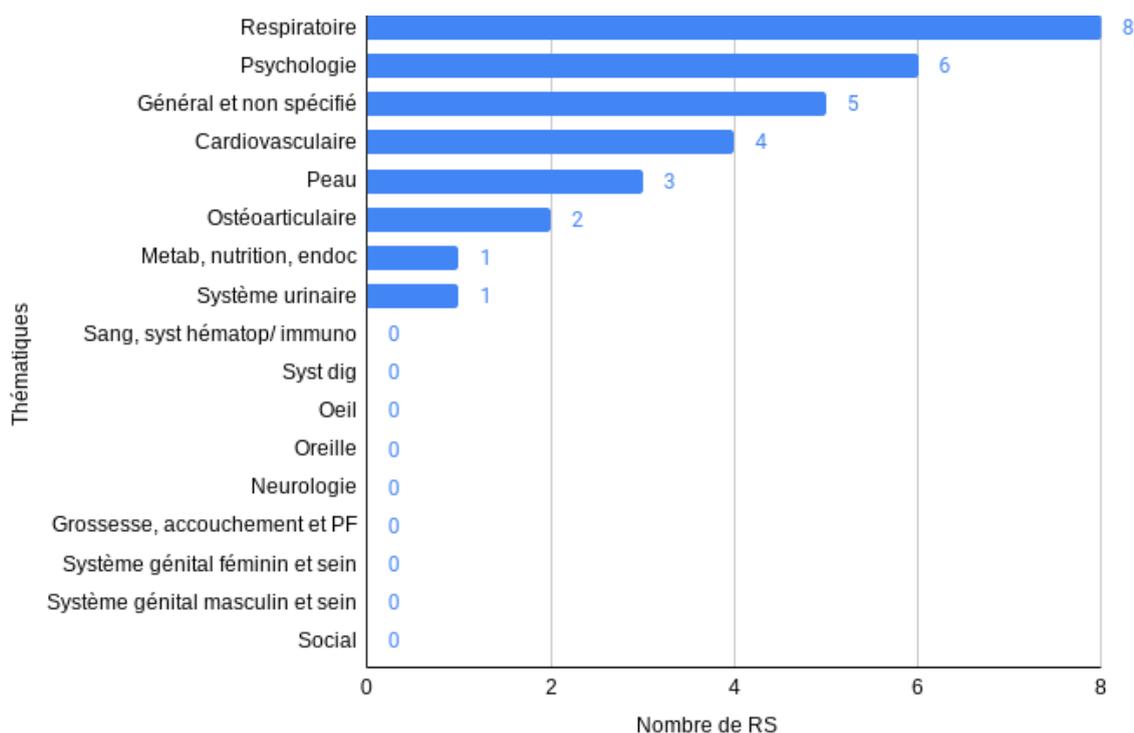
Caractéristiques	Minimum	1er quartile	Médiane	3e quartile	Maximum
Nombre d'essais	1	2	4,5	11,75	29
Nombre de méta-analyses	0	0	1	6,75	38
Année des RS	1999	2012	2015	2017	2020

Les thématiques étudiées dans ces RS, selon la deuxième version de la classification internationale des soins primaires (CISP2), sont présentées dans la figure 2. Le tableau de la CISP2 est disponible en annexe (Annexe 2).

Les 3 thématiques dominantes étaient :

- la thématique "Respiratoire" dont les articles traitaient principalement de l'asthme
- la thématique "Psychologie" avec principalement des sujets sur les addictions
- la thématique "Général et non spécifié" qui faisait plutôt référence à de la prévention

Figure 2 : Thématiques étudiées selon la CISP2 dans les RS incluses



B. Description des 218 essais de RS sélectionnés

1. Caractéristiques des essais

Les 30 RS sélectionnées étaient composées de 218 essais. Les caractéristiques des 218 essais sont présentées dans le tableau 3. Le nombre de centres n'était pas précisé dans 128 essais (58,7%). De même, le nombre de participants n'était pas précisé dans 21 essais (9,6%).

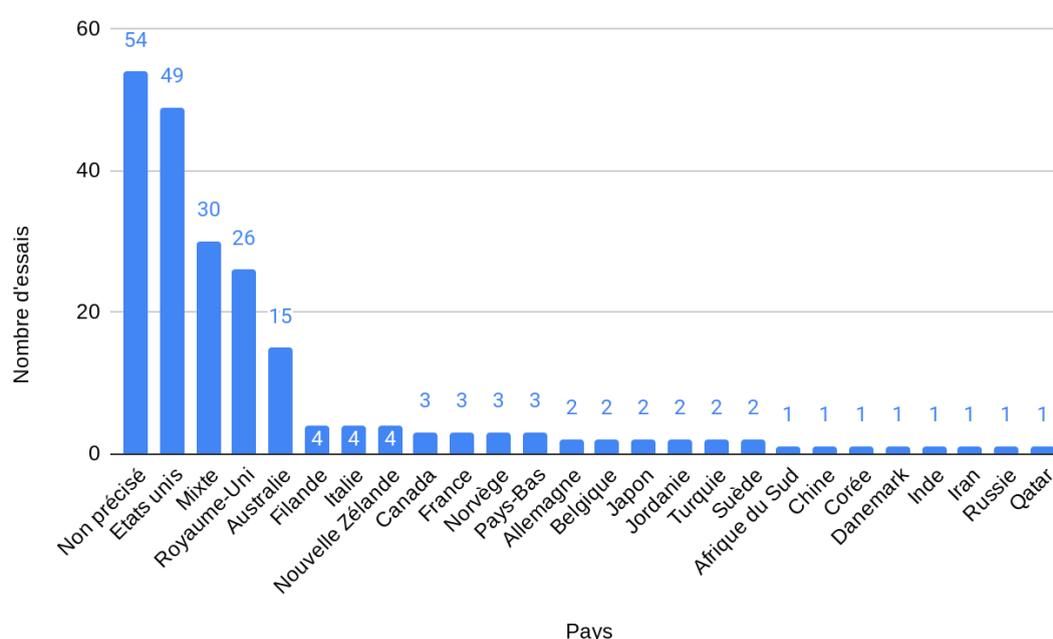
Tableau 3 : Caractéristiques des 218 essais

Caractéristiques	Minimum	1er quartile	Médiane	3e quartile	Maximum
Année des essais	1967	1997	2003	2019	2020
Nombre de centres	1	6,5	24,5	54,75	275
Nombre de participants	19	101	260	696	63 035

217 essais (99,5%) étaient des études randomisées contrôlées. Seulement 1 essai (0,5%) était observationnel.

La répartition des pays d'où sont issus ces essais est présentée dans la figure 3, avec une majorité de publications aux Etats-Unis avec 49 essais (22,4%) et au Royaume-Uni avec 26 essais (11,9%).

Figure 3 : Pays de publication des 218 essais



2. Lieu de recrutement

Parmi les 218 essais, seulement 71 (32,5%) indiquaient clairement un lieu de recrutement en soins primaires.

