



UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine

Année 2015

Thèse n°

**Influence de la presse médicale sur les prescriptions des
médecins généralistes libéraux**
Etude quantitative en Haute-Vienne

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 mai 2015 à Limoges

Par Monsieur Etienne LASSALLE

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Daniel BUCHON

Membres : Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Madame le Professeur Martine PREVOST

Monsieur le Docteur Dominique MENARD

Directeur de thèse et membre invité : Monsieur le Professeur Jean-Gabriel BUISSON

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

Année 2015

Thèse n°

**Influence de la presse médicale sur les prescriptions des
médecins généralistes libéraux**

Etude quantitative en Haute-Vienne

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 mai 2015 à Limoges

Par Monsieur Etienne LASSALLE

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Daniel BUCHON

Membres : Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER

Madame le Professeur Martine PREVOST

Monsieur le Docteur Dominique MENARD

Directeur de thèse et membre invité : Monsieur le Professeur Jean-Gabriel BUISSON

UNIVERSITE de LIMOGES

FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES pour la REDACTION des DEDICACES

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATO-VENEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service

BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE
CAIRE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service

DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE

MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service Assesseur
MOUNAYER Charbel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service

SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service de l'UNITE ONCO-THORACIQUE et CUTANEE
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
----------------------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier B IOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TCHALLA Achille	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

PROFESSEURS ASSOCIES

DUMOITIER Nathalie Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique Maître de Conférences associé à mi-temps MEDECINE
GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie Professeur des Universités Emérite

VALLAT Jean-Michel Professeur des Universités Emérite

Le 09 septembre 2014

Remerciements

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON.

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER.

Vous avez accepté de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de mes remerciements les plus sincères.

A Madame le Professeur Martine PREVOST.

Vous avez accepté d'être membre du jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Dominique MENARD.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Gabriel BUISSON.

Vous avez accepté de diriger cette thèse, et accompagné dans mon projet.

Soyez assuré de ma reconnaissance.

A ma femme, Blandine.

Merci pour ton amour de tous les instants, de ta présence, ta bonne humeur, ton courage, et ton soutien durant toutes ces années.

A mes enfants, Simon & Jeanne.

Merci pour vos éclats de rire, et tout le bonheur que vous m'apportez.

A mes parents et grands-parents.

Merci pour votre amour, de votre soutien sans lesquels ce travail n'aurait jamais vu le jour.

A ma sœur Delphine, et mon frère Pierre-Olivier.

Tous ces bons moments, ces larmes, mais surtout ces rires, pour en arriver là, merci de votre présence.

A mes amis.

Que de souvenirs mémorables des années pictaviennes estudiantines.

Aux Docteurs Houdard, Benvenuto et De Staute de Saint-Victurnien.

Merci de m'avoir fait confiance en étant les premiers à m'avoir confié vos patients, et de votre soutien encore aujourd'hui durant le temps pris pour la réalisation de cette thèse.

A tous les médecins, de Poitiers, de Limoges, qui m'ont fait partager leurs expériences au cours de mes études de médecine, et de mes remplacements.

Table des matières

Introduction.	13
1. Principaux facteurs influençant les prescriptions médicales.	14
1.1. Les facteurs liés aux médecins.	14
1.2. Les facteurs liés aux patients.	14
1.3. La visite médicale.	15
1.4. La formation médicale continue.	16
1.5. Les actions des pouvoirs publics.	16
2. Etat des lieux de la presse médicale généraliste.	17
2.1. Généralités.	17
2.2. Différents « types » de presse et diffusion.	19
2.3. Le traitement de 6 cas particuliers par les deux principaux médias:	20
2.3.1. Le cas Médiator®.	20
2.3.2. La prescription de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate.	21
2.3.3. Les glitazones.	22
2.3.4. Les inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4 (DPP-4).	23
2.3.5. Les oestro-progestatifs de 3 ^{ème} et 4 ^{ème} générations.	25
2.3.6. Les inhibiteurs COX-2 sélectifs.	26
3. Etude de l'influence de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes installés en Haute-Vienne.	28
3.1. Problématique et objectif.	28
3.2. Matériel et méthode.	29
3.2.1. Matériel / Population.	29
3.2.2. Méthode.	29
3.2.3. Analyse statistique des résultats.	30
3.3. Résultats.	30
3.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants.	31
3.3.2. Habitudes des répondants en matière de presse médicale.	33
3.3.3. Représentation des titres de la presse médicale.	36
3.3.4. La prescription de Médiator®.	37
3.3.5. La prescription de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate.	38

3.3.6. La prescription de glitazones.	39
3.3.7. La prescription d'inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4 (DPP-4).	40
3.3.8. La prescription d'oestro-progestatifs de 3ème et 4ème générations.	41
3.3.9. La prescription d'inhibiteurs COX-2 sélectifs.	43
3.3.10. Traitements volontairement refusés de prescrire.	44
3.4. Discussion.	45
3.4.1. Analyse de la population répondante.	45
3.4.2. Synthèse des principaux résultats.	45
3.4.3. Comparaison avec les données de la littérature.	47
3.4.4. Forces et faiblesses de l'étude.	49
Conclusion.	49
Références bibliographiques.	50
Table des annexes.	59
Table des tableaux & figures.	64
SERMENT D'HIPPOCRATE.	66

Introduction

La prescription médicale est au cœur de la relation médecin/malade [1], symbolisant la concrétisation de l'acte médical, et l'aboutissement de la démarche diagnostique du médecin basée sur ses connaissances.

Cependant, alors que cet acte devrait être uniquement guidé par des aspects purement scientifiques, il semble que d'autres facteurs influent nécessairement sur les prescriptions, qu'ils soient conscients ou inconscients, comme le montrent quelques études [2] [3] [4] [5] [6].

Du fait des évolutions constantes de la thérapeutique, les connaissances médicales doivent être actualisées régulièrement, et les sources d'informations du médecin sont multiples, la presse médicale en est une. « Les presses médicales » pourrions-nous dire, car la manière de traiter l'information peut y être très différente.

Alors dans quelle mesure la presse médicale influe-t-elle vraiment sur les prescriptions de ses lecteurs ? Peu de réponses sont apportées par la revue de la littérature.

Devant cette question, il apparaît intéressant d'étudier cet aspect particulier qu'est l'éventuelle influence de la presse sur les prescriptions médicales. L'objet de ce travail sera ainsi d'explorer les lectures des médecins généralistes libéraux de Haute-Vienne et d'analyser leurs prescriptions dans des domaines précis, en fonction de leurs lectures.

Après un rappel sur les facteurs d'influence principaux de la prescription médicale, et un état des lieux de la presse médicale généraliste, nous détaillerons la méthode utilisée pour la réalisation de cette étude, avant d'en proposer les résultats, une discussion et enfin une conclusion.

1. Principaux facteurs influençant les prescriptions médicales

1.1. Les facteurs liés aux médecins

Chaque médecin prescrit en son âme et conscience le traitement qui lui semble adapté pour son patient.

Différentes études montrent des disparités de prescription selon l'**âge** des médecins. Ainsi, par exemple, des études du Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES) publiées en 1998 et 2001 [6] [7], montraient que sur le plan quantitatif, les praticiens les plus jeunes et les plus âgés prescrivait plus que la moyenne. Ce qui est confirmé par une analyse française de 2006 (sur des données de 2001) qui relève que « les plus gros prescripteurs » sont fréquemment les plus âgés [8]. En revanche sur le plan qualitatif, les études sont contradictoires, et une étude anglaise à propos de la mise en place de traitements conformes à la médecine basée sur les preuves ne retrouve pas, généralement, de différence liée à l'âge [9].

Concernant le **sexe**, des différences semblent exister sur le plan qualitatif, avec une certaine propension des hommes à prescrire plus de nouveautés médicamenteuses, les femmes se montrant plus méfiantes (attentistes ?) comme le souligne une étude danoise de 1999 [10].

Le **lieu d'exercice** est aussi un facteur d'influence sur les prescriptions, les études du CREDES citées au-dessus [6] [7] montrent des disparités en fonction de la région d'exercice, mais une étude de 2005 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) aboutit à la conclusion que la région d'exercice influe plus sur la probabilité de prescrire un médicament plutôt que sur le nombre de médicaments prescrits [11].

La **charge de travail et le nombre de jours de travail** sont à prendre en compte comme des facteurs importants d'influence, ainsi, il semble que plus le médecin effectue d'actes par jour, plus la probabilité qu'il ait recours aux antibiotiques dans la rhinopharyngite est grande selon une étude du CREDES de 2003 [12], et l'étude de la DRESS déjà citée [11] retrouve que les médecins libéraux exerçant à temps complet ont une probabilité plus faible de prescrire des génériques.

Enfin, les médecins participant à un réseau de soins selon l'étude du CREDES de 2003 [12] prescrivent moins d'antibiotiques dans une rhinopharyngite aiguë.

1.2. Les facteurs liés aux patients

L'**âge** du patient est de façon logique un facteur déterminant dans la prescription du médecin, les différentes études corroborant le fait qu'une clientèle âgée entraîne une augmentation des volumes de prescriptions et des coûts, comme celle de la DRESS [11], la raison souvent avancée étant la prévalence augmentant des pathologies avec l'âge. Cette même étude [11] montre aussi que le fait d'appartenir à une classe d'âge extrême (moins de 13 ans et plus de 69 ans) joue un rôle défavorable sur la prescription de génériques.

Concernant le **sexe** du patient, les femmes reçoivent globalement plus de médicaments selon

cette même étude [11], entraînant un risque de sur-prescription et donc poly-médication, mais aussi une probabilité plus élevée pour les femmes de recevoir une prescription de génériques. Il existe aussi des différences de prescription homme/femme selon les classes pharmaceutiques, l'étude du CREDES de 2003 [12] montrant une plus faible probabilité pour les femmes de recevoir des antibiotiques dans la rhinopharyngite aigue.

Autre facteur lié au patient influençant les prescriptions, à ne pas négliger, est **la demande du patient** lui-même, comme le met en exergue l'étude réalisée en 1997 [13] en France, indiquant qu'un tiers des médecins ont le sentiment de prescrire des antibiotiques dans les infections ORL à la demande des parents des enfants atteints, même s'il convient de pondérer cet aspect en considérant qu'il puisse exister une surestimation de la demande chez les médecins à propos de l'attente des patients.

1.3. La visite médicale

Dans un rapport de l'IGAS de 2007 sur « L'information des médecins généralistes sur le médicament » [15], il est précisé que selon la fiche métier du LEEM (organisme professionnel regroupant Les Entreprises du Médicament), « *le visiteur médical assure l'information auprès des professionnels de santé pour développer les ventes des produits et promouvoir l'image de l'entreprise et le bon usage du médicament dans le respect de l'éthique* ».

Vis-à-vis de la loi, la visite médicale est une forme de publicité, selon l'article L5122-1 du code de la santé publique [14].

Selon le même rapport de l'IGAS [15], la visite médicale est de très loin le premier poste des dépenses marketings de l'industrie pharmaceutique. D'après les chiffres du LEEM, elle représentait en 2004 en France 75.8% des dépenses de promotion, ce qui en est fait le moyen de promotion avec les médecins pour cibles le plus important, et cela laisse à penser que la visite médicale a une influence réelle sur les prescriptions.

Plusieurs études abondent dans ce sens. Une étude étasunienne de 1996 [16] met en évidence la corrélation entre les jugements positifs et la crédibilité de la visite médicale et des prescriptions plus coûteuses. L'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) sur la diffusion de l'innovation pharmaceutique [17] souligne le lien entre l'investissement promotionnel global et le nombre de prescriptions. L'étude du CREDES concernant la rhinopharyngite aigue déjà citée [12] met en exergue que les médecins qui reçoivent plus de 10 visiteurs médicaux par mois prescrivent plus d'antibiothérapie que les autres dans cette pathologie. De surcroît il est à noter que ces études révéleraient un impact de la visite médicale sur les prescriptions, plus important que ne semblent en avoir conscience les médecins eux-mêmes, ce que souligne aussi le rapport de l'IGAS [15] en citant une étude américaine de 1982 [18] dans laquelle les deux tiers des médecins de Boston affirmaient que la publicité et les visiteurs médicaux n'avaient que peu d'influence sur leurs prescriptions, mais qu'en même temps leurs jugements sur les vasodilatateurs étaient contraires aux données de la science et conformes

aux discours de l'industrie pharmaceutique.

Ce travail n'a pas à débattre de la pertinence ou non des informations des visiteurs médicaux, mais montre l'influence certaine de la visite médicale sur les prescriptions des médecins.

1.4. La formation médicale continue (FMC)

La science est en perpétuel mouvement, et l'innovation dans le domaine médical oblige le médecin à actualiser ses connaissances, c'est d'ailleurs l'objet de l'article 11 du code de déontologie médicale [19], mais aussi une obligation légale, selon l'article R-4127-11 du code de santé publique [20].

Il faut savoir que l'industrie pharmaceutique est très présente dans la formation continue des médecins, un rapport du Sénat de 2006 estimant le financement de la FMC à hauteur de 98% par l'industrie [21]. Un rapport de l'IGAS de la même année [22], sans avancer une telle proportion, indique que l'ensemble des acteurs s'accorde à dire que les financements de l'industrie sont un vecteur essentiel de financement de la FMC, décrite comme « *une arme puissante [...] pour appuyer les actions promotionnelles* » selon un article paru dans le BMJ en 2001 [23].

Malgré l'absence d'étude française retrouvée à propos d'une influence directe de la FMC sur les prescriptions, les moyens engagés par l'industrie donnent de bons indices quant à son existence, et le rapport du Sénat cité précédemment [21] pointait clairement le fait que ce mode de financement était un obstacle à une FMC indépendante, comme celui de l'IGAS [22], parlant de « *l'omniprésence de conflits d'intérêts* », et ce dans un domaine qui est donc une obligation pour les médecins.

1.5. Les actions des pouvoirs publics

Les actions des pouvoirs publics sont très diversifiées, et certaines ont une influence de fait sur les prescriptions, telles les autorisations ou modifications de mise sur le marché des médicaments. Mais parmi les autres, les recommandations de bonne pratique des sociétés savantes, recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), les « lettres aux professionnels de santé » de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) ou les « lettres d'information aux médecins », les mémos et les fiches d'aides à l'utilisation de l'ordonnance bizonale de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), aucun travail n'a été retrouvé venant décrire une influence ou non sur les prescriptions des médecins hormis pour trois actions distinctes, les délégués de l'Assurance Maladie, les échanges confraternels et la rémunération sur les objectifs de santé publique (ROSP).

Les entretiens confraternels, échanges entre un médecin libéral et un médecin conseil de la Caisse d'assurance maladie, réalisés par téléphone ou au cabinet du médecin, semblent influencer sur les prescriptions des médecins, comme le montrent deux études, une concernant le diabète de type 2

en Auvergne [24] qui retrouve une augmentation du suivi des recommandations de bonne pratique pendant la pratique de ces entretiens confraternels, et l'autre concernant la prescription d'antibiotiques [25] dans laquelle ce dispositif montre une efficacité, notamment en comparaison à l'envoi d'un courrier du profil de prescription.

Les délégués de l'assurance maladie (DAM) sont en quelque sorte des « visiteurs médicaux » de l'assurance maladie, rendant visite sur rendez-vous aux médecins, avec pour but selon la CNAM « *d'objectiver et d'expliquer l'information* ». Leur influence sur les prescriptions est démontrée dans une évaluation de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aude concernant la prescription d'antibiotiques, réalisée fin 2005, puis étendue à l'ensemble des caisses de la région Languedoc-Roussillon en hiver 2006-2007 [15]. Elle montre une augmentation de la prescription d'amoxicilline (au détriment d'antibiotiques plus complexes) suite aux visites des DAM.

