



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# **Améliorer la pertinence de ses soins. Le raisonnement thérapeutique dans la démarche EBM**

Dr Meunier Pierre Yves et

Pr Rémy Boussageon

Collège Universitaire de Médecine Générale, Lyon



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de

**Toulouse**

3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

**AUCUN conflits d'intérêts**



# Contexte

- Une enquête de pratique récente montre que les internes de médecine générale comme les maîtres de stages des universités ne sont pas à l'aise avec les concepts concernant l'efficacité des médicaments (Médecine 2017).
- Pour pratiquer une médecine fondée sur les preuves, il est donc important d'expliquer ces concepts et de suivre un raisonnement thérapeutique (exercer 2020;167:406-16)
- A Lyon, nous mettons en place un curriculum sur la pertinence des soins, dont un enseignement porte sur la pertinence de la thérapeutique



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# Objectifs

- Fournir aux participants une méthode et un raisonnement permettant de justifier les prescriptions thérapeutiques sur les preuves (EBM)



Rémy Boussageon

Collège universitaire de médecine générale, UCBL et UMR 5558,  
Laboratoire de biométrie et de biologie évolutive, CNRS, Lyon-1, France.

[remy.boussageon2@wanadoo.fr](mailto:remy.boussageon2@wanadoo.fr)  
[exercer2020.167.406-16](http://exercer2020.167.406-16).

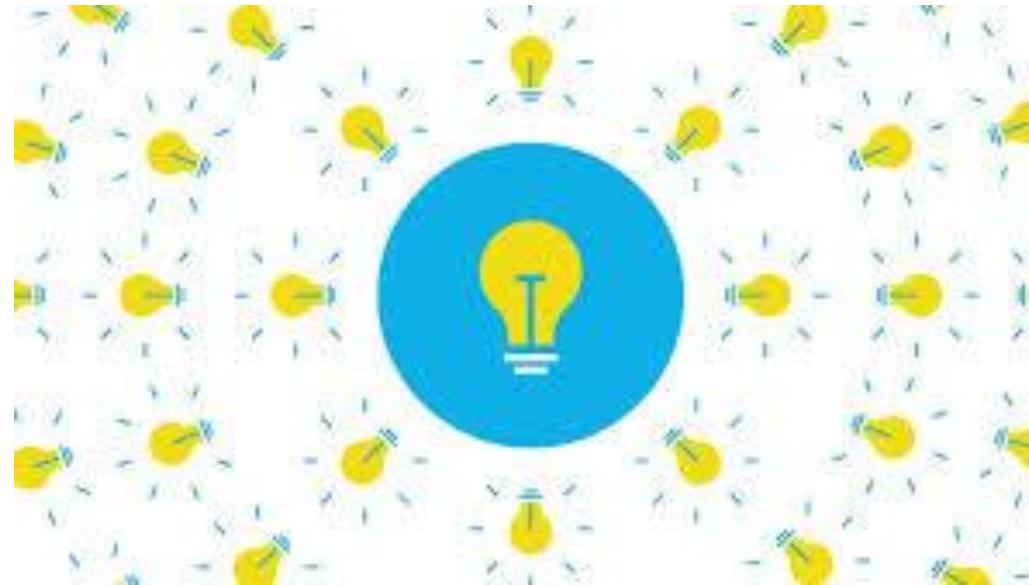
## Le raisonnement thérapeutique dans la démarche EBM

*Therapeutic reasoning in the EBM approach*



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# Recueil des concepts clés





MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# Le raisonnement thérapeutique EBM

- **Population** : adultes avec lombalgie aiguë commune.
- **Intervention** : traitement par tramadol.
- **Comparaison** : placebo ou avec les médicaments recommandés (AINS, paracétamol).
- **Outcome** : diminution de la douleur, retour à l'état antérieur,



# Le raisonnement thérapeutique EBM

- 1. *Y a-t-il une preuve solide (démonstration) de l'**effet** du traitement ?*
- 2. *Cet effet est-il cliniquement pertinent ? (Ce traitement est-il **efficace** ? Est-il **bénéfique** ?)*
- 3. *Est-il possible d'appliquer les résultats de l'ECR au patient rencontré en consultation ?*
- 4. *Quels sont les **risques** du traitement ? (Ce traitement a-t-il un **intérêt** ?)*
- 5. *Existe-t-il de meilleures alternatives ?*



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# *Preuve solide de l'effet du traitement ?*

- Distinguer action pharmacologique, effet, efficacité et intérêt (utilité)
- Une proposition est dite « prouvée » si elle est obtenue par une **méthode** reconnue et fait l'objet d'une croyance, au-delà de tout doute raisonnable
- La méthode reconnue = Essai Contrôlé Randomisée en double insu



# Preuve solide de l'effet du traitement ?

- Le but est d'éviter de traiter à tort ++
- La preuve d'un effet spécifique moyen est obtenue si le risque de Faux Positif est nul
  - Contrôle des biais (randomisation, triple insu, analyse en ITT même si données manquantes)
  - Contrôle de la multiplicité des tests statistiques : critères pré-spécifiées et analysés en tenant compte du risque alpha global (démarche « hypothesis testing »)
  - Si deux ECRs valident l'effet (principe de reproductibilité)
- En dehors, on ne peut pas parler de « preuve ». Risque de faux positifs +++



# *Preuve solide de l'effet du traitement ?*

- Si plusieurs ECR : revue systématique avec méta-analyse
- Doit porter sur les ECR à bas risque de biais
- La méta-analyse vérifie la cohérence (absence d'hétérogénéité)
- Recherche du biais de publication ++ (registre d'essai)



# *Preuve solide de l'effet du traitement ?*

- Metformine dans le DT2 : réduction des complications diabétiques ?
- Acetylleucine dans les vertiges : réduction de la fréquence des vertiges ? Ou amélioration des sensations vertigineuses ?
- Vitamine D dans les infections VAS : réduction de la fréquence des IVAS, de la durée ou de la sévérité des IVAS dont grippe ?
- Pholoroglucinol dans les dysménorrhées : réduction de la douleur pelvienne ?
- Corticoïdes dans la sinusite maxillaire : diminution des douleurs faciales ?
- Paracétamol, myorelaxants, opioides dans la lombalgie aiguë commune : diminution de la douleur ? Amélioration de la fonction ?
- Diclofenac topique dans la douleur par traumatisme musculaire : amélioration de la douleur ?
- Oseltamivir pour prévenir les hospitalisations dans la grippe ?
- PPC pour réduire le risque d'évènements CV et réduire la mortalité ?