Pour les 147 essais (67,4%) restants :

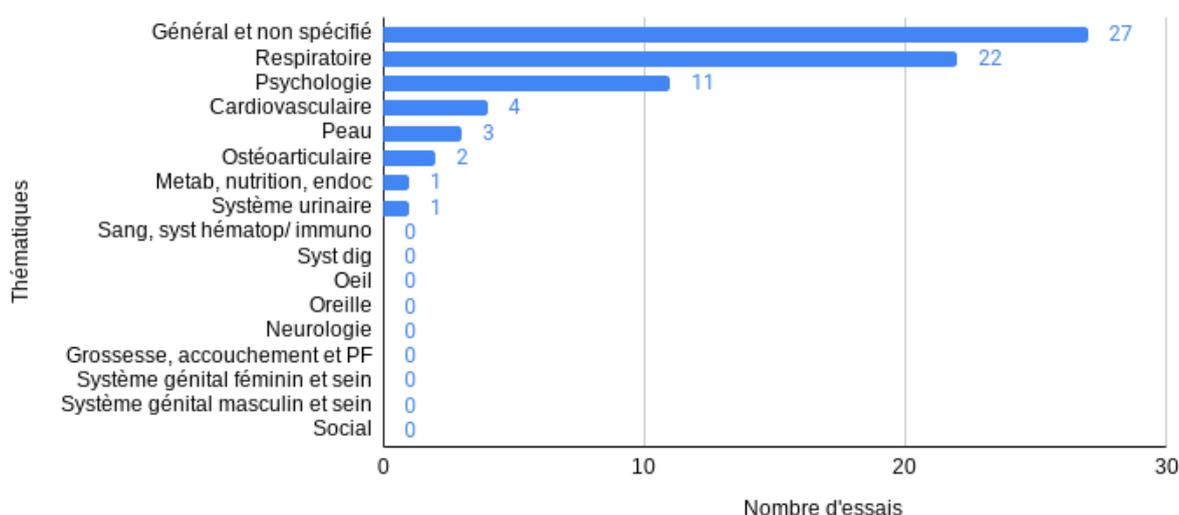
- soit le lieu n'était pas précisé (88 essais, 40,4%),
- soit ils ont été réalisés sur un autre lieu que du soin primaire mais ne correspondant pas à du soin secondaire (59 essais, 27%), c'est-à-dire, principalement dans des lieux communautaires (par exemple à l'école, sur le lieu de travail ...).

C. Description des 71 essais avec un recrutement en soins primaires

1. Thématiques

Les thématiques étudiées dans ces 71 essais selon la CISP2 sont présentées dans la figure 4.

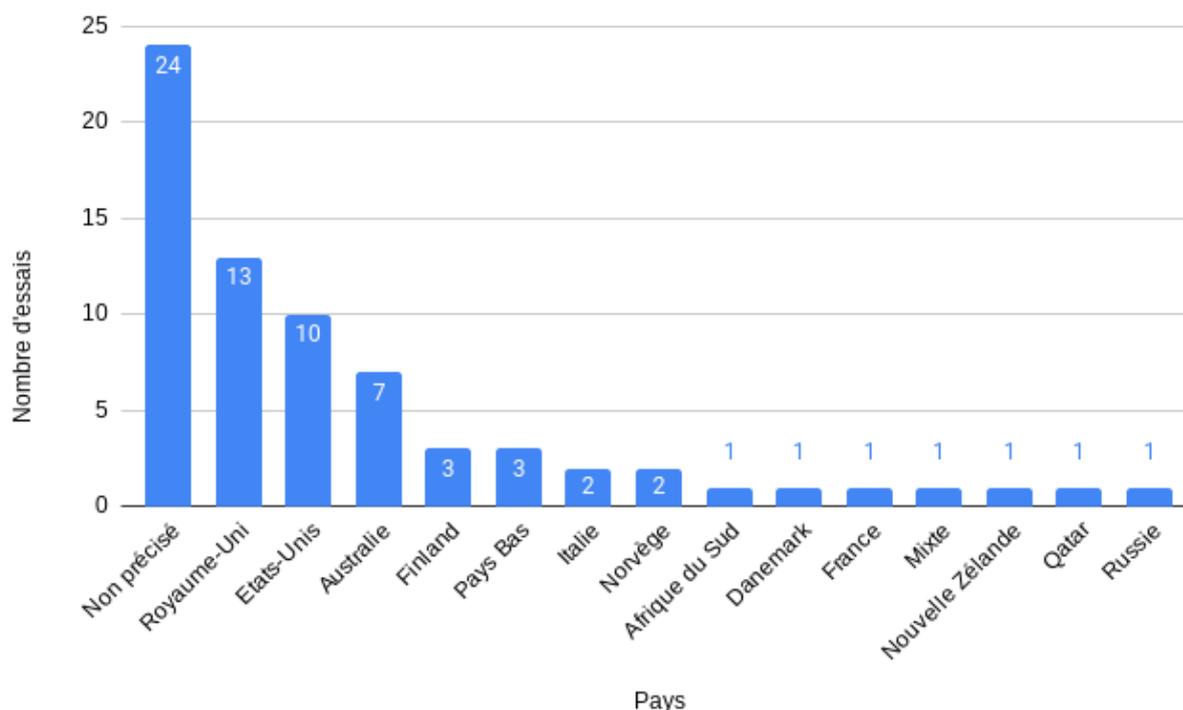
Figure 4 : Thématiques étudiées selon la CISP2 dans les 71 essais



2. Pays des 71 essais en soins primaires

Les pays de publication des 71 essais sont détaillés dans la figure 5. Il existe une prédominance pour le Royaume-Uni (18,3%) et les Etats-unis (14,1%).

Figure 5 : Pays de publication des 71 essais en soins primaires avérés



3. Professionnels de santé recrutant les patients

Dans ces 71 essais, nous avons cherché quel professionnel de santé recrutait les patients. Ces informations sont détaillées dans le tableau 4.

Tableau 4 : Professionnels de santé recrutant les patients

Professionnels de santé	Médecin généraliste	Mixte	Autre	Incertain
Nbre (%)	11 (15,5)	1 (1,5)	1 (1,5)	55 (77,5)

Mixte : plusieurs professionnels de santé sont impliqués dans le recrutement

Autre : autres professionnels de santé que des médecins généralistes

Incertain : le professionnel de santé n'est pas clairement évoqué

4. Différence de lieu de suivi

Dans les 71 essais réalisés en soins primaires, il a été cherché si le lieu de suivi des patients différait du lieu de recrutement au cours de l'étude. Dans 8 essais (11,3%), le lieu de suivi a été différent, dans 6 essais (8,5%), il a été identique, et dans 54 essais (76%), l'information n'était pas précisée.

IV. DISCUSSION

A. Proportion et caractéristiques des RS en soins primaires exclusifs

1. Proportion des RS en soins primaires

D'après notre recherche, sur 1765 RS de la Cochrane contenant un des mots-clés de soins primaires, seulement 30 (1,7%) ont été réalisées en soins primaires exclusifs.

En comparant nos résultats aux données de la littérature, nous avons trouvé des analyses similaires avec l'étude de Hajjar et al., publiée en 2019 (22). Celle-ci avait pour objectif d'analyser la productivité des publications en soins primaires en Amérique du Nord, Europe, Australie et d'autres pays socio-économiquement comparables. Elle a montré que les publications en soins primaires représentaient une faible proportion de la totalité des articles de la MEDLINE. Moins de 9% de la totalité des articles en 2017 étaient en lien avec les soins primaires.

De plus, ces 30 RS sont relativement récentes car publiées depuis 1999. C'est également ce qui est trouvé dans l'étude de Hajjar et al. (22). En effet, la proportion des publications en soins primaires, bien que faible, a tendance à augmenter au fil des années. L'article de Mendis et al. reflète aussi ce résultat (23). Publiée en 2010, cette étude a montré l'évolution des publications de médecine générale en Australie dans la MEDLINE. Entre 1980 et 2007, ces publications ont fortement augmenté (x15). Une des hypothèses à cette augmentation est l'implication financière du gouvernement au développement de la recherche en médecine générale.