Enfin la rémunération sur les objectifs de santé publique (ROSP) est un dispositif de l'assurance maladie permettant aux médecins conventionnés de recevoir une rémunération si leurs prescriptions tendent vers un objectif cible, défini par l'assurance maladie, et selon le rapport d'activité 2013 de l'assurance maladie [26], le taux général d'atteinte des objectifs est passé de 51 à 60% entre 2012 et 2013, ce qui montre l'influence de ce dispositif sur les prescriptions des médecins.

2. Etat des lieux de la presse médicale généraliste

2.1 Généralités

La presse médicale est un vecteur d'information très important pour les médecins généralistes. Selon une enquête IPSOS Santé de 2007 réalisée pour le compte de la Haute Autorité de Santé (HAS) [27], 72 % des médecins interrogés la considéraient comme importante ou primordiale. Le rapport de l'IGAS de 2007 déjà cité [17] va dans le même sens, parlant d' « *une source d'intérêt pour consulter la publicité et les articles sur les nouveaux produits, retirer et archiver les cahiers complémentaires ou les cahiers encartés, les suppléments FMC ; pour arracher un article à insérer dans un dossier de documentation personnelle... Elle est perçue comme une ressource indispensable pour la constitution de dossiers personnels* ». En 2009, une nouvelle étude IPSOS Santé pour la Haute Autorité de Santé sur la visite médicale [28] rapporte que la presse médicale est une source primordiale d'information sur le médicament pour les médecins, étant citée en première position par 27% des sondés, devant le Vidal®. Enfin selon le rapport de la Haute Autorité de Santé sur la presse médicale de 2009 [29], près d'un médecin généraliste sur 2 privilégie la presse comme source d'information professionnelle.

Cependant la presse écrite médicale a subi une chute importante de ses tirages, avec, selon le rapport de la Haute Autorité de Santé de 2009 précédemment cité [29], un nombre d'exemplaires

imprimés passant de 95 millions en 1985 à 33 millions en 2009. A noter que dans le même temps les recettes publicitaires n'ont diminué « que » de 20 millions d'euros par an dans la même période, passant de 93 millions d'euros à 73 millions d'euros, soit une chute de 21,5% (à comparer à la chute de 65,3% des tirages).

Mais la presse médicale se tourne logiquement de plus en plus vers le numérique, répondant à de nouveaux usages et aux nouvelles habitudes culturelles des médecins et de la société dans laquelle ils exercent. « *La connaissance médicale requise pour l'exercice de la médecine double tous les 12 à 15 ans* » selon la société française de rhumatologie [30], ainsi la mise à niveau de ses connaissances pour le médecin, en plus d'être une obligation, nécessite toujours plus de réactivité, ce qu'offre naturellement le numérique au dépend du support papier, mais cette notion de formation continue reste un atout important en faveur de la nécessité de la presse médicale pour les médecins.

Enfin, en 1991, la Revue du Praticien publiait la traduction d'une série de 6 articles parue 10 ans plus tôt dans le Canadian Medical Association Journal, décrivant « *les 10 (bonnes) raisons de lire des articles médicaux* » :

1. *pour impressionner les autres ;*
2. *pour se tenir au courant des actualités professionnelles ;*
3. *pour comprendre la physiopathologie ;*
4. *pour apprendre comment un clinicien expérimenté prend en charge un problème particulier ;*

5. *pour découvrir s'il faut utiliser un nouveau (ou ancien) test diagnostique chez ses patients ;*
6. *pour connaître l'histoire naturelle et le pronostic d'une maladie ;*
7. *pour déterminer la causalité ;*
8. *pour distinguer les thérapeutiques utiles de celles qui sont inutiles et même nuisibles ;*
9. *pour comprendre les déclarations concernant les besoins, l'utilisation, la qualité et le rapport coût-efficacité des soins ;*
10. *pour être « émoustillé » par les lettres à la rédaction.*

Si certains n'ont aucun rapport avec la médecine, le point 8 décrivant le fait que dans la conscience des médecins la presse puisse définir « *l'utile, l'inutile ou le nuisible* » en matière de thérapeutique permet d'envisager la réelle possibilité que cette même presse puisse influencer les prescriptions médicales.

2.2. Différents « types » de presse et diffusion

Selon le rapport de l'IGAS de 2007 [15], il existe une trentaine de titres destinés aux médecins généralistes, ce qui est confirmé par le syndicat national de la presse médicale (SNPM) qui en représente vingt-trois, les autres, notamment Prescrire®, n'adhèrent pas à ce dernier.

La grande partie de cette presse est diffusée de manière gratuite aux médecins, faisant donc appel à la publicité comme source de financement, et cette publicité provenant majoritairement des industries de santé. Selon Le quotidien du médecin®, l'industrie pharmaceutique représente deux tiers des annonceurs.

Seuls Prescrire®, Pratiques® et Médecine® sont dépourvus de ce moyen de financement, leur modèle économique reposant uniquement sur leurs abonnés pour Prescrire®, les abonnements ainsi que des subventions publiques pour les deux autres.

Il faut noter qu'il existe la règle des 50% de la commission paritaire de la presse médicale (CPAP), règle qui conditionne l'accès aux aides publiques, et qui oblige les médias à diffuser au moins autant d'exemplaires payants que gratuits. Cependant, cette règle laisse une marge confortable, car même si les contrôles réalisés par la CPAP retrouvent un respect strict de cette règle, une étude IPSOS-Média (non publique mais citée par le rapport de l'IGAS [15]) met en évidence que 65% des généralistes reçoivent les titres gratuitement contre 43% de la totalité des médecins, généralistes et spécialistes. Les médecins généralistes sont donc la cible des médias gratuits.

Cependant, si l'industrie pharmaceutique est la principale source de publicité de la presse médicale, elle n'est pas impliquée dans le capital des groupes de presse, selon le SNMP.

En terme de diffusion, il semble que deux titres soient plébiscités par les médecins généralistes, Le quotidien du médecin®, et Prescrire®. En effet selon l'enquête de l'IPSOS de 2006 citée par l'IGAS en 2007 [15], Le quotidien du médecin® culminerait avec 56.6% de numéros lus parmi les 10 derniers par les médecins et 41.6% d'individus déclaraient avoir lu 8 ou plus numéros sur les 10 derniers. Une enquête du centre d'étude sur les supports de l'information médicale (CESSIM) en 2006 retrouve une audience moyenne au numéro de 56.9% concernant Le quotidien du médecin®.

Concernant Prescrire®, les chiffres sont plus discordants, cette même étude cite une audience moyenne au numéro de 12.1%, mais la revue Prescrire® revendique elle 2 lecteurs pour 1 abonnement (17000 abonnements de médecins généralistes), soit environ 40 à 50% des médecins généralistes, le rapport de l'IGAS de 2007 [15] ne contredisant pas ce chiffres. A titre de comparaison, la revue Médecine® disposerait de 2500 abonnés, Pratiques® un peu moins de 1000.

Ces études d'audience confirment bien la forte audience de ces deux médias auprès des médecins généralistes, et insistent à la fois sur la fidélité de lecture importante des médecins, 1 sur 2 lisant les mêmes titres depuis plus de 5 ans.

2.3. Le traitement de 6 cas particuliers par les deux principaux médias:

Dans cette partie, sont présentés les traitements, par Prescrire® et par Le quotidien du médecin®, de 6 cas particuliers pour lesquels le monde médical est ou a été divisé, et pour lesquels ces deux médias, qui sont les deux majoritairement lus par les médecins généralistes, n'ont pas la même ligne directrice.

Cette partie n'a pas pour but de juger de la « ligne éditoriale » des deux journaux, mais de mettre en évidence leurs différences, et par la même les différences des données « reçues » par leurs lecteurs respectifs.

2.3.1. Le cas Médiator® :

Le Médiator® (Benfluorex) obtient son autorisation de mise sur le marché (AMM) par le ministère de l'intérieur en 1974, comme adjuvant au traitement des hypertriglycéridémies et au régime chez les patients diabétiques en surcharge pondérale. Il est commercialisé à partir de 1976.

Le magazine Prescrire® va dès 1986 mettre en doute la réelle efficacité du produit, en critiquant notamment les études faites par le laboratoire [32]. En mai 1997, publiant des essais cliniques en double aveugle et la survenue d'effets indésirables, la conclusion adressée à ses lecteurs est qu'il n'y a aucune raison de traiter les diabétiques avec le Benfluorex, l'article finissant en demandant la reconsidération de l'autorisation de mise sur le marché du Médiator® par l'assurance maladie [33]. De même en décembre de la même année, la revue « s'attaque » à l'effet hypolipémiant de la molécule, avec la même conclusion concernant l'évaluation du rapport bénéfices-risques, et l'inutilité de traiter les patients avec ce traitement [34]. En octobre 2003, dans les pages « vigilance » et un paragraphe nommé « *Benfluorex : un manque de données qui ne rassure pas* », le magazine insiste sur les survenues de cas de valvulopathies et autres effets indésirables immuno-allergiques, le qualifiant d'anorexigène amphétaminique [35]. En septembre et novembre 2005, Prescrire® mentionne le retrait du marché espagnol du Médiator, rappelant la « balance bénéfices-risques défavorable connue », parlant d'un traitement n'apportant aucun progrès thérapeutique [36] [37].

En juin 2006, un nouvel article rapporte des cas d'hypertensions artérielles pulmonaires, mais aussi des troubles neuropsychiatriques sous Benfluorex [38].

Mi 2007, l'autorisation de mise sur le marché du Médiator® est modifiée, et en janvier 2008 la revue la dénonce comme « demi-mesure lamentable », rappelant non seulement leurs articles cités précédemment, mais surtout les retraits des marchés espagnols et italiens [39]. Puis fin 2008, un article rappelle une nouvelle fois les effets indésirables du produit, citant des données de pharmacovigilance, mais regrette l'absence de décision de retrait du marché [40].

Concernant Le quotidien du médecin®, aucun article n'est retrouvé dans ses archives concernant

le benfluorex avant 2010 et donc son retrait. Notons toutefois qu'Irène Frachon, pneumologue française à l'origine de la mise en exergue des méfaits du benfluorex, a dit que le quotidien n'a publié en juin 2010 « *qu'un encart des laboratoires Servier indiquant l'absence de lien entre le Mediator® et les valvulopathies cardiaques et que ce fut la seule information présentée* », et que lors de son audition au Sénat dans le cadre de l'enquête ayant fait suite à l'affaire Mediator®, M. Gérard Kouchner, propriétaire du titre, a déclaré à la mission que l'ouvrage du Docteur Frachon relevait de la rubrique des « chiens écrasés » [153].

En conclusion concernant le Mediator®, les lecteurs de Prescrire® ont été fréquemment « mis en garde » concernant ce traitement, qui a donc été retiré du marché français en 2009. Nous pouvons supposer que ceux du quotidien de médecin®, ont été moins alertés, selon les archives disponibles, et la position du journal après le retrait du benfluorex.

2.3.2. La prescription de PSA dans le cadre du dépistage de cancer de la prostate

Dans le dépistage du cancer de la prostate, la Haute Autorité de Santé (HAS) a confirmé ses précédentes recommandations dans un rapport en 2012, à savoir que le dosage de PSA n'est pas recommandé dans le cadre du dépistage systématique du cancer de la prostate [40].

La revue Prescrire® a publié de multiples articles, de façon assez régulière, contre la prescription de PSA dans le dépistage, depuis longtemps, et sans jamais changer de « position ». Plus récemment, en 2006 rappelant la position de la Haute Autorité de Santé, le magazine dénonce la position de la société française d'urologie prônant le dépistage par PSA [41]. En 2009, un article dénonce l'absence de preuve suffisante d'un avantage clinique de la réalisation de dépistage du cancer de la prostate, dénonçant des diagnostics par excès, et donc des effets indésirables [42]. En 2012, deux articles sont publiés par Prescrire®, l'un en mars, dénonçant les sur-diagnostics par dépistage par prescription de PSA, parlant de 70% de faux positifs dans des essais et méta-analyses cités [43], l'autre en novembre, ré-insistant sur le très haut taux de faux positifs dans le dépistage avec le taux de PSA, et donc la balance bénéfices-risques défavorable de cette méthode de dépistage [44]. Enfin en octobre 2014, la revue écrivait encore que le dosage de PSA « *présente plus d'inconvénients que d'avantages* » [45].

Le quotidien du médecin® publie également fréquemment sur le dosage du PSA dans le dépistage du cancer de la prostate, mettant en avant les gains apportés par un tel dépistage.

En mars 2009, dans un article intitulé « *Doser le PSA diminue bien la mortalité* » sur une étude européenne, le quotidien annonce un chiffre de 20% de diminution de mortalité du cancer de la prostate grâce au dépistage par PSA [46], et quelques jours après un autre article vient confirmer ces conclusions [47]. En septembre 2010, relayant le message de l'association française d'urologie (AFU), le journal plaide pour un dépistage avec réalisation de PSA, avant même 50 ans [48]. Il en

est de même en février 2011, avec un article qui, parlant du choix difficile du médecin généraliste « tiraillé » entre les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'association française d'urologie (AFU), insiste sur le dépistage précoce par PSA [49]. Une nouvelle fois en 2012 le quotidien rapporte que deux études sont divergentes sur la question du dépistage du cancer de la prostate, et finit en citant un urologue pour le dosage précoce de PSA « *pour un résultat plus prédictif* » [50]. En 2013, est publiée une interview du secrétaire de l'association française d'urologie (AFU) qui mentionne l'utilité du dosage du PSA et de son dosage régulier [51]. Très récemment, en novembre 2014, dans un article sur le « dépistage à bon escient » dans le cancer de la prostate, il est rappelé la nécessité de doser précocement le PSA, et de bien l'interpréter, en recourant le cas échéant à un avis urologique [52].

Les articles publiés montrent une position divergente des deux médias, que sont Prescrire® et Le quotidien du médecin®, concernant le dosage du PSA dans le dépistage du cancer de la prostate. Nous constatons ainsi que l'information reçue par leurs lecteurs respectifs est donc différente sur le sujet.

2.3.3 Les glitazones.

L'année 2000 est l'année de l'autorisation de mise sur le marché des glitazones, dans le cadre du traitement du diabète de type 2, en juillet pour la rosiglitazone, et en octobre pour la pioglitazone [53] [54]. Elles seront retirées du marché en septembre 2010 pour la rosiglitazone, et juin 2011 pour la pioglitazone [55] [56]. Durant cette dizaine d'années, les publications sur cette classe thérapeutique dans Prescrire® et Le quotidien du médecin® sont régulières.

