

# Congrès CNGE Tours 2018

## Sommaire

---

**Jeudi 22 novembre 2018, de 09h00 à 10h40**

**Modérateur :**

Xavier Gocko - CNGE Collège Académique

**Intervenants :**

Céline Bouton, professeur associée au département de médecine générale de Nantes

Sylvain Pavageau, département universitaire médecine générale de Montpellier-Nîmes

Lucie Garcin - Présidente de l'ISNAR-IMG

Yann Brabant, maître de conférences associé au DMG de Poitiers, en remplacement de Benoit Tudrej

Philippe Binder, DMG de Poitiers

**Plénière EXERCER : 4 ARTICLES SÉLECTIONNÉS PAR LES INTERNES**

**2**

|  |     |
|--|-----|
| I) Prendre en charge un patient ayant une lombalgie commune en médecine générale   | 5   |
| II) Statines en prévention primaire après 75 ans : décision partagée en l'absence de preuves                                 | 12  |
| III) Comment la bande dessinée est-elle utilisée dans l'enseignement aux médecins ? Une revue systématique de la littérature | 177 |
| IV) L'approche des adolescents en médecine générale  | 23  |

# Plénière Exercer : 4 ARTICLES SÉLECTIONNÉS PAR LES INTERNES

---

## **Xavier GOCKO**

Bonjour à toutes et à tous.

Bienvenue à la plénière Exercer avec un sous-titre « quatre articles sélectionnés par l'ISNAR ».

En tout premier lieu, je vais passer la parole à Jean-Pierre Lebeau, rédacteur en chef, qui va vous présenter l'entièreté de l'équipe.

## **Jean-Pierre LEBEAU**

Bonjour.

Nous sommes assez impressionnés par la quantité de présents. Evidemment, l'amphi est très grand, on a donc l'impression que c'est disséminé, mais si vous vous mettez tous dans une salle de 40 personnes, ça ne va pas tenir. Je ne sais pas, il doit y avoir des centaines de gens.

Je suis Jean-Pierre Lebeau, je suis le rédacteur en chef de la revue Exercer depuis un petit moment déjà. Un de mes brillants adjoints me racontait il y a un instant une historiette amusante survenue hier sur le stand d'Exercer et du CNGE, où un interne, si j'ai bien compris, mettait en doute l'indépendance d'Exercer vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique.

Je vous rappelle que, même si nous n'en faisons pas le fer de lance de la revue, la revue Exercer est totalement, parfaitement, de façon absolument limpide, indépendante de l'industrie pharmaceutique, indépendante de tout, sauf évidemment de son éditeur, c'est-à-dire le CNGE.

Etre rédacteur en chef d'Exercer, c'est surtout avoir le plaisir de travailler avec une équipe qui est de plus en plus étoffée, à la tête de laquelle Xavier Gocko, qui par ailleurs modère cette session, parce que c'est clair pour tout le monde, mais il est aussi directeur de la rédaction d'Exercer.

Nous avons aussi trois rédacteurs en chef adjoints. Marius Vaillant-Roussel ayant décidé de nous rejoindre sur cette planète il y a quelques jours, Hélène Vaillant-Roussel, sa mère, n'est pas présente aujourd'hui, mais elle est en photo, c'est tout comme.

Pour ce qui est d'Aurélie Janksewski, qui est en bas : on a donné l'avis il y a quelques jours, mais elle est quand même absente. C'est moins excusable, mais elle sera là demain. Elle sera là cet après-midi, même, je crois.

Hélène Vaillant-Roussel est rédacteur en chef adjointe, de même que Jean-Sébastien Cadwallader, qui va nous rejoindre sur scène, et Yannick Ruelle. Ils sont tous les deux rédacteurs en chef adjoints, parce qu'ils ne sont pas séparables : on est obligés de prendre les deux, donc on a pris les deux.