2. Thématiques

La principale thématique abordée par les RS en soins primaires dans notre recherche est "le système respiratoire" (27%), avec une place majeure accordée au traitement et à la prévention de l'asthme. Vient en deuxième la thématique "psychologie" (20%), qui traite notamment de prévention et traitement des addictions (tabac, drogues) mais aussi de prévention et diagnostic de démence. La 3^e thématique la plus représentée dans notre recherche est celle du "général et non spécifié" (17%), qui aborde divers sujets de prévention, par exemple la promotion de l'activité physique ou la réduction de la sédentarité.

Dans l'article de Finley et al. de 2018 (24), les dix pathologies les plus rencontrées par les médecins généralistes sont les pathologies infectieuses des voies aériennes supérieures, l'hypertension, les consultations de routine pour le maintien de la santé, l'arthrite, le diabète, la dépression ou l'anxiété, la pneumonie, les otites moyennes aiguës, les lombalgies et la dermatite. La plupart de ces thématiques ont pu être trouvées dans notre recherche.

3. Types d'essais

Dans les 30 RS de soins primaires exclusifs, seulement 16 contenaient des méta-analyses. Cela s'explique principalement par un nombre d'essais insuffisants, car il faut au moins 3 essais pour réaliser une méta-analyse. Des essais hétérogènes entre eux ne permettaient pas non plus d'avoir une synthèse statistique des résultats.

En revanche, tous les essais de ces RS étaient des études randomisées contrôlées sauf une étude observationnelle. Celle-ci correspondait à une étude évaluant le diagnostic d'une démence par un questionnaire.

Selon l'article de Pringle M. de 1995 (25), les médecins peuvent être réticents à participer à des études randomisées contrôlées quand elles peuvent entraver la relation normale entre le médecin et le patient. Les freins au recrutement des patients peuvent être liés à leurs méconnaissances ou à leurs craintes concernant la confidentialité de leurs données, aux risques du traitement alloué ou l'impression qu'appartenir au groupe témoin n'est pas à leur avantage (25). Le financement accordé à la recherche en médecine générale est aussi moindre par rapport aux autres spécialités (25).

4. Pays de publication

Dans les 30 RS de soins primaires exclusifs, 218 essais ont été trouvés. De ces 218 essais, seulement 71 précisaient clairement un recrutement en soins primaires. Le reste des essais n'avaient soit pas de précision, soit avaient un recrutement sur des lieux communautaires (exemple école).

En regardant la provenance de ces 71 essais, malgré 24 essais (33,8%) ne précisant pas le pays de publication, nous avons constaté que la majorité des publications provenaient du Royaume-Uni (18,3%), des Etats-Unis (14%) et de l'Australie (10%). Dans l'étude de Hajjar et al. (22), ces 3 pays faisaient aussi partie des pays ayant le plus important volume de publication en soins primaires.

Cela peut s'expliquer par l'importance accordée aux soins primaires dans ces pays. En effet, des sommes considérables ont été investies dans la recherche en soins primaires, ce qui a permis d'en faire une discipline à part entière, de promouvoir son développement, la formation des médecins, et ainsi une publication plus conséquente dans ce domaine (26,27).

D'autres pays comme les pays du sud de l'Europe, ont quant à eux, un investissement trop faible en soins primaires, et peinent à attirer des médecins dans cette discipline (26).

5. Recrutement et suivi des RS

Sur ces 71 essais, seulement 13 avaient une indication sur le professionnel de santé qui recrutait les patients. Dans 11 essais, le médecin généraliste était bien le recruteur, mais dans 2 essais, le recrutement était mixte ou se faisait par un autre professionnel de santé.

L'information donnée sur le lieu de suivi des patients était aussi pauvre. Seulement 6 essais se sont réalisés au même endroit, 8 essais sur des lieux différents. Le reste n'était pas précisé. Il est donc difficile de savoir si ces essais ont vraiment été réalisés en soins primaires et par des médecins généralistes car beaucoup d'informations sont manquantes.

La librairie Cochrane a pourtant établi des protocoles de rédaction de ses RS (28,29). Les informations comme le lieu de recrutement, et par quels professionnels de santé sont bien supposées être consignées. Cependant, il est à noter que nous n'avons pas cherché ces informations dans l'essai source par faute de moyens en temps et humains.

6. Perspectives

Au vu de nos résultats, nous pouvons penser que la recherche en soins primaires et donc en médecine générale est encore trop peu développée.

Dans l'étude de Allan et al. (30), 53,8% des professionnels participant à l'élaboration des recommandations en soins primaires étaient des médecins d'une autre spécialité que la médecine générale. 17% seulement étaient des médecins généralistes, et le reste faisaient partie d'autres professions (infirmiers, pharmaciens, etc.).

Si aussi peu de médecins généralistes participent dans la recherche en soins primaires, cela peut s'expliquer par leur manque de temps, par la lourdeur administrative que la recherche implique, un manque de financement ou encore le manque d'attrait des sujets concernés (31). A contrario, les médecins hospitaliers sont plus à même de faire de la recherche car cela fait partie de leurs missions. De plus, certains postes comme les professeurs des universités - praticiens hospitaliers nécessitent de passer un concours, dont l'une des conditions est d'être titulaire d'une habilitation à diriger des recherches (32).

Or les recommandations faites par les spécialistes et les médecins généralistes n'aboutissent pas toujours au même résultat (33). C'est ce qu'illustre l'article de Norris et al. en 2012. Cette étude a comparé les recommandations sur le dépistage du cancer du sein par mammographie des femmes de 40 à 49 ans entre différentes sociétés savantes. Elle a montré des résultats différents en fonction des médecins impliqués dans l'élaboration des recommandations (33). Par exemple, l'American College of Radiology recommande d'effectuer une mammographie annuelle chez les femmes asymptomatiques de 40 ans ou plus. L'American Academy of Family Physicians suggère quant à elle, qu'une mammographie avant 50 ans doit prendre en compte le contexte personnel de la patiente ; le dépistage doit donc être individualisé et non généralisé (33).

En analysant les RBP de ces différentes sociétés savantes, il a été observé que les RBP à l'encontre d'un dépistage par mammographie étaient principalement composées d'un panel de médecins généralistes. Quant aux RBP en faveur de la mammographie, le panel était composé principalement de radiologues. On peut émettre l'hypothèse d'une motivation financière derrière ce dépistage généralisé pour les radiologues puisque cela va forcément augmenter le nombre d'imageries réalisées et donc augmenter leur activité (33).

D'autres études ont montré que les médecins spécialistes pouvaient avoir plus de conflits d'intérêts que les médecins généralistes, et que plus ils étaient experts de leur domaine, plus leurs avis pouvaient être biaisés par leurs expériences personnelles (34). Leur intérêt pour les recommandations pouvait également différer des intérêts du patient (34).

B. Limites de l'étude

1. Recherche par mots-clés

Lors de la recherche du lieu de recrutement dans les RS, nous n'avons pas fait une lecture approfondie de chaque article scientifique source car nous avons analysé seulement la RS, avec notamment une recherche par mots-clés.

Il est donc possible que nous ayons manqué des RS en soins primaires lors de notre première sélection.

2. Différents systèmes de santé

De plus, la librairie Cochrane étant internationale, elle contient des études réalisées partout dans le monde. Les systèmes de santé étant différents d'un pays à l'autre, l'organisation en soins primaires peut différer de celle de la France. Par exemple, nous n'avons pas inclus les études marquées en soins primaires mais se faisant en structure hospitalière.

Aux Royaume-Uni comme en Australie, le médecin généraliste aussi désigné "general practitioner" ou "family doctor" a un rôle similaire qu'en France. Il est le premier contact du patient dans le domaine de la santé. Il s'occupe du patient dans sa globalité et n'est pas limité par l'âge du patient (35,36).