La revue Prescrire® ne va cesser de déconseiller fortement les glitazones à ses lecteurs, affirmant que leur efficacité est mal établie, et dénonçant de nombreux effets indésirables. Ainsi dès 2002, un écrit réfute leur place dans le traitement du diabète de type 2 suite à des essais cliniques selon eux insuffisants, et une liste de multiples effets indésirables (insuffisance cardiaque, œdèmes, anémie par hémodilution...) [57]. Durant les années 2003 et 2004, le journal s'inquiète de l'assouplissement des conditions de prescriptions des glitazones [58] [59], et en 2005, les articles publiés dénoncent leur utilisation en monothérapie [60] et le manque d'évaluation de ces traitements [61]. L'année 2006 consacre deux articles aux effets indésirables des glitazones, concluant par exemple en disant que « *le plus sûr étant de ne pas utiliser de glitazone* » [62] [63]. Jusqu'au retrait de ces médicaments, les articles de la revue Prescrire® se succèdent, en 2007 ces thérapeutiques sont toujours « à éviter » pour la rédaction [64], des fractures [65] et des cancers (de la vessie et autres) imputables aux glitazones sont évoqués [66]. En juin 2009, le magazine traite de la baisse du taux de remboursement de la rosiglitazone, mais dénonce une demi-mesure [67] et se satisfait du retrait de l'autorisation de mise sur le marché en 2010 [68] comme pour celle en 2011 de la pioglitazone, rappelant la nécessité de mieux évaluer les

traitements avant leur commercialisation [69].

Le quotidien du médecin® publie en 2002 un article consacré à la rosiglitazone, récemment mise sur le marché, en mentionnant le fait que les diabétiques sont pris en charge de façon insuffisante, et cite des études favorables à cette molécule, en ne cachant pas les effets indésirables possibles [70], et un nouvel article le lendemain, parlant d'un « *traitement de référence aux Etats-Unis* » [71]. En 2003, plusieurs numéros du quotidien traitent des glitazones, relevant leur mécanisme d'action innovant [72], leur apport dans la prise en charge du diabète [73], mais aussi, en septembre, la cardio-protection qu'apporteraient les glitazones au delà de leurs effets sur le métabolisme glucidique [74], en concluant que « *l'ère des glitazones commence* ». En 2004 le journal publie un article consacré aux arrivées des associations glitazone-metformine en confirmant l'effet favorable à long terme de ces traitements [75]. Courant 2005, le quotidien relaie l'étude « *PROactive* », titrant sur la diminution du risque de récurrence d'infarctus grâce à la pioglitazone, parlant, en citant l'étude, d'un traitement bien toléré, aucun effet indésirable inattendu [76]. Les années suivantes sont consacrées au commentaire des études, principalement « *PROactive* » (mais aussi « *DREA* », « *Adopt* », « *QUARTET* »), relatant l'efficacité de ces molécules malgré une possible prise de poids, et la diminution du risque de récurrence d'infarctus du myocarde comme vu précédemment [77], parlant des associations comme le Competact®, comme des associations « *logiques et simples à prescrire* », avec une pertinence démontrée [78]. Fin 2007, le quotidien publie de nouveau sur le bénéfice cardio-vasculaire confirmé de la pioglitazone, parlant d'une réduction de 20% du risque d'AVC, de diminution des triglycérides avec augmentation du HDL-Cholestérol, et cite le risque d'insuffisance cardiaque en disant cependant qu'il n'y a pas d'augmentation de la mortalité sous pioglitazone [79]. Si les années suivantes, les articles traitent moins spécifiquement de cette classe thérapeutique, les conseils de recourir aux glitazones si besoin sont toujours de mise [80], et en novembre 2010, soit quelques mois avant son retrait du marché, le journal situe la pioglitazone comme une option thérapeutique en cas de nécessité de bithérapie chez un diabétique [81].

Il apparaît donc assez clairement que les lecteurs respectifs du quotidien du médecin® et de Prescrire® ont reçu via leurs lectures une information sensiblement différente concernant les glitazones durant les années de leurs commercialisations, et sur la place à leur réserver dans le traitement des diabétiques de type 2.

2.3.4. Les inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4 (DPP-4).

C'est en 2007 que sont mises sur le marché français les inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase (inhibiteurs de la DDP-4), ou gliptines, en tant qu'antidiabétiques oraux.

Concernant Prescrire®, la bibliographie ressemble à celle concernant les glitazones. Dès la fin de

l'année 2007, la revue émet des doutes sur l'efficacité et les risques de la sitagliptine, recommandant d'en rester aux traitements de référence [82]. Depuis, à raison de plusieurs articles par an, le magazine va publier de nombreuses mises en garde sur les effets indésirables de ces molécules, allergies graves (hypersensibilités, allergies cutanées, anaphylaxies) en 2008 [83], pancréatites en 2009 [84], interactions médicamenteuses en 2010 à la sortie de la saxagliptine [85], et même cancers du pancréas en 2011 [86] rappelant à chaque article leur conseil de rester à l'écart de ces thérapeutiques pour soigner les patients diabétiques. En février 2013, suite au changement de libellé des gliptines les rendant autorisées chez les patients en insuffisance rénale modérée ou sévère, Prescrire® recommande encore de les éviter, jugeant toujours le rapport bénéfices-risques défavorable [87]. Depuis ces années, et toujours en 2015, les gliptines sont sur la liste Prescrire® des médicaments à éviter, compte tenu de leur « *efficacité clinique non démontrée [...] et un profil d'effets indésirables chargé* » [88].

Le quotidien du médecin® a lui aussi publié de nombreux articles sur cette classe médicamenteuse, depuis 2007. Ainsi en septembre 2007, une publication traite de la vildagliptine citant une étude américaine prouvant son efficacité et sa bonne tolérance dans la prise en charge des diabétiques, en monothérapie comme en complément des autres traitements disponibles [89]. Dans un article cependant publié en octobre 2007, l'auteur voit dans les gliptines de réelles avancées thérapeutiques, mais compare leur prix au bénéfice non encore démontré [90], mais le même mois sont publiés d'autres avis, ventant l'efficacité de la sitagliptine et sa complémentarité d'action avec la metformine [91] [92]. En 2008 et 2009, différentes publications traitent des gliptines, relayant leur efficacité sur le contrôle glycémique, leur place dans la prise en charge des patients diabétiques avec la réduction durable de l'HbA1c, et comme étant une nouvelle option pour le contrôle optimal de la glycémie [93] [94] [95]. En 2011, l'auteur d'un article sur la stratégie thérapeutique dans le diabète de type 2 cite les effets indésirables potentiellement induits par les gliptines vus précédemment, et finit en parlant de « peu ou pas d'effets indésirables » même si la vigilance demeure, de principe [96]. En 2013, le quotidien publie sur les effets indésirables notamment les pancréatites imputées aux inhibiteurs de la DDP-4, les listant, puis concluant à leur très faible incidence, précisant que bien plus de décès de patients diabétiques surviennent suite à des hypoglycémies sévères que suite à ces effets indésirables [97]. Fin 2014, dans un écrit concernant l'insuffisance rénale chronique et les antidiabétiques, le journal parle de plusieurs études montrant que les gliptines peuvent être utilisées « en toute sécurité » chez les patients insuffisants rénaux, en adaptant les posologies [98].

Depuis leur mise sur le marché en 2007 et le moment où ces lignes sont écrites, les inhibiteurs de la DDP-4 ont donc fait l'objet de beaucoup de publications de la part des deux médias que sont Prescrire® et Le quotidien du médecin®, Prescrire® les déconseillant vivement à ses lecteurs, le quotidien du médecin® les présentant comme une alternative thérapeutique dans la prise en charge des diabétiques.

2.3.5. Les oestro-progestatifs de 3^{ème} et 4^{ème} générations.

Les contraceptifs oraux de 3^{ème} génération, nommés usuellement pilules de 3^{ème} génération, sont apparus initialement en 1984 sur le marché français, mais c'est dans les années 1990 puis 2000 qu'ils se démocratisent. Sont considérés de 3^{ème} génération les oestro-progestatifs qui contiennent comme progestatif du désogestrel, du gestodène ou du norgestimate. Les 4^{ème} génération, notamment la drospirénone, sont arrivés sur le marché en 2001.

Il faut noter que suite à de médiatiques plaintes concernant la survenue d'effets indésirables graves potentiellement attribués à ces contraceptifs, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a rappelé en 2013 la recommandation qui prévalait déjà auparavant, à savoir que les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations doivent être l'exception, et non la règle, les 1^{ère} et 2^{ème} générations restant à privilégier. Leurs ventes ont alors baissé de façon importante, passant de 50 à 25% des contraceptifs oraux.

C'est dans le milieu des années 1990 que les publications de Prescrire® vont commencer à cibler les contraceptifs de 3^{ème} génération. En 1995, la revue juge l'amélioration du bénéfice non convaincante par rapport aux « anciennes » générations, et pose la question des risques éventuels [99]. En mars 1998, dans un conséquent dossier sur la contraception orale, la conclusion du journal est qu'il n'y a pas d'intérêt à user de ces contraceptifs de 3^{ème} génération, et évoque le risque accru de thrombose veineuse profonde [100]. En novembre 2001, la revue confirme les cas particulier de thrombose veineuse profonde sous contraceptif de 3^{ème} génération [101], en 2002 avec l'apparition de la drospirénone, la revue rappelle que la référence reste la contraception orale des précédentes générations, jugeant trop peu évaluée cette molécule [102]. Il en va de même régulièrement, comme en octobre 2005, l'association éthinyloestradiol + norgestimate n'apportant rien de nouveau selon le journal, les conseils précédents demeurent [103]. En janvier 2007, la revue met en exergue les risques d'effets indésirables avec la drospirénone, rappelant qu'il s'agit d'un dérivé de l'aldactone, et déconseille l'utilisation de ces contraceptifs une nouvelle fois [104] et réitère ces indications en octobre 2008 [105]. Dans un dossier sur la prévention des grossesses non désirées en 2009, Prescrire® fait l'inventaire de tous les contraceptifs, et liste tous les effets indésirables des oestro-progestatifs en précisant le risque accru de thrombose veineuse profonde avec les 3^{ème} générations [106], comme dans un article publié en novembre 2009 [107]. L'année 2010 voit le nombre de contraceptifs oraux de 3^{ème} génération remboursés augmenter, et un article est alors publié dénonçant le surcroît de risques thromboemboliques et l'absence d'avantage démontré [108], et en 2012 suite à l'annonce du proche déremboursement par la Sécurité Sociale de ces traitements, le magazine indique aux lecteurs d'encourager les femmes à se passer de ces médicaments pour retourner vers des contraceptifs hormonaux de référence, ou un autre mode de contraception [109]. A la fin de cette année, les contraceptifs de 3^{ème} et 4^{ème} générations sont des options à éviter pour le magazine [110]. Il en est de même l'année suivante, avec l'affirmation du risque majoré de thrombose sous drospirénone par rapport au lévonorgestrel (2^{ème} génération) [111], puis en 2014 dans une fiche infos-patients titrée « *choisir*

une pilule oestro-progestative », la revue prend position pour les « anciennes générations », présentant les plus faibles risques, et étant désormais les seules à bénéficier du remboursement par la sécurité sociale [112].

Les articles parus dans Le quotidien du médecin® se retrouvent surtout dans les années 2000. En 2001, le journal traite d'une étude de 1995 sur l'augmentation des risques des contraceptifs de 3^{ème} génération mais en relevant la possibilité de biais, et se veut rassurant sur toutes les générations de pilules [113]. En septembre 2002, il met en exergue le très faible risque d'infarctus des pilules de 3^{ème} génération [114]. Cette même année, suite à la commercialisation de la drospirénone, plusieurs articles y sont consacrés, la présentant comme efficace, très bien tolérée, et citant sa particularité de lutter contre la rétention hydro-sodée comme bénéfique, et induisant une meilleure acceptabilité de la part des femmes redoutant une éventuelle prise de poids engendrée par la contraception orale [115] [116]. En 2003, traitant du choix de la contraception, le quotidien note que la « *polémique* » autour des pilules de 3^{ème} génération est « *calmée* », vante le bénéfice de ces dernières en matière de diminution d'incidents artériels, et conseille la drospirénone pour les femmes qui ont tendance à faire de la rétention hydro-sodée sous pilule [117]. En 2006, un article entier consacré à la drospirénone liste tous les effets bénéfiques de cette molécule, et la satisfaction des utilisatrices, les précautions d'emploi étant les mêmes que tous les oestro-progestatifs [118]. En 2013, le journal publie une interview d'une gynécologue pour « *clarifier la place des pilules de 3^e génération* » dans laquelle nous pouvons lire que les risques existent mais sont minimes et les mêmes qu'avec toutes les générations, mais que ces dernières semblent mieux tolérées, limitent la prise de poids ou améliorent l'observance [119]. En mars 2013, 2 publications traitent du risque faible d'accident thromboembolique des contraceptifs de 3^{ème} et 4^{ème} génération, voire d'une remise en cause de ces risques [120] [121]. Fin 2013, le quotidien publie un article relayant un avis favorable aux contraceptifs de 3^{ème} et 4^{ème} générations, retrouvant peu de différences entre les pilules, les risques thromboemboliques étant les mêmes avec tous les contraceptifs oraux [122]. En mars 2014, le quotidien publie sur la balance bénéfices-risques favorable des contraceptions hormonales, sans réelle distinction [123].

Sans jamais manquer de rappeler les précautions d'emploi ou les risques, Le quotidien du médecin® présente peu de différences à ses lecteurs entre les générations de contraceptifs. La revue Prescrire® se montre très méfiante à l'égard des 3^{ème} et 4^{ème} générations, les déconseillant à ses lecteurs régulièrement depuis de nombreuses années.

2.3.6. Les inhibiteurs COX-2 sélectifs

Les inhibiteurs COX-2 sélectifs, dits « *coxibs* », sont des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qui ont été mis sur le marché en 1999. Ils sont l'objet de controverses, concernant leurs effets indésirables qui seraient moindres ou plus nombreux selon les points de vue.

A noter que le rofécoxib a été retiré du marché en 2004 suite à un risque accru d'infarctus du myocarde.

La position de Prescrire® est ancienne et invariable. Dès 2000, les coxibs, rofécoxib et célécoxib, sont déconseillés aux lecteurs de la revue, citant différentes études qui réfutent leur efficacité accrue mais surtout la moindre importance d'effets indésirables gastro-intestinaux que revendiquent les laboratoires pharmaceutiques par rapport aux autres anti-inflammatoires, et s'interroge sur d'autres effets indésirables potentiels [124] [125]. Les années suivantes, de articles paraissent régulièrement pour dire que les coxibs n'apportent rien de nouveau en matière d'efficacité, les effets indésirables étant aussi sensiblement les mêmes que les autres médicaments de la classe, sauf dans le domaine cardiovasculaire où la revue leur prête une fréquence accrue [126] [127] [128]. En 2004, le message est clair pour Prescrire®, les coxibs ne sont pas plus efficaces et les effets indésirables non moindres, leur prix de vente nettement supérieur aux anciens anti-inflammatoire est injustifié [129]. En avril 2005, après donc le retrait du marché du rofécoxib pour de graves effets indésirables cardiovasculaires avec augmentation de la mortalité totale, le magazine s'interroge sur le maintien des autres coxibs sur le marché [130]. Ces rappels vont être fréquents dans les années suivantes. En 2007, alors que l'étoricoxib n'est pas (encore) commercialisé en France, la revue lui consacre un dossier, les conclusions étant toujours les mêmes et notifiées dans le titre « aucune douleur ne justifie un coxib » [131]. Craignant sa mise sur le marché malgré une balance bénéfices-risques défavorable, un article publié en 2009 place les soignants comme dernier rempart pour protéger les patients des dégâts potentiels des coxibs [132] et en avril 2010, avec un article nommé « Etoricoxib en vente, pas d'accord ! » la revue envoie un message clair à ses lecteurs [133]. En 2012, les coxibs sont « à bannir » pour Prescrire®, et en 2013, un bilan des effets indésirables de l'étoricoxib est publié, avec une conclusion marquante, jugeant sa présence sur le marché plus dangereuse qu'utile aux patients [134] [135]. Depuis plusieurs années et toujours en 2015, les coxibs sont sur la liste Prescrire® des médicaments à éviter [136].