# Preuve solide de l'effet du traitement ?

- Metformine dans le DT2 : réduction des complications diabétiques ?
- Acetylleucine dans les vertiges : réduction de la fréquence des vertiges ? Ou amélioration des sensations vertigineuses ?
- Vitamine D dans les infections VAS : réduction de la fréquence des IVAS, de la durée ou de la sévérité des IVAS dont grippe ?
- Pholoroglucinol dans les dysménorrhées : réduction de la douleur pelvienne ?
- Corticoïdes dans la sinusite maxillaire : diminution des douleurs faciales ?
- Paracétamol, myorelaxants, opioides dans la lombalgie aiguë commune : diminution de la douleur ? Amélioration de la fonction ?
- **Diclofenac topique dans la douleur par traumatisme musculaire : amélioration de la douleur ++**
- Oseltamivir pour prévenir les hospitalisations dans la grippe ?
- PPC pour réduire le risque d'évènements CV et réduire la mortalité ?



# Exemple : la PPC pour prévenir la mortalité

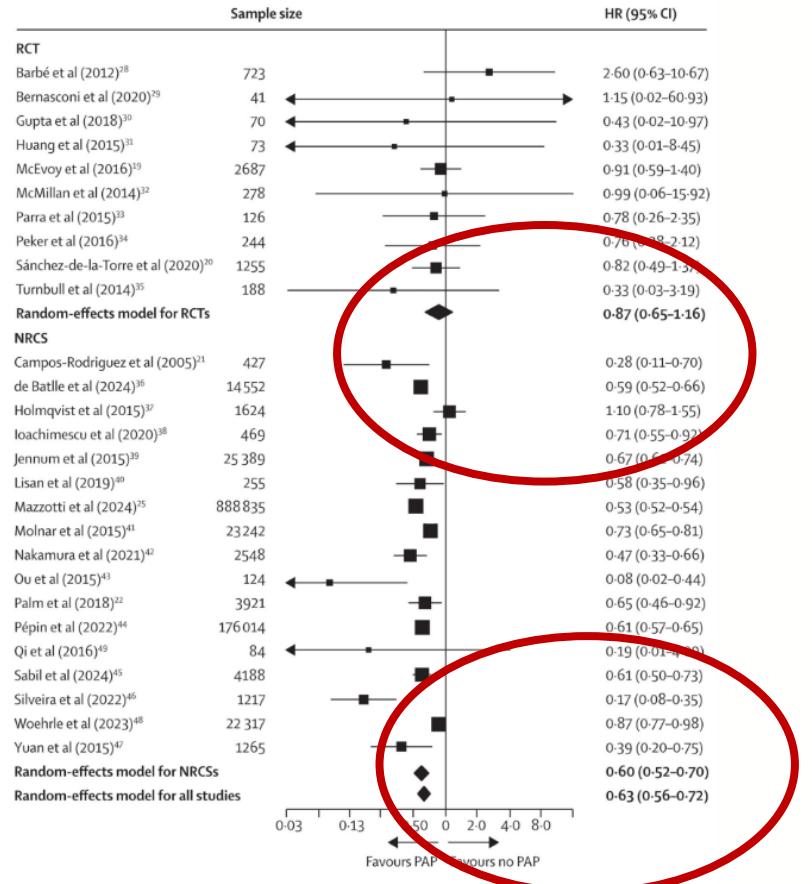


Figure 2: Forest plot showing the risk of all-cause death in the PAP vs no PAP therapy groups

THE LANCET  
Respiratory Medicine

ADVERTISEMENT

This journal Journals Publish Clinical Global health Multimedia Events About

ARTICLES · Volume 13, Issue 5, P403-413, May 2025

Download Full Issue

Positive airway pressure therapy and all-cause and cardiovascular mortality in people with obstructive sleep apnoea: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and confounder-adjusted, non-randomised controlled studies

Adam V Benjafield, PhD <sup>a</sup> · Prof Jean-Louis Pepin, MD <sup>b</sup> · Prof Peter A Cistulli, MD <sup>c,d</sup> · Alison Wimms, PhD <sup>a</sup> · Florent Lavergne, MSc <sup>e</sup> · Fatima H Sert Kuniyoshi, PhD <sup>f</sup> · et al. Show more

RCT : RR = 0,87 IC 95% (0,65 – 1,16) NS

Obs : RR = 0,60 IC 95 % ( 0,52 – 0,70 ) S

Total : RR = 0,63 IC 95% (0,56 – 0,72) S



# Les critères confirmatoires ++

- Un ECR est « confirmatoire » ou « exploratoire »
- « hypothesis testing » ou « hypothesis generating »
- Confirmatoire : Il teste une hypothèse et conclut sur cette hypothèse
- Pour cela il contrôle le risque alpha global (risque de FP)
- En gérant la multiplicité des tests statistiques :
  - Analyses multiples
  - Multiplicité des critères de jugements
  - Sous groupes



# Exemple PRAISE 1 et PRAISE 2

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

CURRENT ISSUE ▾ SPECIALTIES ▾ TOPICS ▾

ORIGINAL ARTICLE

f X in e

## Effect of Amlodipine on Morbidity and Mortality in Severe Chronic Heart Failure

Authors: Milton Packer, M.D., Christopher M. O'Connor, M.D., Jalal K. Ghali, M.D., Milton L. Pressler, M.D., Peter E. Carson, M.D., Robert N. Belkin, M.D., Alan B. Miller, M.D., for the Prospective Randomized Amlodipine Survival Evaluation Study Group\* [Author Info & Affiliations](#)