Aux Etats-Unis, le fonctionnement du système de santé est différent. Il existe 3 types de médecins en soins primaires : "internal medicine doctor", "family doctor", et "general practitioner". Cette fois les "family doctor" et "general practitioner" ne sont pas synonymes mais bien 2 professions distinctes (37).

Les "internal medicine doctor" sont des médecins pouvant travailler à l'hôpital comme en libéral. Ils s'occupent du patient dans sa globalité et ont un suivi de pathologies chroniques comme le "family doctor" qui lui travaille en revanche en libéral (37). De plus, les "internal medicine doctor" ne traitent que des adultes, alors que le "family doctor" peut aussi traiter des enfants. Le terme de "family doctor" est apparu en 1969 avec la création du "American Board of Family Medicine". Auparavant, les médecins généralistes étaient désignés comme des "general practitioners". La création des "family doctor" a modifié les études de médecine avec notamment l'apparition de certification indispensable pour les "family doctor". Cependant, les "general practitioners" n'ont aucune obligation de passer cette certification (38).

Ainsi, nous n'avons pas inclus dans les RS en soins primaires exclusifs, celles qui contenaient du soin primaire réalisé à l'hôpital. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles nous avons trouvé si peu de RS en soins primaires exclusifs.

3. Articles en anglais

Ensuite, les articles étant écrits en anglais, il n'existe pas toujours de traduction équivalente en français. Le terme de "setting" utilisé dans les RS pour désigner le lieu de l'étude n'était pas toujours précis. Cela pouvait désigner le lieu de recrutement tout comme le lieu de l'intervention, qui pouvaient différer. Il désignait parfois même un type de population (origine ethnique) et non pas un lieu. Les abréviations telles que "GP" n'étaient pas toujours expliquées. Or cette abréviation peut désigner le terme de "general practice" qui peut se traduire en "cabinet de médecine générale" ou "médecine générale", mais il peut aussi désigner "general practitioner" qui veut dire "médecin généraliste". Cela a une importance pour le recrutement car il est possible que ce soit un autre professionnel de santé qu'un médecin généraliste (par exemple infirmière de pratique avancée) qui ait recruté les patients. Cependant, nous n'avons pas vérifié ces informations dans les essais sources.

4. Définition des soins primaires exclusifs

Enfin, bien que nous ayons identifié 30 RS en soins primaires exclusifs, notre définition des soins primaires exclusifs dans notre recherche était large. Nous avons inclus toute RS contenant un lieu de recrutement en soin primaire sans que du soin secondaire ne soit trouvé. Ainsi, nous avons inclus des RS où des essais ont été réalisés dans des lieux communautaires (par exemple à l'école, sur le lieu de travail etc.). Or, il est possible que ces études n'aient pas été menées par des médecins généralistes puisque l'information n'a pas été trouvée.

C. Force de l'étude

Plusieurs auteurs ont déjà cherché la proportion des publications en soins primaires dans d'autres revues, mais leurs méthodes étaient différentes. Dans l'article de Hajjar et al. (22) par exemple, une recherche par mots-clés selon un algorithme a été réalisée, sans vérifier si la RS se déroulait bien en soins primaires. Nous pouvons penser que des études ont été incluses sans avoir été réalisées en soins primaires.

Dans notre étude, nous avons voulu savoir par qui se faisait le recrutement, et dans quelle structure, ce qui a nécessité après une première sélection de RS par mots-clés, de regarder plus précisément les caractéristiques de chaque essai de la RS. C'est pourquoi nous avons retenu seulement 1,7% de RS en soins primaires exclusifs.

D. Perspectives pour la médecine générale en France

Dans notre recherche, le nombre d'études en France est très peu représenté (1 essai sur les 71 essais en soins primaires avérés, soit 1,4%). Cela peut s'expliquer par le fait que les articles recueillis sont écrits en anglais. De plus, notre étude a porté sur les RS de la Cochrane. Il est possible que les articles de médecine générale ne soient pas présentés sous forme de RS.

Il pourrait donc être intéressant de rechercher dans une autre librairie internationale le taux de publication des études en soins primaires en France et d'en rechercher les caractéristiques. Il serait aussi intéressant de chercher les différences organisationnelles, financières et personnelles entre les médecins généralistes participant à la recherche, et ceux n'y participant pas, par des études qualitatives.

Enfin, pour intéresser les médecins généralistes à la recherche, il serait judicieux de les y sensibiliser dès le début de leur cursus.

V. CONCLUSION

Notre étude a voulu déterminer la place de la recherche en soins primaires dans les RS de la Cochrane. Sur une base de données initiale de 1765 RS, nous avons trouvé 30 RS (1,7%) réalisées en soins primaires exclusifs, regroupant 218 essais.

Ces RS avaient comme principales thématiques, le “système respiratoire”, la “psychologie” et le “général et non spécifié”.

Tous les essais de ces RS étaient des études randomisées contrôlées sauf une étude qui était observationnelle. Leur pays de publication était majoritairement le Royaume-Uni (18,3%), les Etats-Unis (14%) et l’Australie (10%). Seulement 71 essais (32,5%) avaient une indication précise sur un recrutement en soins primaires. 59 essais (27%) se déroulaient sur des lieux communautaires et 88 (40,4%) n’avaient pas de précision.

Ainsi, nous avons constaté qu’il y avait un manque crucial d’informations sur le lieu de recrutement dans les RS de la Cochrane. Malgré cela, nous pouvons quand même supposer que la recherche en soins primaires est faible.

Plusieurs études (30,31) ont montré la faible participation des médecins généralistes dans l’élaboration des RBP. Cela peut s’expliquer par un manque de temps, par la lourdeur administrative que la recherche implique, un manque de financement ou encore le manque d’attrait des sujets concernés (31). Cela soulève le problème de l’applicabilité des RBP, car des RBP en soins primaires faite par des médecins de soins secondaires n’aboutissent pas aux mêmes résultats que celles faites par des médecins généralistes (33).

Notre étude ayant seulement porté sur les RS de la Cochrane, il se peut que la recherche en soins primaires ne soit pas représentée sous forme de RS. Il pourrait être intéressant de rechercher dans une autre librairie internationale le taux de publication des études en soins primaires en France et d’en rechercher les caractéristiques.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Chandler J, Hopewell S. Cochrane methods - twenty years experience in developing systematic review methods. *Syst Rev.* 2013;2:76. DOI: 10.1186/2046-4053-2-76
2. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* [En ligne]. 1999 [cité le 24 novembre 2020];318(7182):527-30.
Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114973/>
3. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [cité le 24 novembre 2020]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
4. Rietveld RP, ter Riet G, Bindels PJ, Schellevis FG, van Weert HC. Do general practitioners adhere to the guideline on infectious conjunctivitis? Results of the Second Dutch National Survey of General Practice. *BMC Fam Pract.* 2007;8:54. DOI: 10.1186/1471-2296-8-54
5. [En ligne]. (PDF) Evidence Based Practice in Primary Care [cité le 25 novembre 2020]. Disponible : https://www.researchgate.net/publication/244178344_Evidence_Based_Practice_in_Primary_Care
6. [En ligne] Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [cité le 15 janvier 2021]. Disponible : <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
7. [En ligne]. PAHO/WHO - Original Alma Ata Declaration [cité le 15 janvier 2021]. Disponible : https://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_declaration.htm
8. Verga-Gérard A, Afonso M, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, et al. Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 2018;66(2):157-62. DOI: 10.1016/j.respe.2017.09.004
9. [En ligne]. Communiqués de presse QES n° 141 Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande - IRDES [cité le 25 mai 2021]. Disponible : <https://www.irdes.fr/presse/communiques/ComPresseQes141.htm>