A la sortie du rofécoxib en France en 2001, Le quotidien du médecin® lui attribue une excellente efficacité, avec une bonne tolérance, et une baisse des complications gastriques [137], et il en est de même avec le célécoxib, qui obtient alors le remboursement par la sécurité sociale [138]. En mars de cette même année, le journal publie le résultat de plusieurs études qui confirment la bonne tolérance digestive de cette molécule [139], et fait de même en juillet concernant le rofécoxib quand celui-ci est inscrit sur la liste des médicaments remboursables [140]. En septembre, quand une revue de la littérature américaine suggère que les coxibs pourraient augmenter le risque d'accident cardiovasculaire, le quotidien met en cause la méthode, disant que celle-ci ne permet pas de conclure à cette augmentation de risque [141], et deux mois après, est publié un article vantant la bonne tolérance digestive des patients sous coxib [142]. Durant les deux années suivantes, différentes publications confirment la bonne efficacité mais surtout la diminution des effets indésirables digestifs par rapport aux autres AINS, démontrée [143] [144].

En 2004, la notion de risque cardiovasculaire majoré apparaît, mais en juin, le magazine écrit sur les possibles bienfaits du célécoxib en cas de haut risque cardiovasculaire, qui serait doté « d'un effet favorable sur la protection endothéliale », et précise que les risques d'insuffisance cardiaque sont bien moindres que sous AINS anciens [145]. Après l'annonce du retrait du rofécoxib, le quotidien publie un article sur les « limites de l'effet classe », dans lequel il est donc expliqué qu'il ne serait pas raisonnable d'abandonner les coxibs restant sur le marché comme le célécoxib et ceux à venir, ces molécules n'ayant pas les effets indésirables du rofécoxib, voire des effets positifs, et cite de nouveau leur bonne efficacité et leur excellente tolérance digestive [146]. En 2005, le journal publie une métaanalyse américaine qui conclut que le célécoxib est aussi bien toléré que le paracétamol sur le plan digestif [147]. L'année suivante, le quotidien publie sur les risques cardiovasculaires des coxibs, comme étant les mêmes que les autres AINS, citant différentes études, notamment l'étude Cadeus, qui conclut en disant que « cette toxicité cardiovasculaire n'est pas retrouvée dans les conditions de vie réelle » [148]. En juillet 2008, le journal annonce l'autorisation future de mise sur le marché de l'étoricoxib, qui présente un rapport bénéfices-risques positif [149]. En 2011, deux articles font du célécoxib un outil préventif potentiel dans la prévention du cancer pulmonaire chez les ex-fumeurs [150] [151]. Enfin mi-2014, le quotidien relaie une étude du comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC) qui dit que le risque cardiovasculaire est le même entre la prise d'ibuprofène au long cours et celle de coxib [152].

Les lecteurs de la revue Prescrire® ont pu lire durant toutes ces années la méfiance de cette dernière envers les coxibs, ne leur accordant aucune efficacité supplémentaire pour des risques majorés par rapports aux autres AINS. En lisant le quotidien du médecin®, les coxibs apparaissent aussi efficaces des autres AINS, mais bénéficient d'une tolérance accrue sur le plan digestif.

3. Etude de l'influence de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes installés en Haute-Vienne.

3.1. Problématique et objectif.

Les médecins généralistes ont pour obligation morale vis-à-vis de leurs patients (article 11 du Code de Déontologie médicale [19]) mais aussi légale (Code de la santé publique [20]) d'actualiser leurs connaissances scientifiques.

C'est une spécificité primordiale de la profession, tant le nombre de spécialités médicamenteuses sur le marché est important, mais aussi tant la méfiance voire les doutes autour de ces dernières sont grandissants.

La presse médicale occupe une place centrale dans l'information à disposition des médecins généralistes, demeure une aide à leur formation continue, et ceux-ci lui accordent un grand crédit comme nous l'avons vu dans les études de l'IPSOS et de la Haute Autorité de Santé en 2009 en chapitre 2.1 [28] [29]. Cependant l'information médicale à leur disposition y est abondante, mais aussi très diverse.

Si de nombreux travaux ont étudié l'influence de la visite médicale sur les prescriptions des médecins, il existe très peu de données permettant d'évaluer une éventuelle influence de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes.

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'existence d'un lien entre les lectures médicales des médecins généralistes et leurs prescriptions, en comparant leurs habitudes sur des thèmes définis ayant divisé le monde médical et sa presse, et le « type » de lecture choisi par ces médecins généralistes.

3.2. Matériel et méthode.

3.2.1. Matériel / Population.

L'étude a concerné, selon les critères d'inclusion suivants :

- les médecins généralistes exerçant la médecine générale,
- installés en libéral,
- en Haute-Vienne (87).

Les critères d'exclusion ont donc été :

- médecins remplaçants
- médecins retraités.

L'étude a été exhaustive, la liste de recrutement a été établie selon le référencement de l'Annuaire des pages jaunes de Haute-Vienne 2014-2015. Elle a ciblé 376 médecins généralistes.

3.2.2. Méthode.

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle transversale.

L'étude se présentait sous la forme d'un questionnaire, anonyme, comportant dix-neuf questions (Annexe II).

L'ensemble des questions permettait de recueillir des données sociodémographiques sur la population répondante, de cibler les lectures médicales des répondants, et leurs comportements de prescripteurs dans des domaines définis.

Le mode de communication choisi était le courrier postal pour des raisons d'exhaustivité, de confort et de facilité pour les répondants. L'envoi, comprenant un courrier de présentation, le questionnaire ainsi qu'une enveloppe de réponse affranchie, est parti le vendredi 13 février 2015. Il n'y a eu aucune relance.

La période de recueil s'est étendue sur deux semaines pleines, du 14 au 28 février 2015.

3.2.3. Analyse statistique des résultats.

Le dépouillement des questionnaires a été réalisé manuellement.

L'ensemble des données a été saisi sous EXCEL, et l'analyse statistique a été faite à l'aide de la fonction « filtres » et de l'utilisation de tableaux croisés dynamiques d'EXCEL et du site internet « BiostaTGV » (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>).

L'analyse a consisté en des statistiques descriptives de l'ensemble de l'échantillon, puis comparatives entre les différents groupes étudiés : lecteurs ou non de la revue Prescrire® ou du quotidien du médecin®, prescripteurs ou non dans les domaines définis.

Les tests utilisés ont été le test d'indépendance du χ^2 pour la comparaison des nombres et pourcentages, avec un degré de significativité retenu de 5%, soit $p \leq 0.05$, ou le *test exact de Fisher* en cas de non-respect des conditions d'application du test du χ^2 (conditions d'applications : effectifs théoriques égaux ou supérieurs à 5).

Les résultats sont présentés en nombres avec les pourcentages selon la lecture ou non de Prescrire® et du quotidien du médecin®, ou moyennes.

3.3. Résultats.

Sur 376 sujets ciblés, 175 ont répondu, dont 2 refus et 3 « exclus ». Les refus étaient justifiés par la prise d'une « retraite récente ». Ont été exclus 2 questionnaires renvoyés vierges, et 1 ne comportant que des réponses inadaptées et hors de propos.

Avec 170 questionnaires exploitables, le **taux de réponse a donc été de 45.2%**.

3.3.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants.

- 63 femmes soit 37% et 107 hommes soit 63% ont répondu à l'étude.

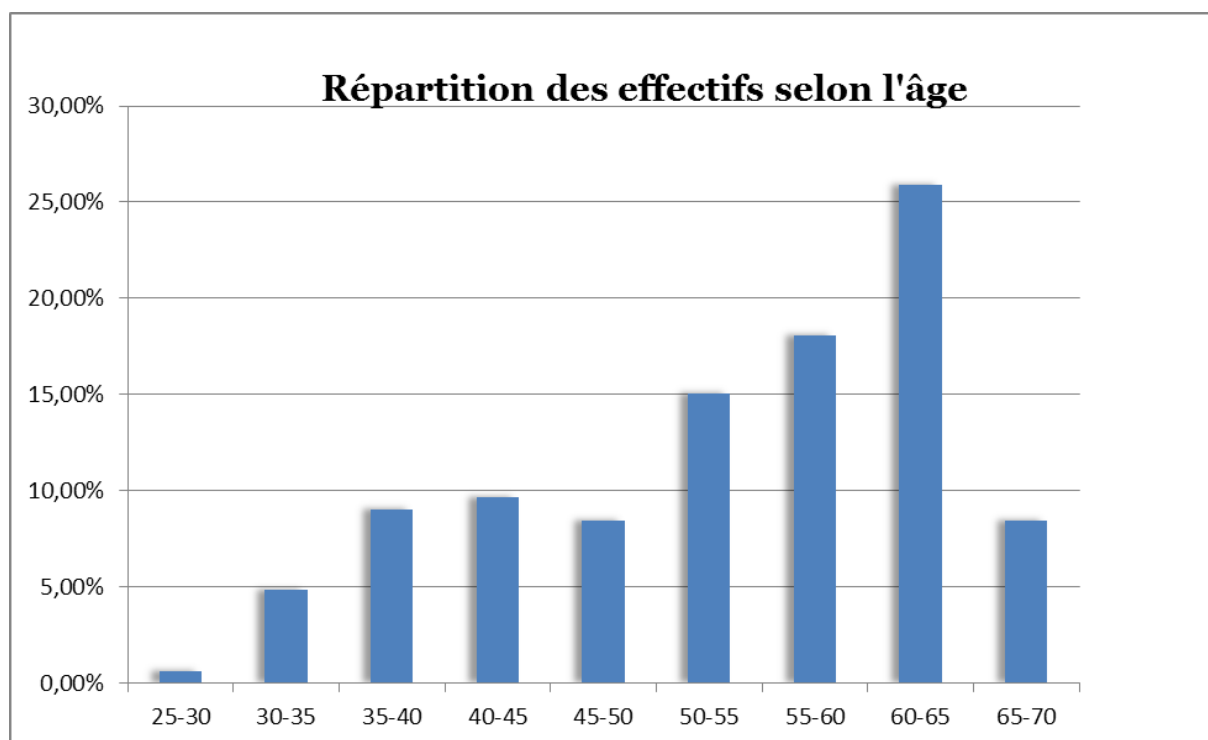
Tableau I: Répartition des effectifs selon le sexe.

Sexe	Effectifs	Proportions
Femme	63	37%
Homme	107	63%
Total	170	100%

- La moyenne d'âge des répondants est de 52.81 ans (écart-type 10.15) avec une médiane de 56 ans, le répondant le plus jeune ayant 28 ans, le plus âgé 70.

Tableau II & Figure I: Répartition des effectifs selon l'âge.

Moyenne d'âge	Écartype	Age minimum	Age maximum	Médiane
52,81	10,15	28	70	56



- Concernant l'ancienneté d'installation, 37 répondants sont installés depuis moins de 10 ans, 31 entre 10 et 20 ans, 48 entre 20 et 30 ans et 54 depuis plus de 30 ans, ce qui donne des proportions respectives de 22, 18, 28 et 32%

Tableau III: Répartition des effectifs selon le nombre d'années d'installation.

Installé(e) depuis	Effectifs	Proportions
Moins de 10 ans	37	22%
Entre 10 et 20 ans	31	18%
Entre 20 et 30 ans	48	28%
Plus de 30 ans	54	32%
Total	170	100%

- 42% des répondants exercent en ville contre 58% en campagne.

Tableau IV: Répartition des effectifs selon leur lieu d'exercice.

Lieu exercice	Effectifs	Proportions
Campagne	72	42%
Ville	98	58%
Total	170	100%

- Près de 90% des répondants travaillent entre 8 et 12 ½ journées par semaine, soit entre 4 et 6 jours sur 7, dont près de 50% entre 5 et 6 jours. A peine plus de 10% travaillent moins de 4 jours par semaine. En **moyenne** les répondants travaillent **4,5** jours par semaine.

Tableau V: Répartition des effectifs selon le nombre de ½ journées travaillées par semaine.

Nombre de 1/2 journées travaillées	Effectifs	Proportions
<4	4	2%
4-6	9	5%
6-8	6	4%
8-10	71	42%
10-12	80	47%
Total	170	100%

- 43 maitres de stage universitaire ont répondu à l'étude, soit 25% des effectifs des répondants.

Tableau VI: Répartition des effectifs selon le statut de « maitre de stage »

Maitre de stage universitaire	Effectifs	Proportions
Non	127	75%
Oui	43	25%
Total	170	100%

3.3.2. Habitudes des répondants en matière de presse médicale.

- La grande majorité (72%) des répondants se sent bien informée concernant l'information médicale, contre 26% se disant mal informé. Aucun ne s'est dit très mal informé, et seulement 6 très bien informés.

Tableau VII: Répartition des effectifs selon le ressenti concernant l'information médicale.

Concernant l'information médicale, se sent	Effectifs	Proportions
Très bien informé	6	2%
Bien informé	132	72%
Mal informé	32	26%
Très mal informé	0	0%
Total	170	100%

- 20 médecins (12%) ont dit ne jamais lire de presse médicale, 53 (31%) lisent mensuellement, 79 (46%) de façon hebdomadaire et 18 (11%) quotidiennement.

Tableau VIII: Répartition des effectifs selon la fréquence de lecture de la presse médicale.

Fréquence des lectures médicales	Effectifs	Proportions
Jamais	20	12%
Mensuellement	53	31%
Hebdomadaire	79	46%
Quotidienne	18	11%
Total	170	100%

- En associant les fréquences des lectures médicales « ne lisent jamais » et « lisent mensuellement » en « lecteurs occasionnels », puis « lisent de façon hebdomadaire » et « lisent quotidiennement » en « lecteurs réguliers » ; en faisant de même avec le ressenti sur l'information médicale, regroupant « très bien informé » et « bien informé » puis « mal informé » et « très mal informé » ; il apparaît une différence significative entre le ressenti vis-à-vis de l'information médicale des effectifs des répondants selon leur fréquence de lecture. 49% des lecteurs « réguliers » se sentent bien voire très bien informés contre 32% de lecteurs « occasionnels ».

Tableau IX: Répartition des effectifs des répondants se sentant bien ou mal informés selon leur fréquence de lecture de la presse médicale.

	Se sent très bien et bien informé(e)	Se sent mal à très mal informé(e)
Lecteurs occasionnels	54 (32%)	19 (11%)
Lecteurs réguliers	84 (49%)	13 (8%)

$p < 0.05$ (Test du Chi²)

- 90% des répondants lisent la presse écrite, 58% la presse numérique (site internet, e-mails).

Tableaux X & XI: Répartition des effectifs selon le type de presse lue.