Published October 10, 1996 | N Engl J Med 1996;335:1107-1114 | DOI: 10.1056/NEJM199610103351504  
**VOL. 335 NO. 15 | Copyright © 1996**

### RESULTS

Primary end points were reached in 42 percent of the placebo group and 39 percent of the amlodipine group, representing a 9 percent reduction in the combined risk of fatal and nonfatal events with amlodipine (95 percent confidence interval, 24 percent reduction to 10 percent increase;  $P = 0.31$ ). A total of 38 percent of the patients in the placebo group died, as compared with 33 percent of those in the amlodipine group, representing a 16 percent reduction in the risk of death with amlodipine (95 percent confidence interval, 31 percent reduction to 2 percent increase;  $P = 0.07$ ). Among patients with ischemic heart disease, there was no difference between the amlodipine and placebo groups in the occurrence of either end point. **In contrast, among patients with nonischemic cardiomyopathy, amlodipine reduced the combined risk of fatal and nonfatal events by 31 percent ( $P = 0.04$ ) and decreased the risk of death by 46 percent ( $P < 0.001$ ).**

JACC Journals > JACC: Heart Failure > Archives > Vol. 1 No. 4

FREE ACCESS | Clinical Research | 5 August 2013

f X in e

## Effect of Amlodipine on the Survival of Patients With Severe Chronic Heart Failure Due to a Nonischemic Cardiomyopathy: Results of the PRAISE-2 Study (Prospective Randomized Amlodipine Survival Evaluation 2)

### Results:

There were 278 deaths in the amlodipine group and 262 deaths in the placebo group (hazard ratio: 1.09; 95% confidence interval [CI]: 0.92 to 1.29;  $p = 0.33$ ). The differences between the 2 groups in the risks for cardiovascular death and hospitalization were also not significant. When the results from patients with a nonischemic cardiomyopathy in both the earlier trial and in the current study were combined, there was no evidence of a favorable or unfavorable effect of amlodipine on mortality (hazard ratio: 0.97; 95% CI: 0.83 to 1.13;  $p = 0.66$ ). Both trials, however, observed higher frequencies of peripheral edema and pulmonary edema and lower frequencies of uncontrolled hypertension and chest pain in patients treated with amlodipine.

### Conclusions:

These results of the current trial, viewed together with the results from the earlier study, indicate that amlodipine does not exert favorable effects on the clinical course of patients with heart failure, regardless of the presence or absence of underlying coronary artery disease. These findings indicate the need for great caution when striking benefits are observed in subgroups of patients or in trials not primarily designed to assess such effects.



# Méta-analyse et critères confirmatoires

- Oseltamivir dans la réduction des hospitalisations

THE LANCET 2015

ADVERTISEMENT

This journal Journals Publish Clinical Global health Multimedia Events About

ARTICLES · Volume 385, Issue 9979, P1729-1737, May 02, 2015

 Download Full Issue

## Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials

Joanna Dobson, MSc<sup>a</sup> · Prof Richard J Whitley, MD<sup>b</sup> · Prof Stuart Pocock, PhD<sup>a</sup> · Prof Arnold S Monto, MD<sup>a,c</sup>

requiring antibiotics more than 48 h after randomisation (risk ratio [RR] 0·56, 95% CI 0·42–0·75; p=0·0001; 4·9% oseltamivir vs 8·7% placebo, risk difference -3·8%, 95% CI -5·0 to -2·2) and also fewer admittances to hospital for any cause (RR 0·37, 95% CI 0·17–0·81; p=0·013; 0·6% oseltamivir, 1·7% placebo, risk difference -1·1%, 95% CI -1·4 to -0·3). Regarding safety, oseltamivir increased the risk of nausea (RR 1·60, 95% CI 1·29–1·99; p<0·0001; 9·9% oseltamivir vs 6·2% placebo, risk difference 3·7%, 95% CI 1·8–6·1) and vomiting (RR 2·43, 95% CI 1·83–3·23; p<0·0001; 8·0% oseltamivir vs 3·3% placebo, risk difference 4·7%, 95% CI 2·7–7·3). We recorded no effect on neurological or psychiatric disorders or serious adverse events.

### Interpretation

Our findings show that oseltamivir in adults with influenza accelerates time to clinical symptom alleviation, reduces risk of lower respiratory tract complications, and admittance to hospital, but increases the occurrence of nausea and vomiting.

JAMA Intern Med

Published Online: June 12, 2023

2024;184;(1):18-27. doi:10.1001/jamainternmed.2023.0699

## Evaluation of Oseltamivir Used to Prevent Hospitalization in Outpatients With Influenza A Systematic Review and Meta-Analysis

Ryan Hanula, BSc<sup>1,2</sup>; Émilie Bortolussi-Courval, NClin<sup>1,2</sup>; Arielle Mendel, MD, MSc ; et al

10 471) were female and the mean age was 45.3 (14.5) years. Overall, oseltamivir was not associated with reduced risk of hospitalization within the ITTi population (RR, 0.79; 95% CI, 0.48 to 1.29; RD, -0.17%; 95% CI, -0.23% to 0.48%). Oseltamivir was also not associated with reduced hospitalization in older populations (mean age ≥65 years: RR, 1.01; 95% CI, 0.21 to 4.90) or in patients considered at greater risk of hospitalization (RR, 0.65; 0.33 to 1.28). Within the safety population, oseltamivir was associated with increased nausea (RR, 1.43; 95% CI, 1.13 to 1.82) and vomiting (RR, 1.83; 95% CI, 1.28 to 2.63) but not serious adverse events (RR, 0.71; 95% CI, 0.46 to 1.08).