- 10.[En ligne]. Care in the NHS | MS Trust [cité le 25 mai 2021]. Disponible: <https://mstrust.org.uk/a-z/care-in-the-nhs>
11. Ramanayake RPJC, Basnayake BMTK. Evaluation of red flags minimizes missing serious diseases in primary care. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(2):315-8. DOI: 10.4103/jfmpe.jfmpe_510_15
12. Jacobson LD, Edwards AG, Granier SK, Butler CC. Evidence-based medicine and general practice. *Br J Gen Pract* [En ligne]. 1997 [cité le 26 novembre 2020];47(420):449-52. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313058/>
13. Hughes LD, McMurdo MET, Guthrie B. Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age Ageing*. 2013;42(1):62-9. DOI: 10.1093/ageing/afs100
14. Starfield B. A framework for primary care research. *J Fam Pract*. 1996;42(2):181-5.
15. Scullard P, Abdelhamid A, Steel N, Qureshi N. Does the evidence referenced in NICE guidelines reflect a primary care population? *Br J Gen Pract*. 2011;61(584):e112-7. DOI: 10.3399/bjgp11X561177
16. Oude Wesselink SF, Lingsma HF, Robben PB, Mackenbach JP. Guideline adherence and health outcomes in diabetes mellitus type 2 patients: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15. DOI: 10.1186/s12913-014-0669-z
17. Murad MH, Wang Z. Guidelines for reporting meta-epidemiological methodology research. *Evid Based Med*. 2017;22(4):139-42. DOI: 10.1136/ebmed-2017-110713
- 18.Gopalakrishnan S, Ganeshkumar P. Systematic Reviews and Meta-analysis: Understanding the Best Evidence in Primary Healthcare. *J Family Med Prim Care*. 2013;2(1):9-14. DOI: 10.4103/2249-4863.109934
- 19.Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* [En ligne]. 1996 [cité le 24 novembre 2020];312(7023):71-2. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/>
20. Cochrane - A propos. <https://www.cochrane.org/fr/about-us>

21. Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic reviews: Synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med* 1997;126:376-80
22. Hajjar F, Saint-Lary O, Cadwallader J-S, Chauvin P, Boutet A, Steinecker M, et al. Development of Primary Care Research in North America, Europe, and Australia From 1974 to 2017. *Ann Fam Med*. 2019;17(1):49-51. DOI: 10.1370/afm.2328
23. Mendis K, Kidd MR, Schattner P, Canalese J. A bibliometric analysis of Australian general practice publications from 1980 to 2007 using PubMed. *Inform Prim Care*. 2010;18(4):223-33. DOI: 10.14236/jhi.v18i4.778
24. Finley CR, Chan DS, Garrison S, Korownyk C, Kolber MR, Campbell S, et al. What are the most common conditions in primary care? *Can Fam Physician* [En ligne]. 2018 [cité le 15 août 2021];64(11):832-40. Disponible :
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6234945/>
25. Pringle M, Churchill R. Randomised controlled trials in general practice. *BMJ* [En ligne]. 1995 [cité le 15 août 2021];311(7017):1382-3. Disponible:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2544390/>
26. Lionis C, Carelli F, Soler JK. Developing academic careers in family medicine within the Mediterranean setting. *Family Practice*. 2004;21(5):477-8. DOI: 10.1093/fampra/cmh501
27. van Weel C, Rosser WW. Improving Health Care Globally: A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. *Ann Fam Med*. 2004;2(Suppl 2):s5-16. DOI: 10.1370/afm.194
28. [En ligne]. Chapter 5: Collecting data [cité le 25 mai 2021]. Disponible:
<https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-05/>
29. [En ligne]. Chapter III: Reporting the review [cité le 25 mai 2021]. Disponible:
<https://training.cochrane.org/handbook/archive/v6/chapter-iii>
30. Allan GM, Kraut R, Crawshay A, Korownyk C, Vandermeer B, Kolber MR. Contributors to primary care guidelines: What are their professions and how many of them have conflicts of interest? *Can Fam Physician*. 2015;61(1):52-8.

31. Ferrand Devouge E, Biard M, Beuzeboc J, Tavolacci M-P, Schuers M. Motivations and willingness of general practitioners in France to participate in primary care research as investigators. *Fam Pract*. 2019;36(5):552-9. DOI: 10.1093/fampra/cmy126
32. Décret n°84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires. 84-135 février 1984.
33. Norris SL, Burda BU, Holmer HK, Ogden LA, Fu R, Bero L, et al. Author's specialty and conflicts of interest contribute to conflicting guidelines for screening mammography. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012;65(7):725-33. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2011.12.011
34. Oxman AD, Guyatt GH. The Science of Reviewing Research. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1993;703(1):125-34. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1993.tb26342.x>
35. [En ligne]. 11 juin 2014. Wayback Machine [cité le 16 septembre 2021]. Disponible: <https://web.archive.org/web/20140611065109/http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
36. Australian Medical Association [En ligne]. 12 décembre 2019. General Practice Facts [cité le 16 septembre 2021]. Disponible: <https://www.ama.com.au/article/general-practice-facts>
37. [En ligne]. Internal Medicine vs. Family Medicine | ACP [cité le 25 mai 2021]. Disponible: <https://www.acponline.org/about-acp/about-internal-medicine/career-paths/medical-student-career-path/internal-medicine-vs-family-medicine>
38. Phillips WR, Dai M, Frey JJ, Peterson LE. General Practitioners in US Medical Practice Compared With Family Physicians. *Ann Fam Med*. 2020;18(2):127-30. DOI: 10.1370/afm.2503

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Méthodologie pour remplir le fichier Airtable

1. Données pré-établies

En partant de notre équation de recherche, nous avons obtenu une sélection de RS. Nous avons ensuite exporté toutes ces RS dans un fichier Excel puis dans un fichier Airtable. Ce fichier contenait plusieurs onglets classés par année de publication de la RS (Figure 1). Les RS étaient présentées les unes à la suite des autres par ordre chronologique décroissant (figure 2).

Figure 1 : Onglets par année de publication



Dans le tableau, nous avons des colonnes établies automatiquement par l'extraction des articles de la Cochrane (figure 2), avec :

- Identification de la RS
- Année de publication
- Auteurs
- Titre
- URL

Figure 2 : Colonnes pré-établies (exemple)

A Identification de la RS	## Année de publication	A Auteurs	A Titre	A Url
UF63VEUY	2020	Cross, A.J, Elliott, RA, Petrie, ...	Interventions for improving ...	http://dx.doi.org/10.1002/1...
5ER3T2UC	2020	Odendaal, WA, Anstey Watk...	Health workers' perceptions ...	http://dx.doi.org/10.1002/1...
PCYXVFUC	2020	Hameed, M, O'Doherty, L, Gil...	Psychological therapies for ...	http://dx.doi.org/10.1002/1...

2. Critères de recherche du lieu de recrutement

Pour définir le lieu de recrutement nous avons établi 3 colonnes. (Figure 3). Avant de les détailler, nous rappelons comment est organisée une RS. Une RS est un regroupement de toutes les études existantes sur une question donnée. Il est donc possible en fonction de la question posée, qu'aucune étude n'ait été réalisée.

Habituellement, une RS est faite de plusieurs études, que nous appelons "essais". Lorsqu'il y a une synthèse statistique du résultat de ces essais, qui correspond à une méta-analyse, la RS est dite quantitative. Il faut pour cela au moins 3 essais dans la RS. Quand cela n'est pas possible, la RS est dite qualitative.

Une RS peut donc être composée de plusieurs essais, chacune pouvant être réalisée sur un lieu de recrutement différent. Il est aussi possible qu'un essai se fasse sur plusieurs lieux différents.