Aurélie est responsable de la rubrique Pédagogie. Nous avons une autre responsable de rubrique, qui est Aline Ramond, qui est responsable de la rubrique Soins. Depuis qu'Aline Ramond est responsable de la rubrique Soins, cela marche au fouet. Avant, c'était moi, cela ne marchait pas tellement. Maintenant, c'est Aline : cela ne rigole plus du tout.

Je suis obligé de regarder parce que sinon, je vais oublier quelqu'un. Elle n'est pas là, Marilyn, par hasard ?

## **Un Intervenant**

Elle se cache au fond.

**Jean-Pierre LEBEAU**

Marilyn est au milieu. Il est très bien fait, l'espèce d'atome. Cela se voudrait être un atome, c'est ça ? Molécule ? Non, atome. Marilyn est en plein milieu. Elle est au milieu de tous les échanges et d'à peu près tout ce qui concerne Exercer entre nous et aussi dans nos rapports avec les auteurs, avec les éditeurs, avec les imprimeurs, avec tout le monde. Au milieu, il y a toujours Marilyn qui gère tout, et heureusement.

Christophe Berkhout, que vous connaissez tous, parce qu'il donne parfois des points de vue un petit peu décalé sur un certain nombre de problèmes. Depuis hier soir, c'est devenu une célébrité dans ce congrès. Christophe Berkhout est donc responsable de la rubrique Phares. Il y a une session Phares, que je ne dise pas de bêtise, cet après-midi. Les phares sont des publications qui ont été faites par des équipes françaises dans des grandes revues internationales et que Christophe résume, analyse et commente en deux pages pour les mettre à disposition des médecins généralistes français en français.

Je ne sais pas dans quel ordre je suis en train de faire les choses. Il n'y a aucun ordre. Je n'avais pas parlé de Corinne Perdrix. Où est Corinne ? Elle est là. On va faire monter Corinne sur scène. Déjà, rien que cela va nous faire un bon gag. On en a pour un petit moment, normalement.

Corinne est la seule directrice de la publication qui dispose de trois membres inférieurs. Elle est chez nous, il n'y en a qu'une.

Je vais finir par oublier quelqu'un, c'est sûr. David est là ? Je ne l'ai pas vu.

David Darmon est responsable de la rubrique Techniques ou Gestes techniques. Enfin, elle s'appelait « Gestes techniques ». Elle s'appelle maintenant « Techniques », parce que dans la technique il n'y a pas que des gestes ; il peut y avoir des techniques de communication, par exemple. Pas vrai, Christophe ?

Le lien le plus direct, finalement, de la revue avec les internes qui la lise, ce sont les rédactrices du test de lecture, c'est un peu compliqué. Tiffany Bouchez - qui est quelque part, je l'ai vue. Elle est là - s'occupe encore pour un seul numéro du test de lecture. Après, elle nous quittera. Il en est de même de Rosalie Rousseau, qui est là, qui est déguisée en Nantaise, probablement parce qu'elle est Nantaise.

En revanche, Agnès Banâtre, qui est là, sera toujours là, à la tête d'une équipe. Tout à l'heure, elle n'a pas voulu croire quand elle m'a croisé qu'elle allait monter sur scène, mais elle va vraiment monter sur scène.

Anaita dont j'ai oublié le nom. Où est-elle ? Elle arrive. Elle va rejoindre l'équipe. Elle n'a pas voulu croire qu'elle allait monter sur scène, mais là, maintenant, elle est bien obligée de se rendre à l'évidence. Anaita, qui rejoint donc l'équipe, c'est la petite nouvelle chez Exercer en test de lecture.

Xavier, est-ce que tu as surveillé ? Je n'ai oublié personne ?

**Xavier GOCKO**

Je pense que c'est bon, là. C'est bon.

**Jean-Pierre LEBEAU**

Voilà, vous connaissez tout le monde. Vous pourrez mettre maintenant un nom et un visage sur les erreurs.

En attendant, comme vous l'avez vu, Xavier a proposé d'appeler cette session « Quatre publications choisies par l'ISNAR ». Justement, l'ISNAR est là, par la voie de sa présidente.