# Effect of Cholinesterase Inhibitors on Mortality in Patients With Dementia

A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Trials

Céline Truong, MD, Caryn Recto, MD, Charlotte Lafont, MD, Florence Canoui-Poitrene, MD, PhD,  
Joel Belmin Belmin, MD, PhD, and Carmelo Lafuente-Lafuente, MD, PhD

*Neurology*® 2022;99:e2313-e2325. doi:10.1212/WNL.00000000000201161

**Correspondence**  
Dr. Lafuente-Lafuente  
carmelo.lafuente@aphp.fr



*Journal of Clinical Epidemiology* 172 (2024) 111396

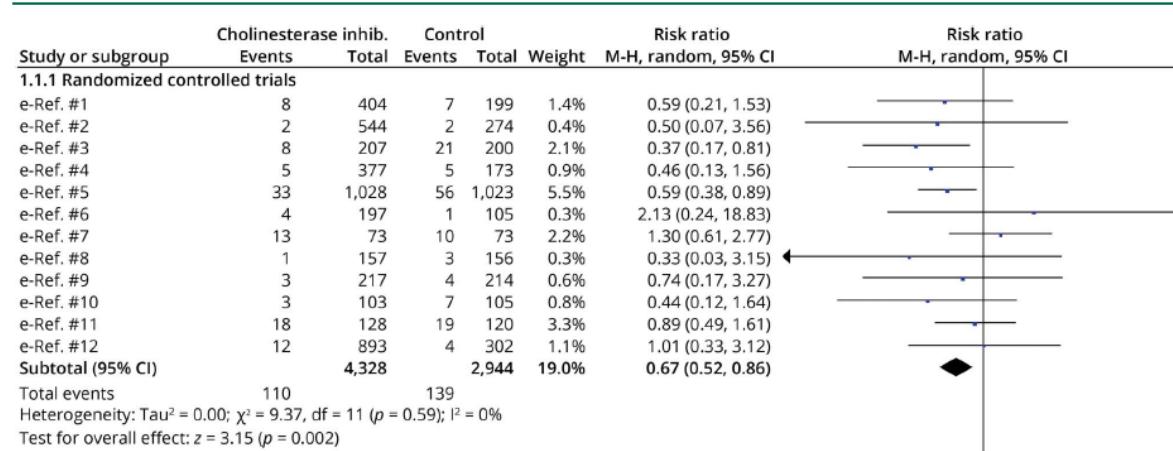
LETTER TO THE EDITOR

A Rebuild the Evidence-Base—reading of cholinesterase inhibitors' effect on all-cause mortality in patients with dementia



the results of the meta-analysis, but also on the confirmatory nature of results of the individual studies [4,5] and only pools results that are at a low risk of bias (according

**Figure 2** All-Cause Mortality: Crude Death Rates



Treatment with ChEIs was associated with lower all-cause mortality (unadjusted risk ratio [RR] 0.74, 95% CI 0.66–0.84; adjusted HR 0.77, 95% CI 0.70–0.84, moderate-quality to high-quality evidence).

Using the REB method, we found that there is a lack of evidence regarding ChEI drugs effect on all-cause of mortality: the positive result of the meta-analysis ( $P = .01$ ) and the lack of heterogeneity did not weigh enough in the balance against the strictly exploratory nature of all the results of the individual RCTs included and the suspected publication bias. This perspective on the findings of Truong et al's



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# Le raisonnement thérapeutique EBM

- 1. *Y a-t-il une preuve solide de l'effet du traitement ?*
- 2. *Cet effet est-il cliniquement pertinent ? (Ce traitement est-il efficace ?)*
- 3. *Est-il possible d'appliquer les résultats de l'ECR au patient rencontré en consultation ?*
- 4. *Quels sont les risques du traitement ?*
- 5. *Existe-t-il de meilleures alternatives ?*



# L'effet est-il cliniquement pertinent ?

- Concept difficile car l'effet mesuré est « populationnel »
  - Moyenne (échelles)
  - Connaître le concept de « Minimal Clinically Important Difference MCID » :
    - La plus petite différence que les patients considèrent comme importante
      - Par consensus Delphi
      - Par méthode « Anchor » : évaluation qualitative des patients
  - Exemples
    - Douleur : entre 8 mm et 40 mm sur 100
    - Anticholinestérasiques : 4 points de différences sur ADAS-Cog (0 à 70)
    - Antidépresseurs : 3 points de différences sur échelle de Hamilton (0 à 52)



# Opioïdes dans la douleur chronique non cancéreuse

Original Investigation

FREE

 Cite  Permissions  Metrics

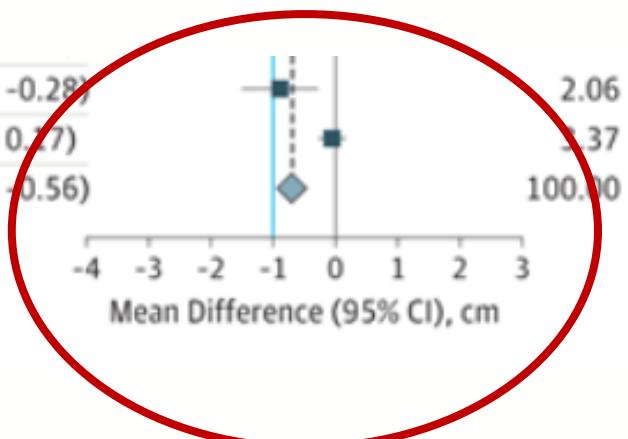
## Opioids for Chronic Noncancer Pain A Systematic Review and Meta-analysis

Jason W. Busse, DC, PhD<sup>1,2,3,4</sup>; Li Wang, PhD<sup>1,2,5</sup>; Mostafa Kamaleldin, MB BCh<sup>6</sup>; et al

JAMA

Published Online: December 18, 2018  
2018;320;(23):2448-2460. doi:10.1001/jama.2018.18472