Les 2 premières colonnes **“Soins primaires”** et **“Soins secondaires”** pouvaient contenir un choix unique parmi les suivants :

- “Oui” : présence du lieu de recrutement de la colonne concerné
- “Non” : absence du lieu de recrutement de la colonne concerné
- “Incertain” : lieu de recrutement de la colonne incertain
- “Mixte” : lieu de recrutement de la colonne associé à un autre lieu au sein d'un essai
- “Autre” : autre lieu de recrutement que du soin primaire ou secondaire
- “Non applicable” : RS exclue

Ensuite la colonne **“Recrutement final”** dépendait du résultat des colonnes “Soins primaires” et “Soins secondaires”. Elle ne pouvait contenir qu'un choix unique parmi les suivants :

- “Soins primaires exclusifs” si :
 - “Soins primaires = Oui”
 - “Soins secondaires = Non”
- “Soins secondaires exclusifs” si :
 - “Soins primaires = Non”
 - “Soins secondaires = Oui”
- “Autre lieu” si :
 - “Soins primaires = Non ou Autre ou Mixte ou Incertain”
 - “Soins secondaires = Non ou Autre ou Mixte ou Incertain”
- “Soins primaires et autre lieu” si :
 - “Soins primaires = Oui”
 - “Soins secondaires = Oui ou Autre ou Mixte ou Incertain”
- “Incertain” si :
 - “Soins primaires = Incertain”
 - “Soins secondaires = Incertain”
- “Non applicable” si :
 - “Soins primaires = non applicable”
 - “Soins secondaires = non applicable”

Figure 3 : Critères d'exclusion et lieu de recrutement



Pour pouvoir compléter ces colonnes, nous avons cherché le lieu de recrutement de la population par étapes successives :

- Lecture rapide du chapitre “Résumé” puis
- Lecture rapide du chapitre "Matériel et Méthodes” et “Résultats” puis
- Lecture rapide du chapitre “Caractéristiques des études”

Même si le lieu était trouvé dès le résumé, nous avons effectué la lecture des chapitres suivants, pour vérifier leur concordance.

En cas de discordance sur le lieu de recrutement, nous avons sélectionné l’information la plus précise sur l’essai concerné.

Un des points importants de notre recherche était de savoir si les RS se déroulaient exclusivement en soins primaires. Pour cela il fallait savoir si elles se déroulaient aussi en soins secondaires.

Si aucun lieu de recrutement n’était clairement évoqué dans la RS, nous avons fait une recherche par mots-clés dans l’ordre suivant : “primary c”, “primary h”, “primary p”, “general p”, “GP”, “family”, “community”, “home”, “secondary c”, “tertiary”, “hospital”, “clinic ”, “clinics”, “clinic,” “clinic-”, “clinic.”, “outpatient”, “out-patient”, “out patient”, “inpatient”, “in-patient”, “in patient”, “recruit”, “enrolled”, “attend”, “presented to”, “specialist”, “department”, “referred”.

L’utilisation de ces mots-clés a eu pour but de trouver le plus précisément possible le lieu de recrutement. Nous avons cherché tous les mots-clés dans l’ordre indiqué pour être sûr de la présence ou absence de soins primaires ou secondaires.

Si cette information était trouvée avec les premiers mots-clés, nous n’avons pas cherché les mots-clés suivants.

Annexe 2 : Tableau de la CISP2

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)	Sang, syst. hématop/ immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux B04 S/P du sang B25 Peur du SIDA/du VIH B26 Peur du cancer du sang/lymph. B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Limitation de la fonction/incap. (B) B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol. B70 Adénite aigüe B71 Adénite chronique/non-spécifique B72 Maladie de Hodgkin/lymphome B73 Leucémie B74 Autre cancer du sang B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. B76 Rupture traumat. de la rate B77 Autre traumat. sang/lymph/rate B78 Anémie hémolytique héréditaire B79 Autre anom. congénitale sang/ lymph/rate B80 Anémie par déficience en fer B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indét. B83 Purpura/défaut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie B90 Infection par le virus HIV, SIDA B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Ecoulement de l'œil F04 Taches visuelles/flottantes F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F18 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Conjonctivite infectieuse F71 Conjonctivite allergique F72 Blépharite, orgelet, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F79 Autre lésion traumat. de l'œil F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la rétine F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Déficit de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F95 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	F01 S/P du cou L02 S/P du dos L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude L11 S/P du poignet L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche L14 S/P de la jambe et du péroné L15 S/P du genou L16 S/P de la cheville L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire L19 S/P musculaire NCA L20 S/P d'une articulation NCA L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-articul. L28 Limitation de la fonction/incap. (L) L29 Autre S/P ostéo-articulaire L70 Infection du syst. ostéo-articulaire L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur L76 Autre fracture L77 Entorse de la cheville L78 Entorse du genou L79 Entorse articulaire NCA L80 Luxation et subluxation L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire L83 Syndrome cervical L84 Syndr. dors.-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dors.-lombaire et irradiation L87 Bursite, tendinite, synovite NCA L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose L90 Gonarthrose L91 Autre arthrose L92 Syndrome de l'épaule L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéochondrose L95 Ostéoporose L96 Lésion aigüe interne du genou L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. L98 Déformation acquise membres inf. L99 Autre maladie ostéo-articulaire
Procédures	D01 Douleur/crampes abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique L03 Bruire/druant/druement estomac D04 Douleur rectale/anales D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas L71 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécytite/cholélithiase D99 Autre maladie du syst. Digestif	Oreille H H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphène/bourdonnement d'oreille H04 Ecoulement de l'oreille H05 Saignement de l'oreille H14 Hématémèse/vomissement de sang H15 Précoc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H70 Otite externe H71 Otite moyenne aigüe/myringite H72 Otite moyenne séreuse H73 Salpingite d'écoulement H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otosclérose H84 Presbycusie H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H89 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	Neurologique N N01 Mal de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat N17 Vertige/stourdissement N18 Parésie/paralysie N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomyélite N71 Méningite/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Commotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaque N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie N89 Migraine N90 Agrie vasculaire de la face N91 Paralysie faciale/paralysie de Bell N92 Névralgie du trijumeau N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique
Général et non spécifié A	A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons A03 Fièvre A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Évanouissement/syncope A07 Coma A08 Conflèment A09 P. de transpiration A10 Saignement/némorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA A13 Précoc. par/peur traitement médical A16 Nourrisson irritable A18 Précoc. par son aspect extérieur A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer A23 Facteur de risque NCA A25 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA A27 Peur d'une autre maladie NCA A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A29 Autre S/P général A70 Tuberculose A71 Rougeole A72 Varicelle A73 Paludisme A74 Rubéole A75 Mononucléose infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 autre maladie virale NCA A78 Autre maladie infectieuse NCA A79 Cancer NCA A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA A81 Polytraumatisme/lésions multiples A82 Effet tardif d'un traumatisme A84 Intoxication par subst. médicinales A85 Effet sec. subst. médicinales A86 Effet toxique subst. non médicinales A87 Complication de traitement médical A88 Effet sec. de facteur physique A89 Effet sec. de matériel prothésique A90 Anom. congénitale NCA/multiple A91 Résultat d'investigat. anormale NCA A92 Allergie/réaction allergique NCA A93 Nouveau-né prématuré A94 Autre morbidité périnatale A95 Mortalité périnatale A96 Mort A97 Pas de maladie A98 Gestion santé/médecine préventive A99 Maladie de nature/site non précisé	Cardio-vasculaire K K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/constriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpitat./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d'hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation auriculaire/flutter K79 Tachycardie paroxysmique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cérébrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire	
	CODES PROCÉDURE		
	SYMPTÔMES ET PLAINTES		
	INFECTIONS		
	NÉOPLASMES		
	TRAUMATISMES		
	ANOMALIES CONGÉNITALES		
	AUTRES DIAGNOSTICS		