**Xavier GOCKO**

On laisse tout le monde redescendre. Avant que Lucie, présidente de l'ISNAR, ne vous parle, je vais vous donner des petites nouvelles de 2018.

Qu'est-ce qui s'est passé d'important dans l'atome Exercer ? Peut-être que nous n'avons pas beaucoup communiqué, mais nous avons obtenu une indexation, comme vous le voyez, dans Emerging Source, qui est la planète Web of Science. C'est toujours appréciable d'être vus, lus ailleurs.

Si vous soumettez un article, vous saurez dorénavant que nous avons autour de 100 soumissions par an, que la moitié malheureusement sont refusées, que nous avons de gros dilemmes, que nous discutons beaucoup dans la rédaction, que nous faisons travailler 100 relecteurs par année aussi, et que tout cela explique un délai de publication même après acceptation d'autres articles, parce que le grand travail de Jean-Pierre c'est de fabriquer la revue, et ils essaient de mettre des articles qui colle, vous voyez, de fabriquer un bon gâteau. Et parfois, donc, vous avez un délai de publication.

Quoi de neuf en 2019 ? Qu'est-ce que nous allons faire l'année prochaine ? Nous allons faire un nouveau site - il est beau, il est presque fini - et une interface de soumission, qui, nous l'espérons, va vraiment simplifier la vie des soumettants, mais aussi des rédacteurs.

Et qu'allons-nous faire en 2019 ? Justement, un partenariat avec l'ISNAR.

Je passe la parole à la nouvelle présidente de l'ISNAR, Lucie

### **Lucie GARCIN**

Merci beaucoup. Bonjour à tous. L'ISNAR-IMG les internes de médecine générale remercient chaleureusement les organisateurs de cette plénière pour leur invitation.

Au cours de la formation, les internes de médecine générale complètent leur connaissance et affinent leurs compétences grâce à l'utilisation de sources bibliographiques adaptées à la médecine générale ; la revue Exercer, proposant des contenus adaptés à la pratique des soins primaires, est une de leurs sources.

En tant que lecteurs de cette revue, les internes de médecine générale ont pu participer à la sélection des articles présentés pendant cette plénière en choisissant ceux ayant le plus impacté leurs pratiques.

Nous sommes ravis que les internes de médecine générale aient été entendus pour sélectionner les articles de cette plénière. L'ISNAR-IMG est également fière de pouvoir continuer à travailler avec la revue Exercer, qui va proposer aux internes de médecine générale un accès facilité à sa revue et ses abonnements dans le futur.

Voilà, je vais faire extrêmement court puisqu'il va y avoir toute la présentation des articles, qui sera très intéressante et extrêmement dense, et je vais vous souhaiter à tous une très bonne journée.

### **Xavier GOCKO**

Merci beaucoup. En effet, l'année dernière, nous avons fait choisir quatre articles par les MSU, et il nous a semblé extrêmement licite de les faire choisir par les internes, qui sont les autres lecteurs majoritaires de la revue, et c'est un côté centré sur l'apprenant important aussi.

Voici les quatre articles qui ont été choisis, et je laisserai chacun le présenter. Nous commençons avec Céline Bouton.

Un mot pour vous dire que Philippe Binder présent dans une autre salle et qu'il arrivera un peu plus tard. Et pour Benoît, il y a une petite surprise, mais la vidéo le dira elle-même, et on remercie Yann Brabant d'avoir remplacé Benoît en urgence.

Céline, à toi.

## I) Prendre en charge un patient ayant une lombalgie commune en médecine générale

### **Céline BOUTON**

Merci Xavier.

Merci à tous d'être là par ce frais matin de novembre. Merci aux internes d'avoir sélectionné cet article sur la lombalgie chronique et sa prise en charge en médecine générale.