Christoph et al, <sup>50</sup> 2017	123	-3.03 (-3.27 to -2.79)	125	-2.16 (-2.58 to -1.74)	-0.89 (-1.50 to -0.28)
Serrie et al, <sup>71</sup> 2017	650	Not reported <sup>e</sup>	337	Not reported <sup>e</sup>	-0.05 (-0.27 to 0.27)
Overall					-0.69 (-0.82 to -0.56)
Test for heterogeneity: $I^2 = 70.4\%$ , $P < .001$					





MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# Antidépresseurs dans la dépression

Jakobsen et al. *BMC Psychiatry* (2017) 17:58  
DOI 10.1186/s12888-016-1173-2

BMC Psychiatry

RESEARCH ARTICLE

Open Access



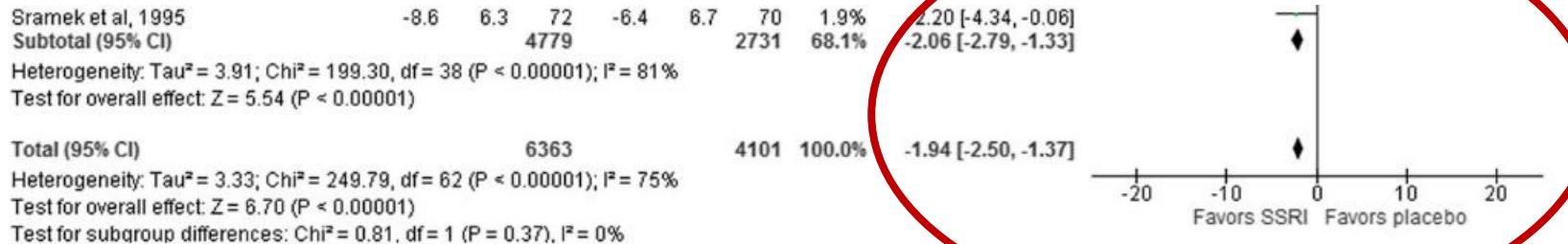
CrossMark

Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis

Janus Christian Jakobsen<sup>1,2\*</sup>, Kiran Kumar Katakam<sup>1</sup>, Anne Schou<sup>1</sup>, Signe Gade Hellmuth<sup>1</sup>, Sandra Elkjær Stallknecht<sup>1</sup>, Katja Leth-Møller<sup>1</sup>, Maria Iversen<sup>1</sup>, Marianne Bjørnø Banke<sup>1</sup>, Iggiannquaq Juhl Petersen<sup>1</sup>, Sarah Louise Klingenberg<sup>1</sup>, Jesper Krogh<sup>3</sup>, Sebastian Elgaard Ebert<sup>1</sup>, Anne Timm<sup>1</sup>, Jane Lindschou<sup>1</sup> and Christian Gluud<sup>1</sup>



# Antidépresseurs dans la dépression



**Fig. 2** Random-effects meta-analysis of the results on the Hamilton depression rating scale



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# L'effet est-il cliniquement pertinent ?

- Concept difficile car l'effet mesuré est « populationnel »
  - Risque relatif (RR) ; Réduction du risque relatif (1-RR)
  - Reduction du risque absolu (RRA) (différence de risque) : dépend du temps d'observation
  - NNT (1/RRA)
- Qu'est-ce qui est pertinent ?