Psychologique P	Peau S	U72 Urérite U75 Cancer du rein U76 Cancer de la vessie U77 Autre cancer urinaire U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire U79 Autre tumeur indé. urinaire U80 Lésion traumat. du tractus urinaire U85 Anom. congénitale du tractus urinaire U88 Gloméruloneph./syndr. néphrotique U90 Protéinurie orthostatique U95 Lithiase urinaire U98 Analyse urinaire anormale NCA U99 Autre maladie urinaire	Syst. génital masculin et sein Y
P01 Sensation anxiété/nervosité/tension P02 Réaction de stress aiguë P03 Sensation de dépression P04 Sentiment/comport. irritable/colère P05 Sensation vieux, complètement sénile P06 Perturbation du sommeil P07 Diminution du désir sexuel P08 Diminution accomplissement sexuel P09 Préoccupation sur identité sexuelle P10 Bégalement, bredouillage, tic P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant P12 Enurésie P13 Encoprésie P15 Alcoolisme chronique P16 Alcoolisation aiguë P17 Usage abusif du tabac P18 Usage abusif de médicament P19 Usage abusif de drogue P20 Perturbation de la mémoire P22 S/P du comportement de l'enfant P23 S/P du comportement de l'adolescent P24 P. spécifique de l'apprentissage P25 Problèmes de phase de vie adulte P27 Peur d'un trouble mental P28 Limitation de la fonction/incap. (P) P29 Autre S/P psychologique P70 Démence P71 Autre psychose organique P72 Schizophrénie P73 Psychose affective P74 Trouble anxieux/état anxieux P75 Trouble somatoforme P76 Dépression P77 Suicide/tentative de suicide P78 Neurasthénie, surmenage P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif P80 Trouble de la personnalité P81 Trouble hyperkinétique P82 Syndrome de stress post-traumatique P85 Retard mental P86 Anorexie mentale, boulimie P88 Autre psychose NCA P99 Autre trouble psychologique	S01 Douleur/hypersensibilité de la peau S02 Prurit S03 Verrue S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau S06 Eruption localisée S07 Eruption généralisée S08 Modification de la couleur de la peau S09 Doigt/orteil infecté S10 Furoncle/anthrax S11 Infection post-traumat. de la peau S12 Piqûre d'insecte S13 Morsure animale/humaine S14 Brûlure cutanée S15 CE dans la peau S16 Echymose/contusion S17 Erafure, égratignure, ampoule S18 Coupure/lacération S19 Autre lésion traumat. de la peau S20 Cor/callosité S21 S/P au sujet de la texture de la peau S22 S/P de l'ongle S23 Calvitie/perte de cheveux S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu S26 Peur du cancer de la peau S27 Peur d'une autre maladie de la peau S28 Limitation de la fonction/incap. (S) S29 Autre S/P de la peau S70 Zona S71 Herpes simplex S72 Gale/autre acariose S73 Pédiculose/autre infestation peau S74 Dermatophytose S75 Moniliase/candidose de la peau S76 Autre maladie infectieuse de la peau S77 Cancer de la peau S78 Lipome S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau S80 Kératose actinique/coup de soleil S81 Hémangiome/lymphangiome S82 Naevus/naevus pigmentaire S83 Autre anom. congénitale de la peau S84 Impétigo S85 Kyste/fistule pilonidal S86 Dermite séborrhéique S87 Dermite atopique/eczéma S88 Dermite et allergie de contact S89 Erythème fessier S90 Pyoriasis rosé S91 Psoriasis S92 Maladie des glandes sudoripares S93 Kyste sébacé S94 Ongle incarné S95 Molluscum contagiosum S96 Acné S97 Ulcère chronique de la peau S98 Urticaire S99 Autre maladie de la peau	Grossesse, accouchement et PF W W01 Question de grossesse W02 Peur d'être enceinte W03 Saignement pendant la grossesse W05 Nausée/vomissement de grossesse W10 Contraception post-coïtale W11 Contraception orale W12 Contraception intra-utérine W13 Stérilisation chez la femme W14 Autre contraception chez la femme W15 Stérilité - hypofertilité de la femme W17 Saignement du post-partum W18 Autre S/P du post-partum W19 S/P du sein/lactation post-partum W21 Préoc. par modif. image et grossesse W27 Peur complications de la grossesse W28 Limitation de la fonction/incap. (W) W29 Autre S/P de la grossesse W70 Infection puerpérale, sepsis W71 Infection compliquant la grossesse W72 Tumeur maligne avec grossesse W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse W75 Lésion traumat. et grossesse W85 Anom. congénitale et grossesse W78 Grossesse W79 Grossesse non désirée W80 Grossesse ectopique W81 Toxémie gravidique W82 Avortement spontané W83 Avortement provoqué W84 Grossesse à haut risque W85 Diabète gravidique W90 Acc. non compliqué, enfant vivant W91 Acc. non compliqué, enfant mort W92 Acc. compliqué, enfant vivant W93 Acc. compliqué, enfant mort W94 Mastite puerpérale W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation W96 Autre complication puerpérale W99 Autre maladie de la grossesse/acc.	Y01 Douleur du pénis Y02 Douleur des testicules, du scrotum Y03 Ecoulement urétral chez l'homme Y04 Autre S/P du pénis Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum Y06 S/P de la prostate Y07 Impuissance sexuelle NCA Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme Y13 Stérilisation de l'homme Y14 Autre PF chez l'homme Y16 S/P du sein chez l'homme Y24 Peur dysfonction sexuelle homme Y25 Peur d'une MST chez l'homme Y26 Peur d'un cancer génital homme Y27 Peur autre maladie génitale homme Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y) Y29 Autre S/P génitale chez l'homme Y70 Syphilis chez l'homme Y71 Gonococcie chez l'homme Y72 Herpes génital chez l'homme Y73 Prostatite/vésiculite séminale Y74 Orchite/épididymite Y75 Balanite Y76 Condylome acuminé chez l'homme Y77 Cancer de la prostate Y78 Autre cancer génital chez l'homme Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme Y80 Lésion traumat. génitale homme Y81 Phimosis/hypertrophie du prépuce Y82 Hypospadias Y83 Ectopie testiculaire Y84 Autre anom. congénitale homme Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate Y86 Hydrocèle Y99 Autre maladie génitale chez l'homme
Respiratoire R	Métabol., nutrit., endocrinien T	Syst. génital féminin et sein X	Social Z
R01 Douleur du syst. respiratoire R02 Souffle court, dyspnée R03 Sibillance R04 Autre P. respiratoire R05 Toux R06 Saignement de nez, épistaxis R07 Congestion nasale, éternuement R08 Autre S/P du nez R09 S/P des sinus R21 S/P de la gorge R23 S/P de la voix R24 Hémoptysie R25 Expectorations/claire anormale R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire R27 Peur d'une autre maladie respiratoire R28 Limitation de la fonction/incap. (R) R29 Autre S/P respiratoire R71 Cornueuche R72 Streptococcie pharyngée R73 Furoncle/abcès du nez R74 Infection aiguë voies respiratoire sup. R75 Sinusite aiguë/chronique R76 Angine aiguë R77 Laryngite, trachéite aiguë R78 Bronchite aiguë, bronchiolite R79 Bronchite chronique R80 Grippe R81 Pneumonie R82 Pleurésie, épanchement pleural R83 Autre infection respiratoire R84 Cancer des bronches, du poumon R85 Autre cancer respiratoire R86 Tumeur respiratoire bénigne R87 CE du nez, du larynx, des bronches R88 Autre lésion traumat. du syst. resp. R89 Anom. congénitale du syst. resp. R90 Hypertrophie amygdalaires/végétations R92 Autre tumeur indé. du syst. resp. R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive R96 Asthme R97 Rhinite allergique R98 Syndrome d'hyperventilation R99 Autre maladie respiratoire	T01 Soif excessive T02 Appétit excessif T03 Perte d'appétit T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant T05 P. d'alimentation de l'adulte T07 Gain de poids T08 Perte de poids T10 Retard de croissance T11 Déshydratation T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit. T28 Limitation de la fonction/incap. (T) T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit. T70 Infection du syst. endocrinien T71 Cancer de la thyroïde T72 Tumeur bénigne de la thyroïde T73 Tumeur indé. du syst. endocrinien T78 Canal/kyste thyroïdienne T80 Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit. T81 Goitre T82 Obésité T83 Excès pondéral T85 Hyperthyroïdie/thyréotoxicoïse T86 Hypothyroïdie/myxoédème T87 Hypoglycémie T89 Diabète insulino-dépendant T90 Diabète non insulino-dépendant T91 Carence vitaminique/nutritionnelle T92 Goutte T93 Trouble du métabolisme des lipides T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit	X01 Douleur génitale chez la femme X02 Douleur menstruelle X03 Douleur intermenstruelle X04 Rapport sexuel douloureux femme X05 Menstruation absente/rare X06 Menstruation excessive X07 Menstruation irrégulière/fréquente X08 Saignement intermenstruel X09 S/P prémenstruel X10 Ajournement des menstruations X11 S/P liés à la ménopause X12 Saignement de la post-ménopause X13 Saignement post-coïtal femme X14 Ecoulement vaginal X15 S/P du vagin X16 S/P de la vulve X17 S/P du petit bassin chez la femme X18 Douleur du sein chez la femme X19 Tuméfaction/masse du sein femme X20 S/P du mamelon chez la femme X21 Autre S/P du sein chez la femme X22 Préoc. par l'apparence des seins X23 Peur d'une MST chez la femme X24 Peur dysfonction sexuelle femme X25 Peur d'un cancer génital femme X26 Peur d'un cancer du sein femme X27 Peur autre mal. génitale/sein femme X28 Limitation de la fonction/incap. (X) X29 Autre S/P génital chez la femme X70 Syphilis chez la femme X71 Gonococcie chez la femme X72 Candidose génitale chez la femme X73 Trichomonase génitale femme X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme X75 Cancer du col de l'utérus X76 Cancer du sein chez la femme X77 Autre cancer génital chez la femme X78 Fibrome utérin X79 Tumeur bénigne du sein femme X80 Tumeur bénigne génitale femme X81 Autre tumeur génitale indé. femme X82 Lésion traumat. génitale femme X83 Anom. génitale congénitale femme X84 Vaginite/vulvite NCA X85 Maladie du col de l'utérus NCA X86 Frottis de col anormal X87 Prolapsus utéro-vaginal X88 Maladie fibrokystique du sein X89 Syndrome de tension prémenstruelle X90 Herpes génital chez la femme X91 Condylome acuminé chez la femme X92 Infection génitale chlamydia femme X99 Autre maladie génitale de la femme	Z01 Pauvreté/P. économique Z02 P. d'eau/de nourriture Z03 P. d'habitat/de voisinage Z04 P. socioculturel Z05 P. de travail Z06 P. de non emploi Z07 P. d'éducation Z08 P. de protection sociale Z09 P. légal Z10 P. relatif au syst. de soins de santé Z11 P. du fait d'être malade/compliance Z12 P. de relation entre partenaires Z13 P. de comportement du partenaire Z14 P. du à la maladie du partenaire Z15 Perte/décès du partenaire Z16 P. de relation avec un enfant Z18 P. du à la maladie d'un enfant Z19 Perte/décès d'un enfant Z20 P. relation autre parent/famille Z21 P. comportem. autre parent/famille Z22 P. du à la mal. autre parent/famille Z23 Perte/décès autre parent/famille Z24 P. de relation avec un ami Z25 Agression/événement noci NCA Z27 Peur d'un P. social Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z) Z29 P. social NCA
CODES PROCÉDURE	Système Urinaire U	Abréviations	
SYMPTÔMES ET PLAINTES	U01 Dysurie/miction douloureuse U02 Miction fréquente/impérieuse U04 Incontinence urinaire U05 Autre P. de miction U06 Hématurie U07 Autre S/P au sujet de l'urine U08 Rétention d'urine U13 Autre S/P de la vessie U14 S/P du rein U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire U27 Peur d'une autre maladie urinaire U28 Limitation de la fonction/incap. (U) U29 Autre S/P urinaire U70 Pyélonéphrite/pyélite U71 Cystite/autre infection urinaire	/ ou Acc. Accouchement Anom. Anomalie Bén. Bénin (igne) CE Corps étranger Gén Généralisé(e) Incap Incapacité Indét Indéterminé(e) Loc. Localisé(e) Mal. Maladie MST Maladie sexuellement transmissible NCA Non classé ailleurs P. Problème Préoc Préoccupé(e) RAA Rhumatisme articulaire aigu S/P Symptôme ou plainte Sec. Secondaire Subs Substance Syndr Syndrome Tum. Tumeur	
TRAUMATISMES		Traducteurs: Michel Roland et Marc Jamouille	
ANOMALIES CONGÉNITALES		CISP-2 Exemple de bureau. Oct 2000	
AUTRES DIAGNOSTICS			