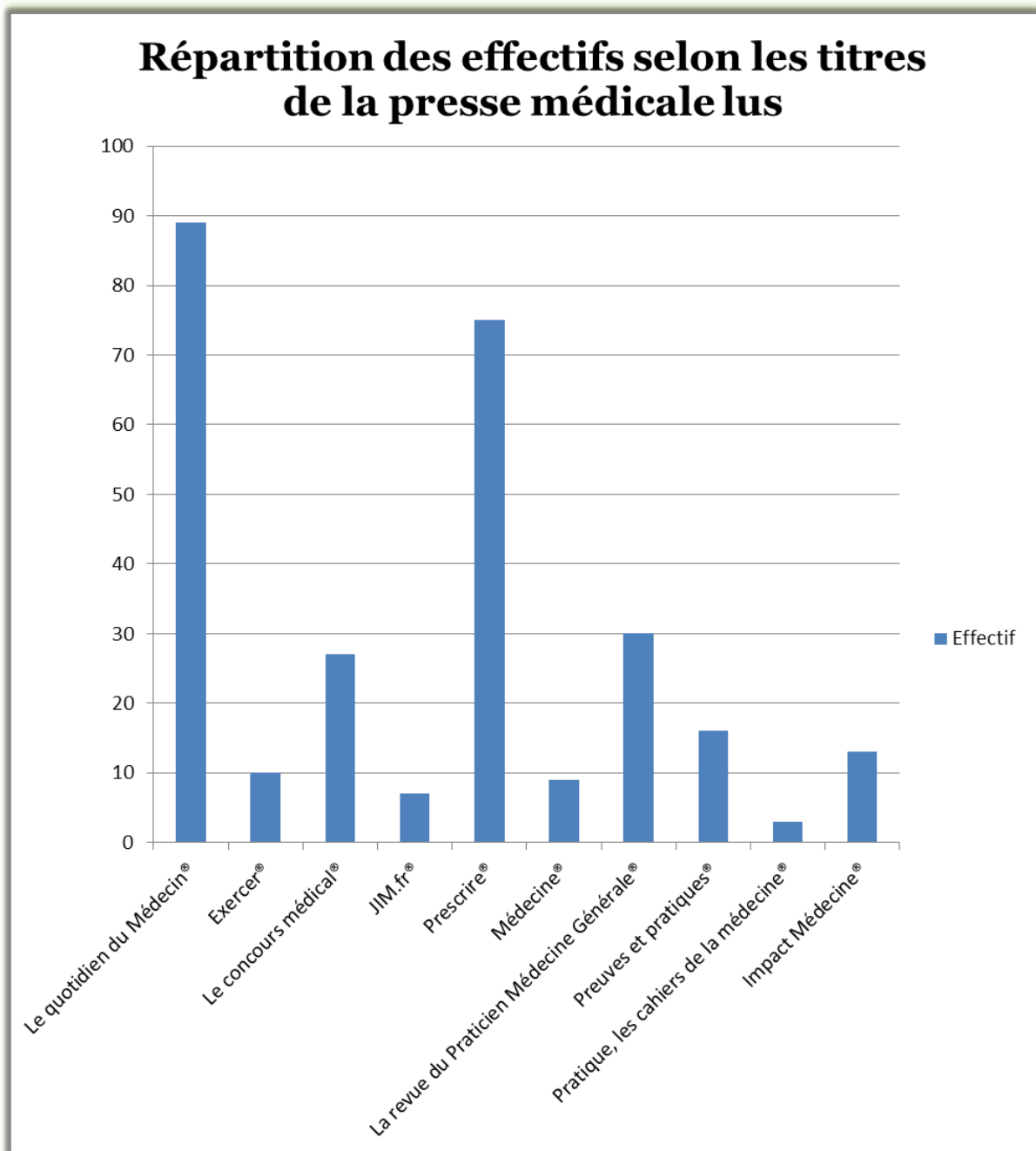
Lit la presse écrite	Effectifs	Proportions
Non	17	10%
Oui	153	90%
Total	170	100%

Lit la presse numérique (Internet, e-mails)	Effectifs	Proportions
Non	71	42%
Oui	99	58%
Total	170	100%

3.3.3. Représentation des titres de la presse médicale.

Deux titres de la presse médicale sont lus de façon très majoritaire par les médecins répondants, Le quotidien du médecin® avec 89 lecteurs répondants, et Prescrire® avec 75, soit respectivement 52 et 44% des répondants. La revue du praticien médecine générale® est citée dans 17,5% des réponses, Le concours médical® dans 16%. Aucun des autres titres ne dépassent les 9,5%

Figure II: Représentation des effectifs selon les titres de la presse médicale lus.



3.3.4. La prescription de Médiator®.

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des médecins ayant prescrit du Médiator® selon qu'ils étaient lecteurs ou non de la revue Prescrire®. Ainsi les lecteurs de Prescrire® ont significativement moins prescrit de Médiator® que les non lecteurs.

Tableau XII: Répartition des effectifs des prescripteurs de Médiator® selon la lecture ou non de Prescrire®.

	Non prescripteurs de Médiator®	Prescripteurs de Médiator®
Non lecteurs de Prescrire®	53 (55,8%)	42 (44,2%)
Lecteurs de Prescrire®	66 (88%)	9 (12%)

p<0.05 (Test du Chi²)

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des médecins ayant prescrit du Médiator® selon qu'ils étaient lecteurs ou non du quotidien du médecin®. Ainsi les lecteurs du quotidien du médecin® ont prescrit davantage de Médiator® que les non lecteurs.

Tableau XIII: Répartition des effectifs des prescripteurs de Médiator® selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.

	Non prescripteurs de Médiator®	Prescripteurs de Médiator®
Non lecteurs du quotidien du médecin®	70 (86,4%)	11 (13,6%)
Lecteurs du quotidien du médecin®	49 (55,1%)	40 (44,9%)

p<0.05 (Test du Chi²)

3.3.5. La prescription de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate.

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des prescripteurs de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate et la lecture ou non de Prescrire®, et ce même si la grande majorité des médecins répondants, indépendamment de toute lecture, prescrivent des PSA. Ainsi, les lecteurs de Prescrire® usent moins de cet examen complémentaire que les non lecteurs.

Tableau XIV: Répartition des effectifs des prescripteurs de PSA selon la lecture ou non de Prescrire®.

	Non prescripteurs de PSA	Prescripteurs de PSA
Non lecteurs de Prescrire®	5 (5,3%)	90 (94,7%)
Lecteurs de Prescrire®	17 (22,7%)	58 (77,3%)

$p < 0.05$ (Test du Chi²)

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des prescripteurs de PSA et la lecture ou non du quotidien du médecin®, ainsi les lecteurs du quotidien du médecin prescrivent davantage de PSA que les non lecteurs.

Tableau XV: Répartition des effectifs des prescripteurs de PSA selon la lecture ou non du quotidien du médecin.

	Non prescripteurs de PSA	Prescripteurs de PSA
Non lecteurs du quotidien du médecin®	18 (22,2%)	63 (77,8%)
Lecteurs du quotidien du médecin®	4 (4,5%)	85 (95,5%)

$p < 0.05$ (Test exact de Fisher)

3.3.6. La prescription de glitazones.

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des prescripteurs de glitazones et la lecture ou non de Prescrire®. Ainsi les lecteurs de la revue ont prescrit significativement moins de glitazones que les non lecteurs.

Tableau XVI: Répartition des effectifs des prescripteurs de glitazones selon la lecture ou non de Prescrire®.

	Non prescripteurs de glitazones	Prescripteurs de glitazones
Non lecteurs de Prescrire®	34 (35,8%)	61 (64,2%)
Lecteurs de Prescrire®	39 (52%)	36 (48%)

$p < 0.05$ (Test du Chi²)

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des prescripteurs de glitazones et la lecture ou non du quotidien du médecin. Les lecteurs du quotidien du médecin® ont prescrit davantage de glitazones que les non lecteurs.

Tableau XVII: Répartition des effectifs des prescripteurs de glitazones selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.

	Non prescripteurs de glitazones	Prescripteurs de glitazones
Non lecteurs du quotidien du médecin®	43 (53,1%)	38 (46,9%)
Lecteurs du quotidien du médecin®	30 (33,7%)	59 (66,3%)

$p < 0.05$ (Test du Chi²)

3.3.7. La prescription d'inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4 (DPP-4).

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4 et les lecteurs ou non de Prescrire®. Ainsi les lecteurs de Prescrire® utilisent moins d'inhibiteurs de la DPP-4 que les non lecteurs.

Tableau XVIII: Répartition des effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4 selon la lecture ou non de Prescrire®.

	Non prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4	Prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4
Non lecteurs de Prescrire®	10 (10,5%)	85 (89,5%)
Lecteurs de Prescrire®	28 (37,3%)	47 (62,7%)

$p < 0.05$ (Test du Chi²)

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4 selon que les répondants soient lecteurs ou non du quotidien du médecin®. Les lecteurs du quotidien utilisent davantage d'inhibiteurs de la DPP-4 que les non lecteurs.

Tableau XIX: Répartition des effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4 selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.

	Non prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4	Prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4
Non lecteurs du quotidien du médecin®	27 (33,3%)	54 (66,7%)
Lecteurs du quotidien du médecin®	11 (12,4%)	78 (87,6%)

$p < 0.05$ (Test du Chi²)

3.3.8. La prescription d'oestro-progestatifs de 3^{ème} et 4^{ème} générations.

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs prescrivant volontiers ou peu des oestro-progestatifs de 3^{ème} génération selon la lecture ou non de Prescrire®. Les lecteurs de Prescrire® utilisent significativement moins de pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations que les non lecteurs.

Tableau XX: Répartition des effectifs des prescripteurs prescrivant volontiers ou pas des oestro-progestatifs de 3^{ème} génération selon la lecture ou non de Prescrire®.

	Prescrivent volontiers des OP de 3 ^{ème} génération	Prescrivent peu ou pas d'OP de 3 ^{ème} génération
Non lecteurs de Prescrire®	69 (72,6%)	26 (27,4%)
Lecteurs de Prescrire®	27 (36%)	48 (64%)

p<0.05 (Test du Chi²)

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs prescrivant volontiers ou peu des oestro-progestatifs de 3^{ème} génération selon la lecture ou non du quotidien du médecin®. Les lecteurs du quotidien du médecin® utilisent significativement plus de ces contraceptifs que les non lecteurs.

Tableau XXI: Répartition des effectifs des prescripteurs prescrivant volontiers ou pas des oestro-progestatifs de 3^{ème} génération selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.

	Prescrivent volontiers des OP de 3 ^{ème} génération	Prescrivent peu ou pas d'OP de 3 ^{ème} génération
Non lecteurs du quotidien du médecin®	32 (39,5%)	49 (60,5%)
Lecteurs du quotidien du médecin®	64 (71,9%)	25 (28,1%)

p<0.05 (Test du Chi²)

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs ayant ou non diminué leurs prescriptions d'oestro-progestatifs de 3^{ème} générations depuis mars 2013 selon qu'ils soient lecteurs de Prescrire® ou non. Ainsi les lecteurs de Prescrire® ont significativement moins changé leur façon de prescrire les pilules de 3^{ème} génération que les non lecteurs.

Tableau XXII: Répartition des effectifs des prescripteurs ayant diminué ou non leurs prescriptions d'oestro-progestatifs de 3^{ème} génération selon la lecture ou non de Prescrire®.

	Ne prescrivent pas moins d'OP 3 ^{ème} génération depuis mars 2013	Prescrivent moins d'OP 3 ^{ème} génération depuis mars 2013
Non lecteurs de Prescrire®	33 (34,7%)	62 (65,3%)
Lecteurs de Prescrire®	51 (68%)	24 (32%)

p<0.05 (Test du Chi²)

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs ayant diminué ou non leurs prescriptions d'oestro-progestatifs de 3^{ème} générations depuis mars 2013 selon qu'ils soient lecteurs du quotidien du médecin® ou non. Ainsi les lecteurs du quotidien ont davantage diminué leurs prescriptions d'oestro-progestatifs de 3^{ème} génération que les non lecteurs.

Tableau XXIII: Répartition des effectifs des prescripteurs ayant diminué ou non leurs prescriptions d'oestro-progestatifs de 3^{ème} génération selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.

	Ne prescrivent pas moins d'OP 3 ^{ème} génération depuis mars 2013	Prescrivent moins d'OP 3 ^{ème} génération depuis mars 2013
Non lecteurs du quotidien du médecin®	49 (60,5%)	32 (39,5%)
Lecteurs du quotidien du médecin®	35 (39,3%)	54 (60,7%)

p<0.05 (Test du Chi²)

3.3.9. La prescription d'inhibiteurs COX-2 sélectifs.

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs selon qu'ils soient lecteurs ou non de Prescrire®. Les lecteurs de la revue Prescrire® prescrivent significativement moins de coxibs que les non lecteurs.

Tableau XXIV: Répartition des effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs selon la lecture ou non de Prescrire®.

	Non prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs	Prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs
Non lecteurs de Prescrire®	37 (38,95%)	58 (61,05%)
Lecteurs de Prescrire®	45 (60%)	30 (40%)

$p < 0.05$ (Test du Chi²)

- Il apparaît une différence statistiquement significative entre les effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs selon qu'ils soient lecteurs ou non du quotidien du médecin®. Ainsi les lecteurs du quotidien du médecin® prescrivent significativement plus de coxibs que les non lecteurs.

Tableau XXV: Répartition des effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.

	Non prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs	Prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs
Non lecteurs du quotidien du médecin®	51 (63%)	30 (37%)
Lecteurs du quotidien du médecin®	31 (34,8%)	58 (65,2%)

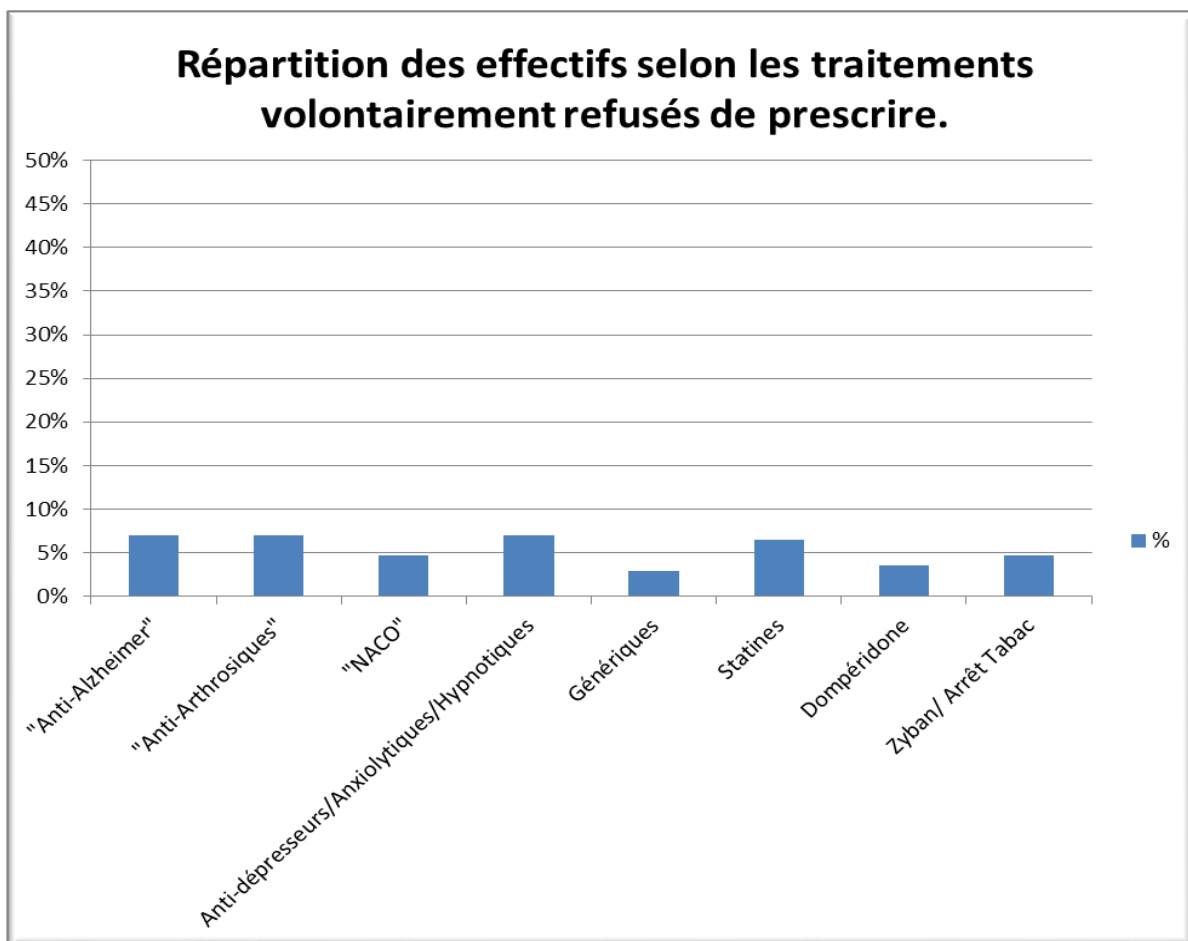
$p < 0.05$ (Test du Chi²)

3.3.10. Traitements volontairement refusés de prescrire.

La dernière question du questionnaire soumis se voulait ouverte, demandant aux sondés s'il y avait des traitements qu'ils refusaient volontairement de prescrire et si oui, lesquels.