# Qui décide que ce risque est « haut » ou « bas »?

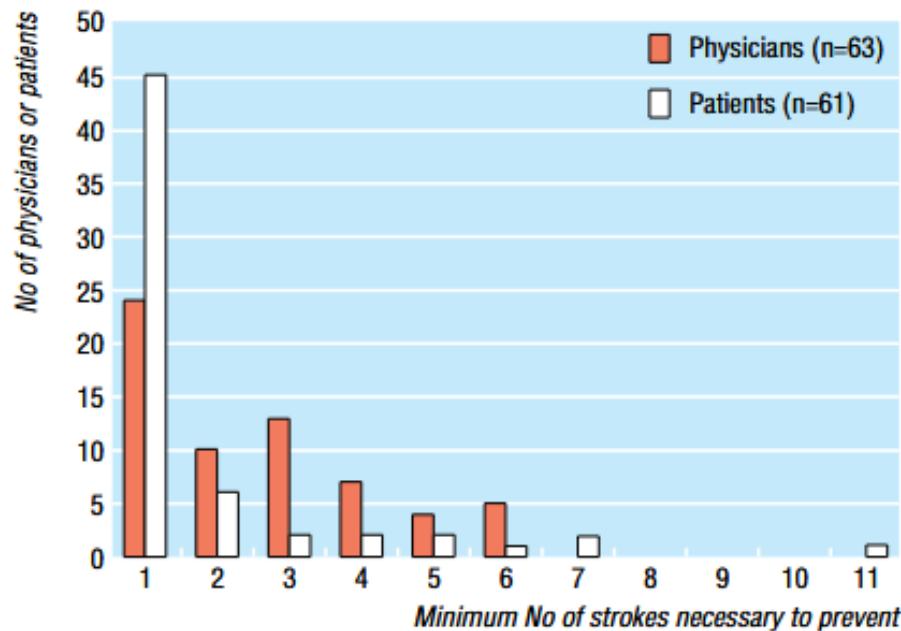


Fig 3 Stroke thresholds for warfarin

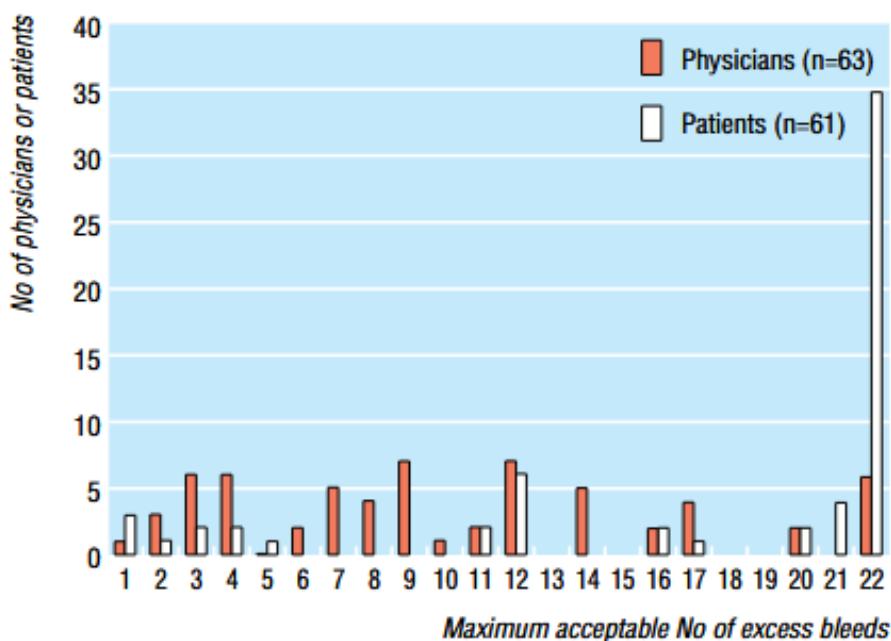


Fig 5 Bleeding thresholds for warfarin



## Papers

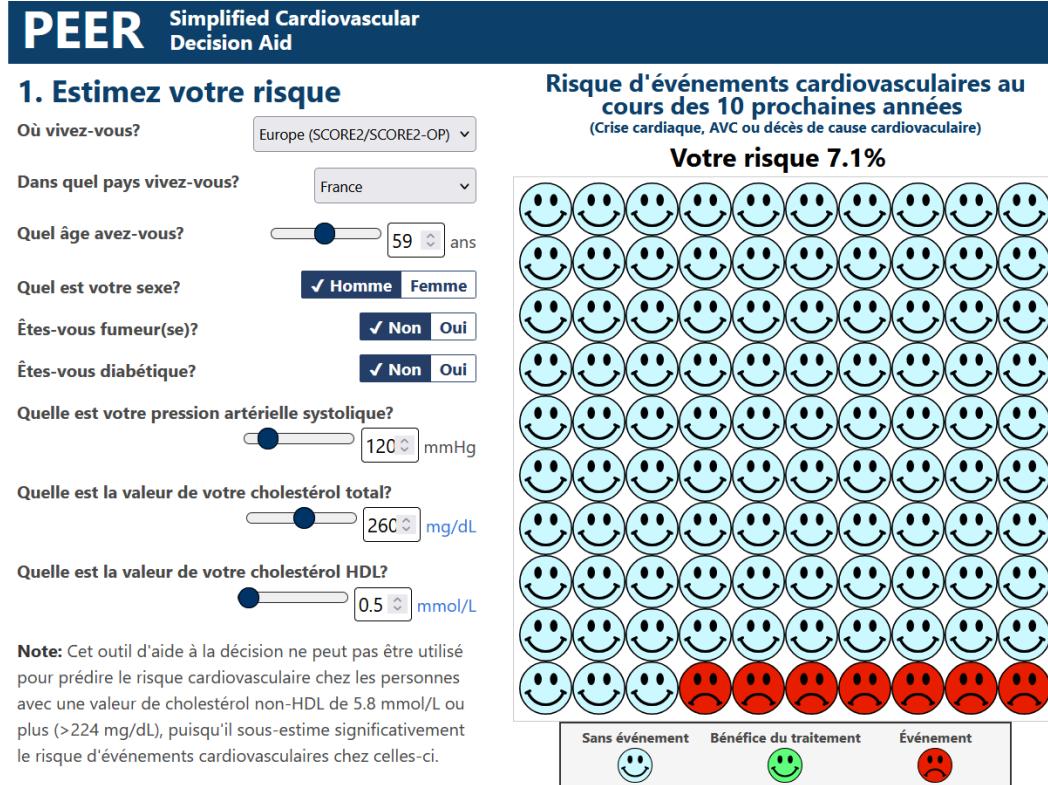
Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: observational study Commentary: Varied preferences reflect the reality of clinical practice

BMJ 2001 ;323 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7323.1218> (Published 24 November 2001)

## Chapitre 8



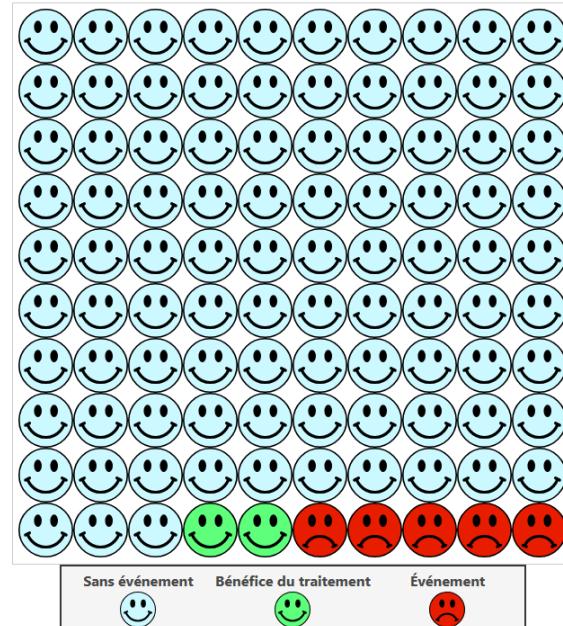
# Risque CV par SCORE 2 avec et sans statine



NNT = 55

**Risque d'événements cardiovasculaires au cours des 10 prochaines années**  
(Crise cardiaque, AVC ou décès de cause cardiovasculaire)

Votre risque 7.1% Avec traitement 5.3%



### 2. Choisissez vos traitements

#### Habitudes de vie

Diète Méditerranéenne

Activité physique

**Options médicamenteuses (choisissez-en seulement une)**  
Il existe des données probantes directes et claires en prévention primaire pour ces options