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'S' followed by a horizontal line.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

HOANG Adeline

45 pages - Tableaux : 4 - Figures : 5

Résumé :

Introduction : Les études à l'origine des recommandations de bonnes pratiques cliniques destinées aux médecins généralistes ne sont pas toutes issues des soins primaires.

Objectif : Déterminer la place des études menées en soins primaires au sein des revues systématiques de la Cochrane.

Méthodes : Revue de la littérature réalisée entre le 21 décembre 2020 et le 9 mars 2021. Les revues systématiques comportant un des mots-clés suivants ont été sélectionnées : “primary care”, “primary health care”, “general practice”, “family practice”. Parmi ces revues, ont été identifiées celles qui contenaient au moins un essai réalisé en soins primaires, puis celles dont tous les essais ont été réalisés en soins primaires. Les caractéristiques de ces derniers essais ont ensuite été détaillées.

Résultats : Sur 1765 revues systématiques éligibles, 441 (25%) contenaient au moins un essai en soins primaires et 30 (1,7%) ne contenaient que des essais en soins primaires (n=218 essais). Parmi ces 218 essais, 71 (32,5%) indiquaient clairement un recrutement en soins primaires, tandis que 59 (27%) se déroulaient dans des lieux communautaires et 88 (40,4%) ne comportaient aucune information sur le lieu de recrutement. La majorité de ces essais ont été publiés par les Etats-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie, avec une année médiane de publication en 2003.

Conclusion : Malgré les nombreuses données manquantes sur le lieu de recrutement des essais rapportés dans les revues systématiques de la Cochrane, il semblerait qu'il y ait une part infime de revues systématiques réalisées en soins primaires.

Mots-clés : soins primaires, médecine générale, revues systématiques, recommandations, recrutement

Jury :

Président du Jury : Professeur François MAILLOT

Directeur de thèse : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Membres du Jury : Professeur Bruno GIRAUDEAU

Docteur Leslie GUILLON-GRAMMATICO

Date de soutenance : 17 décembre 2021