Le taux de réponse a été faible à cette question (31%), les réponses ont été regroupées en 8 principales « familles » de traitements.

Figure III : Répartition des effectifs selon les traitements volontairement refusés de prescrire.



3.4. Discussion.

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence une éventuelle influence de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes de Haute-Vienne.

Le taux de réponse obtenu est donc de 45.2%.

La discussion proposée ci-dessous s'articulera autour de l'analyse des résultats, suivie d'une revue des travaux existants, en enfin des forces et faiblesses de cette étude.

3.4.1. Analyse de la population répondante.

Les répondants de l'étude ont 52.8 ans de moyenne d'âge, sont à 63% des hommes, sont 52% à avoir 55 ans ou plus et 27% 60 ans ou plus. Parmi les répondants de moins de 40 ans, 58.3% sont des femmes (Tableau II & Figure I).

D'après les données de l'Ordre national des médecins sur la démographie médicale en région limousin, on trouve en 2013 :

- en Haute-Vienne, une moyenne d'âge de 52 ans chez les médecins généralistes libéraux et mixtes, dont 26.5% sont âgés de 60 ans ou plus.
- en région Limousin, une moyenne d'âge de 53 ans, sont à 66% des hommes, et 56% des effectifs sont des femmes chez les moins de 40 ans.

D'après l'étude STATISS (statistiques et indicateurs de la santé et du social) de 2014 :

- en région Limousin, 908 médecins généralistes libéraux ou mixtes, dont 440 soit 48.4% ont 55 ans ou plus.

Les caractéristiques démographiques des répondants de l'étude sont donc proches de celles de la population étudiée, les résultats obtenus peuvent donc être généralisés à l'ensemble de la population ciblée, et par conséquent donnent à l'étude sa validité externe.

Concernant leurs habitudes de lectures, les répondants se sentent en majorité bien informés (Tableau VII) et lisent de façon très régulière (Tableau VIII), le fait de lire régulièrement permet de se sentir mieux informé (Tableau IX).

La presse écrite est lue par une très grande majorité des répondants (Tableau X), cependant plus de la moitié lit aussi la presse électronique (Tableau XI).

3.4.2. Synthèse des principaux résultats.

En préambule, rappelons qu'en statistique, est considérée l'existence du risque alpha, risque de première espèce, qui représente la probabilité de trouver une différence là où elle n'existe pas vraiment si ce n'est pas hasard, définie ici à 5% (p). Il conviendra donc de rester prudent.

Représentation des titres de la presse médicale.

Plus de la moitié des répondants lisent Le quotidien du médecin®, et plus de 40% lisent Prescrire® (Figure II). Ces chiffres sont comparables avec ceux du rapport de l'IGAS de 2007 cités dans la partie 2.2, et confirment la présence extrêmement dominante de ces deux médias chez les médecins généralistes. Cela rend pertinente la comparaison des habitudes de prescriptions de leurs lecteurs qui sont donc très majoritaires.

Etude de l'influence de la lecture de Prescrire®.

Dans les six domaines étudiés, et comme vu dans la partie 2.3, la revue Prescrire® a ou a toujours eu une position claire mettant en garde ses lecteurs ou déconseillant la prescription des traitements cités.

Il apparaît dans les six domaines, une différence significative entre les comportements de prescriptions des lecteurs et des non lecteurs de Prescrire®.

Ainsi, près de neuf lecteurs de Prescrire® sur 10 n'ont pas prescrit de Médiator®, contre moins de 60% des non lecteurs (Tableau XII).

Seulement 5,3% des non lecteurs n'utilisent pas le dosage de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate contre près de 23% des lecteurs de Prescrire® (Tableau XIV).

La moitié des lecteurs ne prescrivait pas de glitazones, alors qu'à peine plus d'un tiers des non lecteurs faisaient de même (Tableau XVI), et plus d'un tiers des lecteurs de la revue ne soignent pas leurs patients diabétiques à l'aide d'inhibiteurs de la DPP-4, contre seulement environ 1 sur 10 des non lecteurs (Tableau XVIII).

Concernant les pilules de 3^{ème} et 4^{ème} générations, 64% des lecteurs de Prescrire® sont peu voire non prescripteurs de ces molécules contre 27,4% des non lecteurs (Tableau XX), et donc logiquement, moins d'un tiers des lecteurs ont diminué leurs prescriptions de ces pilules (car ils en prescrivait déjà moins) contre près de deux tiers des non lecteurs (Tableau XXII) après le rappel des recommandations de mars 2013 par l'AFSSAPS.

Enfin, dans le domaine des inhibiteurs COX-2 sélectifs, les lecteurs sont 60% à ne pas en prescrire contre moins de 40% chez les non lecteurs (Tableau XXIV).

L'étude met donc en évidence une influence de la lecture de cette revue sur les prescriptions des médecins généralistes de Haute-Vienne la lisant, dans les domaines choisis.

Etude de l'influence de la lecture du quotidien du médecin®.

La recherche bibliographique de la partie 2.3 a montré que les lecteurs du quotidien du médecin® n'ont pas été prévenu très clairement des effets indésirables potentiels des thérapeutiques choisis

dans cette étude; même si les effets indésirables ont été cités, les bénéfices de ces traitements ont plus souvent été mis en avant par ce journal.

Comme pour Prescrire®, il apparaît dans les six domaines, une différence significative entre les comportements de prescriptions des lecteurs et des non lecteurs du quotidien du médecin®.

Ainsi, 55% des lecteurs du quotidien ne prescrivait pas de Médiator®, pour plus de 86% des non lecteurs (Tableau XIII). Dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, près d'un quart des non lecteurs du quotidien du médecin® ne les utilisent pas, alors que seulement 4,5% des lecteurs s'en passent (Tableau XV). Pour traiter leurs patients diabétiques, deux tiers des lecteurs leur prescrivait des glitazones pour moins de la moitié des non lecteurs (Tableau XVII), et seulement 12,4% n'utilisent pas d'inhibiteurs de la DPP-4 alors que ce taux monte à plus de 33% chez les non lecteurs (Tableau XIX). Concernant les contraceptifs oraux, plus de 7 lecteurs du quotidien sur 10 prescrivent volontiers des 3^{ème} et 4^{ème} générations, moins de 4 sur 10 des non lecteurs le font (Tableau XXI), et par conséquent, suite au rappel des recommandations de mars 2013, plus de 60% des lecteurs du quotidien du médecin® prescrivent moins de ces molécules, pour à peine 40% des non lecteurs (Tableau XXIII). Enfin plus d'un tiers des lecteurs de ce média ne sont pas prescripteurs d'anti-inflammatoires inhibiteurs COX-2 sélectifs, alors que 63% des non lecteurs n'usent pas de ces spécialités pour traiter leurs patients (Tableau XXV).

L'étude met donc en évidence une influence de la lecture du quotidien du médecin® sur les prescriptions des médecins généralistes de Haute-Vienne le lisant, dans tous les domaines choisis.

3.4.3. Comparaison avec les données de la littérature.

La presse médicale, et notamment son indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique, a été régulièrement étudiée, mais contrairement à la visite médicale, peu de travaux ciblent l'influence que la lecture de cette presse pourrait avoir sur les prescriptions des médecins.

Dans la littérature, deux publications, principalement sur le poids de l'industrie pharmaceutique dans les prescriptions, ont été retrouvées, et traitent en partie de la presse et de son influence.

En 1996, Jean-Noël Kapferer publie une étude présentée lors d'un colloque, nommée « L'influence de la marque sur la prescription médicale » dans laquelle il met en évidence un lien significatif entre les produits les plus prescrits et leur présence dans la presse médicale, notamment dans les publicités [154]. Il explique ainsi que la presse médicale est essentielle dans l'image de marque du médicament et un soutien de sa réputation, favorisant sa diffusion.

En 2006, Adriane Fugh-Berman publie un article dans PLOS Médecine mentionnant le retour sur investissement de la publicité des laboratoires pharmaceutiques dans la presse médicale; 1 dollar investi dans la presse médicale rapporterait entre 2,2 et 6,9 dollars, ce qui tend à prouver que les prescriptions sont en faveur des produits vantés dans la presse [155].

3.4.4. Forces et faiblesses de l'étude.

La principale force de cette étude est la représentativité de l'échantillon. Le taux de réponse supérieur à 45% et les caractéristiques démographiques des répondants proches de celles de la population étudiée permettent de généraliser les résultats à l'ensemble de la population ciblée (médecins généralistes installés en libéral en Haute-Vienne) et par conséquent donnent à l'étude sa validité externe.

La puissance de l'étude en est une force, par la présence de différences statistiquement significatives dans tous les tests réalisés.

Une faiblesse de l'étude réside dans le biais du mode déclaratif. En effet rares sont les thérapeutiques strictement jamais prescrites, la réalité n'est pas si manichéenne, et l'appréciation des médecins sur le fait *de prescrire ou d'avoir prescrit volontiers* une molécule ou non n'est peut-être pas le reflet exact de la réalité, notamment pour les médicaments choisis ayant fait polémiques et qui sont retirés du marché, pour lesquelles la vision à postériori peut avoir faussé les réponses.

Enfin, la prescription médicale est un acte complexe, influencé par de nombreux autres paramètres et non uniquement par la lecture de la presse médicale, et l'étude ne permet pas de hiérarchiser l'influence de la presse étudiée parmi les autres domaines d'influence.

Conclusion

Il ne fait aucun doute que la presse médicale représente à la fois un des principaux vecteurs d'information pour les médecins, et une source d'actualisation des connaissances nécessaire à la bonne pratique de la médecine, participant alors à la formation continue des praticiens.

C'est un fait que les médecins généralistes lisent régulièrement la presse médicale, et qu'ils accordent beaucoup de crédit à ses publications.

Cette étude quantitative observationnelle transversale, menée auprès des médecins généralistes libéraux installés en Haute-Vienne, a permis de mettre en évidence une influence de la presse médicale lue par ces médecins et leurs prescriptions.

Que ce soit chez les lecteurs de Prescrire®, ou ceux du quotidien du médecin®, leurs prescriptions vont significativement majoritairement dans la même direction que la « ligne éditoriale » de la revue lue.

Or, comme pour la visite médicale, les médecins sous-estiment voire ignorent cette influence.

Ce travail prend alors tout son sens, à l'heure où la méfiance est grandissante envers les nouvelles thérapeutiques, et quand la question de l'indépendance de la presse, ou de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur cette dernière, qui n'est pas l'objet de ce travail, sont régulièrement posées.

Au vu de l'influence qu'elle a sur ses prescriptions et donc sur son activité même de praticien, le médecin généraliste se doit alors de choisir en conscience le type de presse médicale qu'il souhaite lire pour s'informer régulièrement et ainsi traiter ses patients de façon optimale.

Références bibliographiques.

- [1] Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. Rapport d'orientation. Site Web de la HAS – Haute Autorité de Santé [En ligne], avril 2011
Disponible sur Internet <<http://www.has-sante.fr>>.
- [2] LOUIS SIMONET M. La prescription thérapeutique : un acte sous influences. *Med Hyg* 1998;56:2073-2077.
- [3] ROSMAN S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. In BLOY G, SCHWEYER FX. *Singuliers Généralistes: Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presse de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2010. p. 117-131.
- [4] Avis sur le médicament, adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Site Web de la Sécurité Sociale [en ligne], juin 2006. Disponible sur Internet http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_060629.pdf.
- [5] Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc . Prescription médicamenteuse : un acte sous influences. *Médecine*. 2007;3(10):456-461. 10.1684/med.2007.0206.
- [6] LE FUR P, LE PAPE A, SERMET C. La prescription pharmaceutique des médecins libéraux en 1994. *CREDES : Questions d'économie de la santé* février 1998, n°6, 6 f.
- [7] MOUSQUES J, RENAUD T, SERMET C. La variabilité des pratiques médicales en médecine générale: le cas des hyperlipidémies. *CREDES : Biblio* n°1360 octobre 2001. 128 f.
- [8] Avis sur le médicament, adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Site Web de la Sécurité Sociale [en ligne], juin 2006. Disponible sur Internet http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_060629.pdf.
- [9] SALISBURY C, BOSANQUET N, WILKINSON E, BOSANQUET A, HASLER J. The implementation of evidence-based medicine in general practice prescribing. *Br J Gen Pract* 1998;48:1849-1851.
- [10] STEFFENSEN FH, SØRENSEN HT, OLESEN F. Diffusion of new drugs in Danish general practice. *Fam Pract* 1999;16(4):407-413.
- [11] AMAR E, PEREIRA C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *DREES : Études et Résultats* novembre 2005, n°440, 12 f.
- [12] MOUSQUES J, RENAUD T, SCEMAMA O. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite aiguë. *CREDES : Questions d'économie de la santé*, août 2003, n°70, 6 f.
- [13] DE SAINT-HARDOUIN G, GOLDGEWICHT M, KEMENY G, RUFAT P, PERRONE C. Evaluation de la pression des parents sur les médecins pour la prescription des antibiotiques dans les infections ORL de l'enfant en ville. *Med Mal Infect* 1997;27(spécial):372-378.
- [14] Code de la santé publique – Article L5122-1 Disponible sur Internet <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689929&dateTexte=&categorieLien=cid>