Statine (intensité faible à modérée)

Statine (intensité élevée)

Médicament contre l'hypertension (thiazide, IECA/ARA, BCC)

**Les hypolipémiants autres que les statines ne sont pas recommandés en prévention primaire dans nos lignes directrices**

Ézetimibe

Inhibiteur PCSK9

Fibrate

**Risque d'effets indésirables supplémentaire au placebo:** Douleurs musculaires (1%)

**Coût pour 90 jours:** \$30-\$50



# L'effet mesuré est-il applicable au patient ?

- Problème de l'extrapolation des résultats ++
- Exemples
  - Aspirine en prévention CV primaire/secondaire
  - Opium/paracétamol dans les douleurs...
  - Corticoïdes pour la pneumopathie
  - A-GLP1/statines : chez patients à faible risque CV en prévention primaire
  - Sertraline dans la dépression « non sévère »



# L'effet mesuré est-il applicable au patient ?

- Problème de l'extrapolation des résultats ++
- Exemples
  - Aspirine en prévention CV primaire/secondaire : **bénéfice net = 0 en P1**
  - Opium/paracétamol : **un ECR dans la douleur dentaire du sujet jeune**
  - Corticoïdes pour la pneumopathie : **pas d'effet si « non sévère » (donc non hospitalisé)**
  - A-GLP1/statines : **pas de démonstration chez les patients à risque CV « faible » en P1**
  - Sertaline dans la dépression non sévère : **pas d'efficacité**



# Exemple

## REVIEWS

### Corticosteroids in Community-Acquired Bacterial Pneumonia: a Systematic Review, Pairwise and Dose-Response Meta-Analysis

Tyler Pitre, MD, MA<sup>1</sup>, Daniyal Abdali, MD<sup>1</sup>, Dipayan Chaudhuri, MD MSc<sup>1</sup>, Stephen M. Pastores, MD<sup>2</sup>, Andrea M. Nei, PharmD<sup>3</sup>, Djillali Annane, MD PhD<sup>4</sup>, Bram Rochwerg, MD MSc<sup>1,5</sup>, and Dena Zeraatkar, PhD<sup>5,6</sup>

J Gen Intern Med 38(11):2593-606

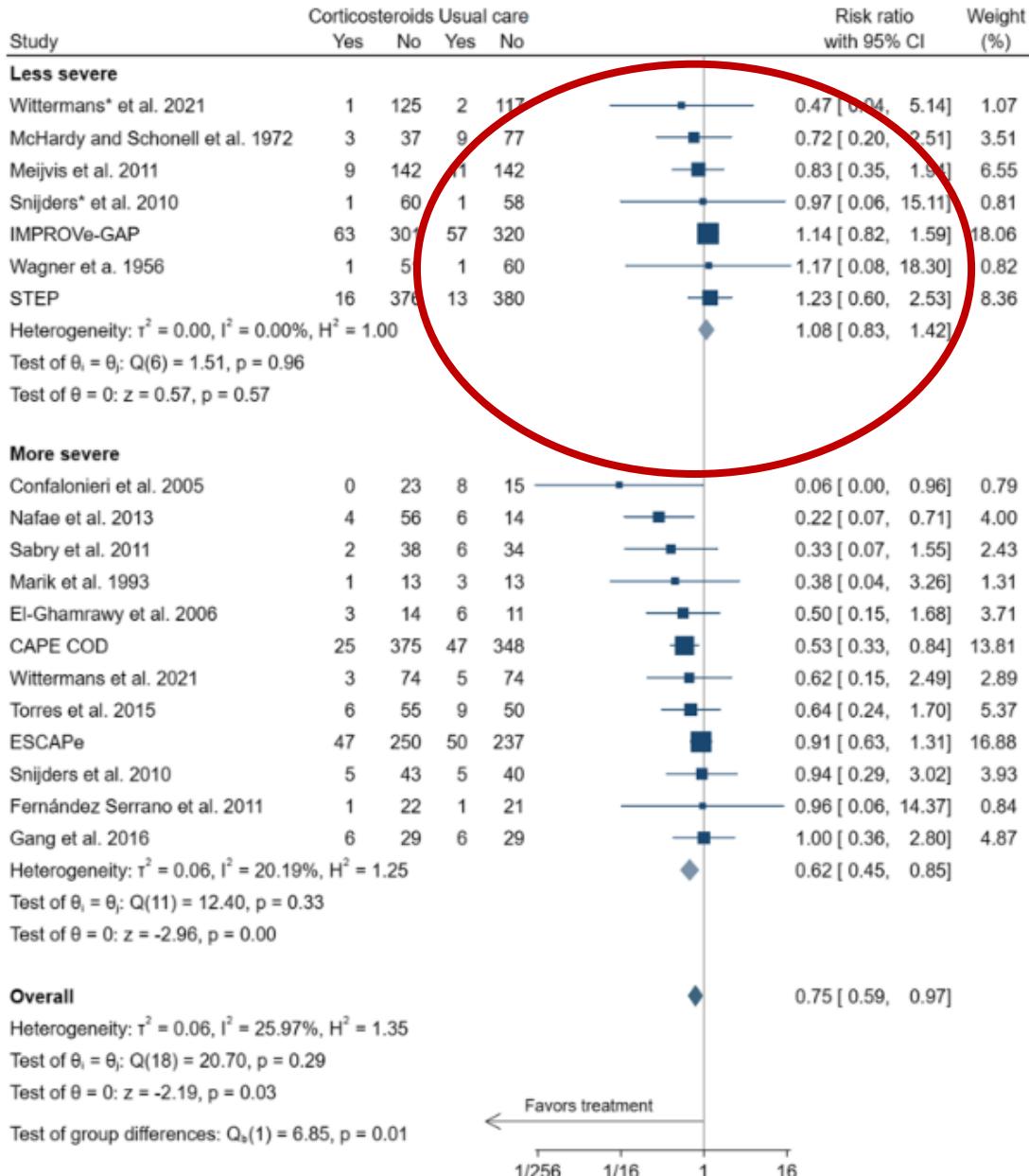
DOI: 10.1007/s11606-023-08203-6

© The Author(s), under exclusive licence to Society of General Internal Medicine 2023

Received January 10, 2023

Accepted April 5, 2023

Published online April 19, 2023





# Quels sont les risques du traitement ?

- Les ECR mesurent les risques fréquents
- Mais pas tous les risques :
  - Nécessité de la « triangulation » des données avec plusieurs sources : pharmacologie/pharmaco-épidémiologie/ECR et MA d'ECR
- A exprimer en risque absolu et NNH
  - Attention dépend du temps d'observation ++
- Exemples
  - Paroxétine
  - Aspirine en prévention CV primaire



## UTILISATION DE LA PAROXETINE DANS LA DEPRESSION

Les chiffres donnés sont des moyennes pour des adultes traités par un placebo ou de la Paroxétine pour une dépression.

La dépression est évaluée par une échelle allant de 0 à 52 points. Plus les symptômes de la dépression sont forts, plus le chiffre est élevé.

Bénéfices	Groupe PLACEBO	Groupe PAROXETINE
Si votre score est de 22, à combien sera-t-il après 8 semaines de traitement ?	14	11
Risques	100 patients du groupe PLACEBO	100 patients du groupe PAROXETINE
Combien de patients ont expérimenté un effet indésirable, quel qu'il soit ?	60	74
Combien de patients ont été fatigués ?	7	14
Combien de patients ont eu une baisse de leur libido ?	3	9
Combien d'hommes ont eu des problèmes d'érection ?	3	16
Combien de patients ont pris du poids ?	2	4
Combien de patients ont souffert de nausées ?	9	23
Combien de patients ont souffert d'insomnie ?	7	12



MEETT Centre de Conventions & Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025



# Aspirine en prévention primaire chez les DT2

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

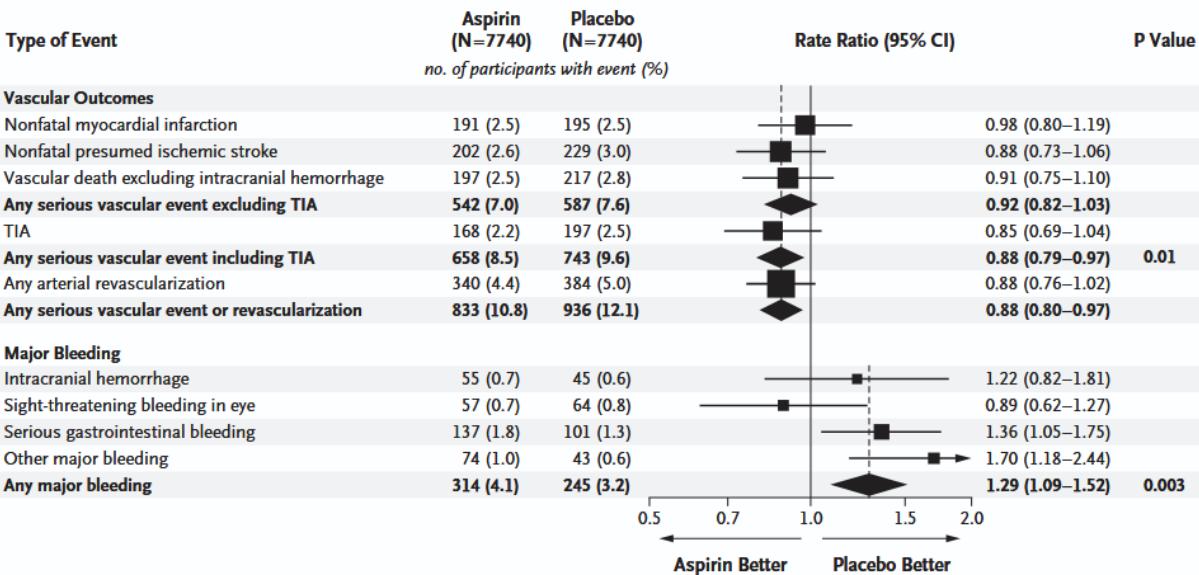
## Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus

The ASCEND Study Collaborative Group\*

N Engl J Med 2018;379:1529-39.

DOI: 10.1056/NEJMoa1804988

Copyright © 2018 Massachusetts Medical Society.



Bénéfice net = 0 : NNT = 91 = NNH



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# Existent il des meilleures alternatives ?

- Avec un bénéfice/risque plus favorable ?
- Acceptation d'un bénéfice moindre si moindre risque ?
- Usage du placebo ?



MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de  
**Toulouse**  
3 AU 5 DÉCEMBRE 2025

# Messages Clés

- S'il faut des preuves pour prescrire....
- Déterminer le niveau de preuve qui semble nécessaire
- Preuve de quoi ? Chez qui ? Sur quoi ? De combien ?
- Les risques en valent ils la peine ? (« essayer »?)
- Quels sont les traitements les plus « pertinents » ?
  
- Comment prescrire un traitement n'ayant pas démontré de bénéfice ?
- Ethique : principe de non malfaissance, *primum non nocere*



# AVIS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS

MEETT Centre de Conventions  
& Congrès de

RE 2025



**Décider selon les données de la science,  
y compris en période pandémique**

A Paris, le 3 Novembre 2020,

La plupart des patients atteints de Covid-19 suivis en ambulatoire ne seront pas hospitalisés<sup>10</sup>. Dans le cadre d'une médecine basée sur les faits probants, et dans le respect du principe éthique de non malfaisance, l'absence d'évaluation d'un traitement conduit à ne pas le prescrire car ce serait faire supporter aux patients un risque de dommages supérieur aux bénéfices.

*Primum non nocere.*