- [15] BRAS PL, RICORDEAU P, ROUSSILLE B, SAINTOYANT V. L'information des médecins généralistes sur le médicament. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, septembre 2007, 247 f. Rapport n°RM2007-136P.
- [16] SHAWN T. et al., Physicians, pharmaceutical sales representatives and the cost of prescribing. Arch. Fam. Med. Vol5, Avril 1996, p. 201-206.
- [17] AUVERAY L, HENSGEN F, SERMET C. La diffusion de l'innovation thérapeutique en médecine libérale : revue de la littérature et premiers résultats français. CREDES : Questions d'économie de la santé, Novembre 2003, n°73.
- [18] AVORN J, CHEN M, HARTLEY R. Scientific versus commercial sources of influence on the prescribing commercial behaviour of physicians. American journal of Medicine 73, juillet 1982 p.4-8.
- [19] Code de déontologie médicale - Article 11. p. 11 Edition Novembre 2012. Conseil national de l'Ordre des médecins. Disponible sur internet : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- [20] Code de la santé publique – Article 4127-11 Disponible sur internet <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025823844&categorieLien=id>
- [21] HERMANGE MT, PAYET AM. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les conditions de mise sur le marché et le suivi des médicaments. Sénat, Paris, juin 2006, n°382, 319 f.
- [22] D'AUTUME C, POSTEL-VINAY D. Mission relative à l'organisation juridique, administrative et financière de la formation continue des professions médicales et paramédicales. Paris : Inspection Générale des Affaires Sociales, janvier 2006, 116 f. Rapport n° 2006 002.
- [23] JACKSON T. Are you being duped ? BMJ 2001;322:1312 Disponible sur Internet <http://www.bmj.com/content/322/7297/1312.1>
- [24] VIDAL P. Impact des échanges confraternels sur le suivi du contrôle glycémique des malades diabétiques de type 2 en région Auvergne. Revue médicale de l'assurance maladie vol. 35 N°3. Juillet-Septembre 2004
- [25] MARCHAL. Mesure de l'efficacité d'une méthode d'accompagnement individuel des médecins généralistes dans leurs prescriptions d'antibiotiques. Revue de l'assurance maladie vol. 36 N°2. Avril-Juin 2005
- [26] Assurance maladie. Rapport d'activité 2013 p.15 Disponible sur Internet http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cnamts_RA_2013.pdf
- [27] STEPHAN M. Enquête IPSOS Santé sur l'information sur le médicament. Présentée aux « Rencontres de l'HAS » 2007. Disponible sur internet http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/tr24_m_stephan.pdf
- [28] IDTALEB L., BROCVIELLE A.L. IPSOS Santé pour l'HAS « Certification de la visite médicale » Mars 2009 Disponible sur Internet http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/enquete_has_ipsos_vm_032009.pdf

- [29] Haute Autorité de Santé. Bonnes pratiques et critères de qualité des revues et journaux de la presse médicale française. Mars 2013
- [30] Société Française de Rhumatologie. Adapter les méthodes de recherche au domaine médical. L'obsolescence rapide des données. Disponible sur Internet <http://www.rhumatologie.asso.fr/06-Trouver-web/Recherche/B2.asp>
- [31] Salmi LR, Collet JP. Dossier Série. Lecture critique des articles médicaux. Introduction. La Revue du Praticien. 1991
- [32] La revue Prescrire®. Médiateur, activité ou non. Octobre 1986. Tome 6 n°58 p.42
- [33] La revue Prescrire®. Benfluorex antidiabétique ? Mai 1997. Tome 17 n°173 p.326-328
- [34] La revue Prescrire®. Benfluorex pour quoi faire ? Décembre 1997. Tome 17 n° 179 p.807-809
- [35] La revue Prescrire®. Les amphétamines « cachées » : du sevrage tabagique au diabète. Octobre 2003. Tome23 n°243. P 678
- [36] La revue Prescrire®. Quelles Priorités ? Septembre 2005. Tome 25 n° 264 p.564 p.589
- [37] La revue Prescrire®. L'agence française des produits de santé est-elle avant tout au service des patients, ou au service des firmes pharmaceutiques ? Novembre 2005. Tome 25 n°266 p.794-795
- [38] La revue Prescrire®. Benfluorex : Hypertensions artérielles pulmonaires et troubles neuropsychologiques. Juin 2006. Tome 26 n° 273 p.427
- [39] La revue Prescrire®. Benfluorex et retrait d'indication : une demi-mesure lamentable. Janvier 2008. Tome 28 n°291 p.19
- [40] Haute Autorité de santé. Rapport d'orientation. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? Février 2012. Disponible sur Internet http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/rapport_dorientation_-_cancer_de_la_prostate_2012-04-03_16-39-9_898.pdf
- [41] La revue Prescrire. Dépister le cancer de la prostate ? Février 2006. Tome 26 n° 269. P.151
- [42] La revue Prescrire®. PSA et dépistage des cancers localisés de la prostate. Juin 2009 Tome 29 n° 308 p.437-442
- [43] La revue Prescrire®. Dépistage des cancers de la prostate par PSA. Mars 2012. Tome 32 n° 341. p.207-210
- [44] La revue Prescrire®. PSA et cancers de la prostate : trop de faux positifs. Novembre 2012. Tome 32 n°349. p.848
- [45] La revue Prescrire®. PSA et dépistage des cancers de la prostate. Octobre 2014. Infos-Patients Prescrire. www.prescrire.org
- [46] Le quotidien du médecin®. Doser le PSA diminue bien la mortalité. 19 mars 2009. n°8534.
- [47] Le quotidien du médecin®. Cancer de la prostate : le dépistage diminue le risque de mortalité. 25 mars 2009. n°8538
- [48] Le quotidien du médecin®. Maladies prostatiques. Agir avant qu'il ne soit trop tard. 15 septembre 2010. n° 8815
- [49] Le quotidien du médecin®. Dosages de PSA. Il faut mieux distribuer les prescriptions. 10

février 2011. n° 8904

[50] Le quotidien du médecin®. L'AFU réagit à l'avis de la HAS. « Pour les PSA, le dépistage individuel reste de mise ». 11 avril 2012. n° 9113

[51] Le quotidien du médecin®. Cancer de la prostate. Dépister ou ne pas dépister ? 27 juin 2013. n° 9254

[52] Le quotidien du médecin®. Plus que le dépistage précoce, le dépistage à bon escient. 20 novembre 2014. n° 9367

[53] Haute Autorité de Santé. Commission de transparence. Novembre 2010.

Disponible sur Internet

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/avandia_avandamet_-_ct-9105.pdf

[54] Commission des communautés européennes. Décision portant sur l'AMM de la pioglitazone. 13 octobre 2000. Disponible sur Internet http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2000/200010133837/dec_3837_fr.pdf

[55] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Suspension de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments contenant de la rosiglitazone (Avandia®, Avandamet®, Avaglim®) – Communiqué. 23/09/2010. Disponible sur Internet <http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Suspension-de-l-autorisation-de-mise-sur-le-marche-des-medicaments-contenant-de-la-rosiglitazone-Avandiamet-R-Avaglim-R-Communique>

[56] Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Suspension de l'utilisation en France des médicaments antidiabétiques contenant de la pioglitazone (Actos®, Competact®). 20/06/2011. Disponible sur Internet

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/2d510f04f60fa53421a89300cf4074a0.pdf

[57] La revue Prescrire®. Deux nouveaux antidiabétiques oraux trop peu évalués. Septembre 2002. Tome 22 n° 231. p.569-577

[58] La revue Prescrire®. Rosiglitazone : prescription moins encadrée. Avril 2003. Tome 23 n° 238. p.259

[59] La revue Prescrire®. Pioglitazone et rosiglitazone encore moins encadrées ! Décembre 2004. Tome 24 n°256. p.820

[60] La revue Prescrire®. En monothérapie de deuxième ligne : non justifiée par l'évaluation clinique. Mars 2005. Tome 25 n° 259. p175-179

[61] La revue Prescrire®. Glitazone et antidiabétique oral : des associations encore trop peu évaluées. Avril 2005. Tome 25 n° 260. p245-253

[62] La revue Prescrire®. Glitazones : quelle hépatotoxicité ? Avril 2006. Tome 26 n°271. p316

[63] La revue Prescrire®. Glitazones et œdèmes maculaires. Mai 2006. Tome 26 n°272. p343

[64] La revue Prescrire®. Associations à éviter. Mai 2007. Tome 27 n°283. p332

[65] La revue Prescrire®. Glitazones : fractures. Juillet 2007. Tome 27 n°285. p509

[66] La revue Prescrire®. Glitazones : cancers de la vessie et autres. Février 2007. Tome 27 n°280.

p108

[67] La revue Prescrire®. Rosiglitazone et baisse du taux de remboursement : une demi-mesure. Juin 2009. Tome 29 n°308. p428

[68] La revue Prescrire®. Rosiglitazone : vers une suspension d'AMM européenne, enfin ! Novembre 2010. Tome 30 n°325. p817

[69] La revue Prescrire®. Suspension de la pioglitazone (Actos®, Competact®) en France. Juin 2011. Disponible sur Internet <http://www.prescrire.org/fr/3/31/46989/0/NewsDetails.aspx>

[70] Le quotidien du médecin®. Une nouvelle classe d'antidiabétiques oraux inaugurée avec la rosiglitazone. 27 mai 2002. N°7133

[71] Le quotidien du médecin®. DNID : l'arrivée de la pioglitazone élargit le champ des possibilités thérapeutiques. 28 mai 2002. N°7134

[72] Le quotidien du médecin®. Les glitazones, une nouvelle classe d'antidiabétiques oraux. 5 janvier 2003. N°7245

[73] Le quotidien du médecin®. Le diabète de type 2 : la nouvelle épidémie. 24 avril 2003. N°7323

[74] Le quotidien du médecin®. Glitazones : au-delà du diabète la cardioprotection. 18 septembre 2003. N°7386

[75] Le quotidien du médecin®. Une association fixe dans le diabète de type 2. Le couple rosiglitazone-metformine. 2 septembre 2004. N°7582

[76] Le quotidien du médecin®. Les nouvelles données de l'étude PROactive. La pioglitazone diminue le risque de récurrence d'infarctus. 1 décembre 2005. N°7855

[77] Le quotidien du médecin®. Place des glitazones dans l'arsenal thérapeutique. Les enseignements des grands essais récents. 26 avril 2007. N°8156

[78] Le quotidien du médecin®. Une association et des indications élargies. La pioglitazone au centre de l'actualité. 26 avril 2007. N°8156

[79] Le quotidien du médecin®. Le bénéfice cardio-vasculaire de la pioglitazone se confirme. 23 septembre 2007. N°8221

[80] Le quotidien du médecin®. Intensifier le traitement dès que l'objectif n'est pas atteint. 26 juin 2008. N°8401

[81] Le quotidien du médecin®. Après la metformine? Quelle bithérapie proposer? 25 novembre 2010. N°8863

[82] La revue Prescrire®. Sitagliptine. Diabète de type 2 : peu efficace, et trop de risques mal cernés. Novembre 2007. Tome 27 n°289. p.805

[83] La revue Prescrire®. Sitagliptines : allergies graves. Décembre 2008. Tome 28 n°302. p.907

[84] La revue Prescrire®. Sitagliptine : trop de pancréatites. Décembre 2009. Tome 29 n°314. p.904

[85] La revue Prescrire®. Saxagliptine Aussi peu efficace que les autres gliptines et un potentiel élevé d'interactions médicamenteuses. Septembre 2010. Tome 30 n°323. p.646-651

[86] La revue Prescrire®. Exénatide, sitagliptine : pancréatites, cancers du pancréas. Juillet 2011. Tome 31 n°333. p.508

[87] La revue Prescrire®. Saxagliptine, sitagliptine et insuffisance rénale : à éviter, de toute façon.

Février 2013. Tome 33 n°352. p.105

[88] La revue Prescrire®. Bilan 2015 des médicaments à écarter. Diabétologie-Nutrition. Février 2015. Tome 35 n° 376. p.147

[89] Le quotidien du médecin®. Diabète et effet incrétine. La vildagliptine, de la théorie à la pratique. 11 septembre 2007. N°8213

[90] Le quotidien du médecin®. Une nouvelle classe d'antidiabétiques. Une place à définir dans le diabète de type 2. 10 octobre 2007. N°8234

[91] Le quotidien du médecin®. La sitagliptine tient ses promesses. 18 octobre 2007. N°8240

[92] Le quotidien du médecin®. Diabète de type 2. Metformine et sitagliptine apparaissent très complémentaires. 2 octobre 2007. N°8228

[93] Le quotidien du médecin®. Sitagliptine en association Une amélioration du contrôle glycémique. 2 octobre 2008. N°8432

[94] Le quotidien du médecin®. Diabète de type 2. Nouvelles stratégies thérapeutiques avec la sitagliptine. 24 septembre 2008. N°8426

[95] Le quotidien du médecin®. Diabète de type 2 et incrétines. Galvus et Eucreas lancés simultanément. 17 septembre 2009. N°8617

[96] Le quotidien du médecin®. Stratégie thérapeutique du diabète de type 2. Quel antidiabétique associer à la metformine? 24 novembre 2011. N°9047

[97] Le quotidien du médecin®. La sécurité pancréatique des incrétines. Un message « rassurant mais prudent » 16 décembre 2013. N°9289

[98] Le quotidien du médecin®. La diabétologie en médecine générale. Insuffisance rénale chronique : adapter les antidiabétiques. 27 novembre 2014. N°9369

[99] La revue Prescrire®. Contraceptifs à base de progestatifs dits de 3^{ème} génération. Décembre 1995. Tome 25 n°157. p.825

[100] La revue Prescrire®. Accidents cardiovasculaires de la contraception orale. Mars 1998. Tome 18 n°182. p.205-217

[101] La revue Prescrire®. Thromboses veineuses sous désogestrel et gestodène. Novembre 2001. Tome 21 n°222. p.754

[102] La revue Prescrire®. Une contraception orale avec un progestatif trop peu évalué. Juin 2002. Tome 22 n°229. p.410

[103] La revue Prescrire®. Contraception orale : une association de plus avec un progestatif trop peu évalué. Octobre 2005. Tome 25 n°265. p.645

[104] La revue Prescrire®. Ethinylestradiol + drospérinone comme contraceptif, un dosage de plus. Janvier 2007. Tome 27 n°279. p.19

[105] La revue Prescrire®. Ethinylestradiol + drospérinone comme contraceptif en prise continue : pas plus d'intérêt clinique. Octobre 2008. Tome 28 n°300. p.746

[106] La revue Prescrire®. Prévenir les grossesses non désirées. Juin 2009. Tome 29 n°308. p.447-450

[107] La revue Prescrire®. Varnoline Continu® remboursable : gare aux thromboses. Novembre 2009. Tome 29 n°313. p.816

- [108] La revue Prescrire®. Encore des contraceptifs oraux dits de « 3^{ème} génération » remboursables. Avril 2010. Tome 30 n°318. p.256
- [109] La revue Prescrire®. Contraceptifs oraux dits « de 3^{ème} génération » : déremboursement annoncé pour mi-2013. Décembre 2012. Tome 32 n°350. p.903-905
- [110] La revue Prescrire®. Contraception par oestroprogestatif. Idées-forces Prescrire® Décembre 2012 n° 350. p1-8
- [111] La revue Prescrire®. Drospérinone : plus de thromboses qu'avec le lévonorgestrel. Juillet 2013. Tome 33 n°357. p.514
- [112] La revue Prescrire®. Choisir une pilule oestro-progestative. Fiche Infos-Patients Prescrire®. Juin 2014. www.prescrire.org
- [113] Le quotidien du médecin®. Une évaluation rassurante de l'AFSSAPS sur le risque veineux et la pilule. 30 septembre 2001. N°6978
- [114] Le quotidien du médecin®. Le très faible risque d'infarctus des pilules de 3^e génération. 1 septembre 2002. N°7167
- [115] Le quotidien du médecin®. Jasmine : une pilule contraceptive qui s'oppose à la rétention hydrosodée. 2 juin 2002. N°7137
- [116] Le quotidien du médecin®. Drospirénone : le progestatif qui freine la rétention hydrosodée de l'éthinylestradiol. 6 mai 2002. N°7122
- [117] Le quotidien du médecin®. Numéro spécial : Femmes. La contraception à la carte. 6 mars 2003. N°7289
- [118] Le quotidien du médecin®. Contraception orale. Une pilule de troisième génération à la drospirénone. 11 octobre 2006. N°8028
- [119] Le quotidien du médecin®. En pratique, insister sur le rôle néfaste du tabac et de l'obésité Clarifier la place des pilules de 3^e génération. 7 janvier 2013. N°9207
- [120] Le quotidien du médecin®. Pilules de 3^e et 4^e génération. 1751 accidents thromboemboliques et 20 décès par an. 28 mars 2013. N°9230
- [121] Le quotidien du médecin®. Pilules de troisième et quatrième générations. Que dire à nos patientes ? 16 mai 2013. N°9242
- [122] Le quotidien du médecin®. L'Agence européenne rend un avis favorable aux pilules de 3^e et 4^e génération. 11 octobre 2013. www.Lequotidiendumedecin.fr
- [123] Le quotidien du médecin®. La balance bénéfiques/risques des contraceptions hormonales combinées reste favorable. 27 mars 2014. N°9313
- [124] La revue Prescrire®. Rofécoxib un antalgique ains décevant. Juillet/août 2000. Tome 20 n°208. p.483-488
- [125] La revue Prescrire®. Célécoxib et arthrose ou polyarthrite rhumatoïde aussi décevant que de rofécoxib. Décembre 2000. Tome 20 n°212. p.803-808
- [126] La revue Prescrire®. AINS et insuffisance cardiaque. Septembre 2001. Tome 21 n°220. p.596-597
- [127] La revue Prescrire®. Bilan des effets indésirables des coxibs notifiés en France. Octobre 2002. Tome 22 n°232. p.674

- [128] La revue Prescrire®. Rofécoxib et polyarthrite rhumatoïde. Nouvelle indication : pas mieux qu'un autre ains. Janvier 2003. Tome 23 n°235. p.11-13
- [129] La revue Prescrire®. Coxibs : remboursez ! Septembre 2004. Tome 24 n°253. p. 579
- [130] La revue Prescrire®. Coxibs, suite : demi-mesures et maintien dur le marché. Avril 2005. Tome 25 n°260. p.281
- [131] La revue Prescrire®. Etoricoxib Aucune douleur ne justifie un coxib. Septembre 2007. Tome 27 n°287. p.645-650
- [132] La revue Prescrire®. Etoricoxib en France : commercialisation en vue malgré une balance bénéfices-risques défavorable. Septembre 2009. Tome 29 n°311. p. 656-657
- [133] La revue Prescrire®. Etoricoxib en vente : pas d'accord ! Avril 2010. Tome 30 n°318. p.257
- [134] La revue Prescrire®. Coxibs : à bannir, sans attendre les autorités. Juin 2012. Tome 32 n°344. p.419
- [135] La revue Prescrire®. Etoricoxib : un bilan français des effets indésirables. Novembre 2013. Tome 33 n°361. p.831
- [136] La revue Prescrire®. Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2015. Février 2015. Tome 35 n°376. p.148
- [137] Le quotidien du médecin®. Vioxx : premier coxib approuvé en France. 3 janvier 2001. N°6828
- [138] Le quotidien du médecin®. Celebrex : le premier inhibiteur de la COX-2 remboursé en France. 3 janvier 2001. N°6828
- [139] Le quotidien du médecin®. Plusieurs études confirment la bonne tolérance digestive du célécoxib. 25 mars 2001. N°6884
- [140] Le quotidien du médecin®. Vioxx est désormais remboursé en France. 4 juillet 2001. N°6951
- [141] Le quotidien du médecin®. Coxibs et risque cardio-vasculaire : une publication ne fait pas une certitude. 3 septembre 2001. N°6959
- [142] Le quotidien du médecin®. Célécoxib : la bonne tolérance est montrée sur un grand nombre de patients. 20 novembre 2001. N°7014
- [143] Le quotidien du médecin®. Le bénéfice clinique des coxibs en rhumatologie. 11 avril 2002. N°7106
- [144] Le quotidien du médecin®. Rhumatismes inflammatoires : l'arsenal thérapeutique reste-t-il le même chez le sujet âgé ? 16 novembre 2003. N° 7426
- [145] Le quotidien du médecin®. Le célécoxib en cas de haut risque cardio-vasculaire. 30 juin 2004. N°7572
- [146] Le quotidien du médecin®. Tolérance cardio-vasculaire des coxibs. Les limites de l'effet classe. 19 octobre 2004. N°7615
- [147] Le quotidien du médecin®. Prescription de coxibs. Les recommandations américaines et européennes. 16 juin 2005. N°7773
- [148] Le quotidien du médecin®. Anti-inflammatoires non stéroïdiens. Une prescription sous recommandations. N°7912

- [149] Le quotidien du médecin®. Pathologies rhumatologiques. L'AMM d'un nouveau coxib attendue pour septembre. 23 juillet 2008. N°8406
- [150] Le quotidien du médecin®. Un espoir face au risque de cancer pulmonaire. Le célécoxib en prévention chez les ex-fumeurs. 7 juillet 2011. N°8994
- [151] Le quotidien du médecin®. Chez les ex-fumeurs. Le célécoxib testé en prévention du cancer du poumon. 16 décembre 2011. N°9060
- [152] Le quotidien du médecin®. L'ibuprofène à haute dose sous la loupe du PRAC. 16 juin 2014. www.Lequotidiendumédecin.fr
- [153] Sénat. Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur : « Mediator : évaluation et contrôle des médicaments ». 28 juin 2011. Disponible sur Internet <http://www.senat.fr/rap/r10-675-1/r10-675-11.pdf>
- [154] KAPFERER J.N. L'influence de la marque sur la prescription médicale. Etude présentée en colloque. Novembre 1996
- [155] FUGH-BERMAN A. Advertising in Medical Journals: Should Current Practices Change? Mai 2006. PLOS médecine. Disponible sur Internet <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030130>

Table des annexes.

Annexe I : Courrier de présentation envoyé aux médecins	60
Annexe II : Questionnaire adressé aux médecins	61

Annexe I : Courrier de présentation envoyé aux médecins.

Etienne LASSALLE
12 rue Eugène Jamot
87000 Limoges
06 61 34 22 00
etiennelassalle@gmail.com

Docteurs,

Chaque jour, vous prescrivez à vos patients les traitements médicamenteux nécessaires à leurs bons soins.

Et de plus en plus fréquemment, des avis, positifs ou négatifs, sont émis sur les nouveaux mais aussi les anciens médicaments à votre disposition, dans les recommandations officielles mais aussi dans la presse médicale, rendant toujours la prescription plus complexe.

Afin d'obtenir ma thèse en médecine générale, j'effectue une recherche afin de déterminer si la presse médicale est une aide à l'information que vous recevez et à la prescription de ces thérapeutiques.

L'étude se concentre sur les médecins généralistes exerçant en libéral en Haute-Vienne.

Pour ceci, je vous remercie grandement de remplir ce questionnaire qui devrait vous prendre environ 5 minutes, et de l'insérer dans l'enveloppe fenêtrée et timbrée pour le renvoyer.

Si les résultats de cette thèse vous intéressent, n'hésitez pas à me le faire savoir.

Bien confraternellement,

Etienne LASSALLE

Annexe II : Questionnaire adressé aux médecins.

Questionnaire pour la thèse de médecine générale sur la presse médicale

Etienne LASSALLE Faculté de Médecine de Limoges

Monsieur Etienne LASSALLE

12 rue Eugène Jamot

87000 LIMOGES

Question 1: Quel âge avez-vous :

Question 2: Etes-vous :

- Un homme
- Une femme

Question 3: Etes-vous médecin généraliste installé :

- En ville
- En campagne

Question 4: Etes-vous installé depuis :

- de 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Entre 20 et 30 ans
- Plus de 30 ans

Question 5: Combien de ½ journées travaillez-vous par semaine :

Question 6: Etes-vous Maître de Stage Universitaire (MSU) :

- Oui
- Non

Question 7: Concernant l'information médicale, vous sentez-vous :

- Très bien informé
- Bien informé
- Mal informé
- Très mal informé

Question 8: Concernant vos lectures médicales, lisez-vous :

- Jamais/Très rarement
- Mensuellement
- De façon hebdomadaire
- Quotidiennement

Question 9: Quel type de presse lisez-vous :

- Ecrite
- Electronique/Internet/E-mails

Question 10: Précisément, quelle presse lisez-vous sérieusement, ou êtes-vous abonné(e) à :

- Le quotidien du médecin
- Exercer, la revue française de la médecine générale
- Le Concours Médical
- JIM.fr (Journal International de Médecine)
- Prescrire
- Médecine
- La revue du praticien Médecine Générale
- Preuves et Pratiques
- Pratique, Les cahiers de la médecine
- Impact médecine

Question 11: Avant novembre 2009, prescriviez-vous librement du Médiator® à vos patients ?

- Oui
- Non

Question 12: Prescrivez-vous très volontiers un dosage de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate ?

- Oui
- Non

En juin 2011, l'AFSSAPS annonçait la suspension d'utilisation des pioglitazones (Actos®, Competact®, Avandia®, Avandamet®).

Question 13: Certains de vos patients diabétiques étaient-ils traités par pioglitazones que vous aviez prescrites ?

- Oui
- Non

Question 14: Prescrivez-vous volontiers à vos patients diabétiques des inhibiteurs de la DPP4 seules ou en association (Galvus®, Eucréas®, Onglyza®, Comboglyze®, Januvia® Janumet®, Xelevia®, Velmetia®) ?

- Oui
- Non

Début 2013, la médiatisation des « affaires » des contraceptifs de 3^{ème} génération a abouti en Mars 2013 à ce que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dise que:

« la pilule de 1ère et 2ème générations soit systématiquement privilégiée. L'usage des pilules de 3ème et 4ème générations doit être l'exception, et non pas la règle. »

Question 15: Etiez-vous au courant de cette nouvelle recommandation de Mars 2013 :

- Oui
- Non

Question 16: Cette recommandation a-t-elle modifié vos habitudes de prescription des OP :

- Oui
- Non

Question 17: Vous diriez :

- Que vous prescrivez moins d'OP de 3^{ème} génération
 - au profit des 1^{ères} et 2^{nde} ?
 - au profit d'autres méthodes contraceptives ?
- Que vous prescrivez les OP de 3^{ème} génération de la même façon
- Que vous ne prescriviez déjà pas ou très peu d'OP de 3^{ème} génération
 - au profit des 1^{ères} et 2^{nde} ?
 - au profit d'autres méthodes contraceptives ?

Question 18: Concernant les traitements anti-inflammatoires, vous arrivent-ils de prescrire des « coxibs » ou inhibiteurs COX-2 sélectifs (Celebrex®, Arcoxia®...) à vos patients?

- Oui
- Non

Question 19 « ouverte » : Y-a-t-il des médicaments que vous refusez volontairement de prescrire pour vos patients, si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

Table des tableaux & figures.

Tableau I: Répartition des effectifs selon le sexe.	31
Tableau II: Répartition des effectifs selon l'âge.	31
Tableau III: Répartition des effectifs selon le nombre d'années d'installation.	32
Tableau IV: Répartition des effectifs selon leur lieu d'exercice.	32
Tableau V: Répartition des effectifs selon le nombre de ½ journées travaillées par semaine. ...	32
Tableau VI: Répartition des effectifs selon le statut de « maitre de stage »	33
Tableau VII: Répartition des effectifs selon le ressenti concernant l'information médicale.	33
Tableau VIII: Répartition des effectifs selon la fréquence de lecture de la presse médicale.	34
Tableau IX: Répartition des effectifs des répondants se sentant bien ou mal informés selon leur fréquence de lecture de la presse médicale.	34
Tableaux X & XI: Répartition des effectifs selon le type de presse lue.	35
Tableau XII: Répartition des effectifs des prescripteurs de Médiator® selon la lecture ou non de Prescrire®.	37
Tableau XIII: Répartition des effectifs des prescripteurs de Médiator® selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.	37
Tableau XIV: Répartition des effectifs des prescripteurs de PSA selon la lecture ou non de Prescrire®.	38
Tableau XV: Répartition des effectifs des prescripteurs de PSA selon la lecture ou non du quotidien du médecin.	38
Tableau XVI: Répartition des effectifs des prescripteurs de glitazones selon la lecture ou non de Prescrire®.	39
Tableau XVII: Répartition des effectifs des prescripteurs de glitazones selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.	39
Tableau XVIII: Répartition des effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4 selon la lecture ou non de Prescrire®.	40
Tableau XIX: Répartition des effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs de la DPP-4 selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.	40
Tableau XX: Répartition des effectifs des prescripteurs prescrivant volontiers ou pas des oestro-progestatifs de 3 ^{ème} génération selon la lecture ou non de Prescrire®.	41
Tableau XXI: Répartition des effectifs des prescripteurs prescrivant volontiers ou pas des oestro-progestatifs de 3 ^{ème} génération selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.	41
Tableau XXII: Répartition des effectifs des prescripteurs ayant diminué ou non leurs prescriptions d'oestro-progestatifs de 3 ^{ème} génération selon la lecture ou non de Prescrire®.	42
Tableau XXIII: Répartition des effectifs des prescripteurs ayant diminué ou non leurs prescriptions d'oestro-progestatifs de 3 ^{ème} génération selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.	42
Tableau XXIV: Répartition des effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs selon la lecture ou non de Prescrire®.	43

Tableau XXV: Répartition des effectifs des prescripteurs d'inhibiteurs COX-2 sélectifs selon la lecture ou non du quotidien du médecin®.	43
Figure I: Répartition des effectifs selon l'âge.	31
Figure II: Représentation des effectifs selon les titres de la presse médicale lus.	36
Figure III : Répartition des effectifs selon les traitements volontairement refusés de prescrire.	44

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Influence de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes

Etude quantitative en Haute-Vienne

Résumé :

La presse médicale est à la fois une source d'information pour les médecins généralistes, et un des vecteurs de la formation continue nécessaire à l'actualisation de leurs connaissances.

Cette étude quantitative descriptive, menée grâce à un questionnaire adressé à tous les médecins généralistes libéraux installés en Haute-Vienne, a étudié l'influence de la lecture de la presse médicale sur leurs prescriptions.

Avec un taux de réponse de 45.2% et une population répondante aux caractéristiques sociodémographiques proches de celles de la population étudiée, l'étude obtient sa validité externe, ses résultats pouvant être généralisés à la population ciblée.

L'analyse statistique des résultats de l'enquête révèle une influence significative de la lecture de la presse médicale sur les prescriptions des médecins généralistes.

Dans toutes les situations examinées, prescription ou non de Médiator®, du dosage de PSA dans le dépistage du cancer de la prostate, de glitazones, d'inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4, de contraceptifs oraux de 3^{ème} et 4^{ème} générations et d'inhibiteurs COX-2 sélectifs, les prescriptions des médecins sont significativement majoritairement orientées dans la même direction que la « ligne éditoriale » des revues médicales qu'ils lisent.

En cette période de méfiance régulière envers les médicaments, notamment récents, et alors que la question de l'indépendance de la presse médicale vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique est régulièrement posée, il revient alors aux médecins généralistes de prendre conscience de l'influence de leurs lectures médicales sur la pratique de leur art et donc de les choisir en toute connaissance de cause.

Mots clés : INFLUENCE, PRESSE MEDICALE, PRESCRIPTION, MEDECINE GENERALE