C'est un article réalisé... Je ne me suis pas présentée : Céline Bouton, professeur associée au département de médecine générale de Nantes. C'est un article que j'ai réalisé en collaboration étroite avec le DMG d'Angers et l'équipe de recherche Ester, qui est une équipe de santé au travail et d'épidémiologie avec laquelle on a ce partenariat depuis longtemps. C'est un article qui est paru en début 2018. Je déclare un conflit d'intérêt lors d'un forum sur la douleur chronique où j'ai été alimentée pour quatre repas par Sanofi, mais pour 0 euro.

Le contexte de la lombalgie chronique.

Si cet article a tant intéressé, c'est que c'est toujours une pathologie très prévalente, et tout le monde le sait. C'est 7 % de nos consultations en médecine générale, ce qui avait été montré par l'étude éco GENES; c'est la moitié des Français qui, dans l'année, vont se plaindre à un moment donné d'avoir mal au dos, et c'est une pathologie multifactorielle qui répond bien à nos problématiques de médecine générale dont nous avons l'habitude.

On parle de lombalgie aiguë en dessous de 4 à 6 semaines, de subaiguë de 6 à 12 semaines. Au-delà de trois mois, on va parler de lombalgies chroniques, qui sont moins nombreuses que les deux précédentes, mais qui malheureusement font une grande part de la problématique d'invalidité et d'incapacité, d'arrêt de travail et de coût des soins de cette pathologie.

Pour ce qui est de la lombalgie récurrente, il s'agit d'une définition qui est très compliquée dans la littérature, où finalement personne n'arrive trop à définir, et on va considérer que ce sont des épisodes aigus ou subaigus qui se répètent. Finalement, on ne va pas les différencier dans la présentation, et dans l'article on ne l'a pas différencié, parce que finalement, il s'agit du traitement d'une lombalgie aiguë ou d'une lombalgie subaiguë : la prise en charge reste la même.

Pour cet article, nous n'avons pas réalisé une synthèse systématique de la littérature, et je ne vous demanderai pas non plus de lire toute la diapo. L'idée de cette diapo c'est de vous montrer sur quoi on s'est basé pour écrire cet article. On a repris les principales recommandations anglo-saxonnes et françaises récentes - pour ce qui est des françaises, on n'est pas dans le très récent, puisque la dernière recommandation de l'HAS, l'ANAES à l'époque, date de 2000 sur le sujet. On est très anciens et on espère qu'il y en aura très prochainement de nouvelles, mais on s'est appuyés sur nos collègues canadiens, américains et anglais, qui ont des recommandations bien plus récentes. Et on va voir ensemble que les niveaux de preuves de ces recommandations sont très discutés.

La lombalgie, qu'elle soit à n'importe quel stade, en tout cas quand elle commence, la lombalgie aiguë va, dans la majorité des cas, rentrer dans l'ordre d'elle-même, ce qui fait qu'on a toute une partie des patients qui n'ont pas besoin de soins. C'est très difficile de savoir à l'avance lesquels vont avoir besoin de soins, ce qui fait que pour montrer l'efficacité d'un traitement, c'est très compliqué. On a donc des études de très faible niveau de preuve au niveau des traitements proposés.

Finalement, nous voyons que toutes les propositions thérapeutiques vont être efficaces. Tout cela est basé sur des choses qui sont plutôt des avis d'experts, comme nous allons le voir.

La présentation comme l'article vont s'articuler autour de deux grands thèmes : d'abord évaluer et ensuite traiter.

L'évaluation prend une grande part dans la lombalgie. La première étape d'évaluation est de confirmer qu'il s'agit bien d'une lombalgie commune, qui correspond à 98 % des lombalgies. D'abord il faut éliminer l'extra-rachidien, tout ce qui est pyélonéphrite, par exemple, ce sont notre anamnèse et notre examen clinique qui nous permettent d'y répondre.

Ensuite, on va voir tout ce qui est ce qu'on appelle des drapeaux rouges, les red flags, qui vont nous permettre d'éliminer ces 2 % de lombalgies aspécifiques qui peuvent être d'origine tumorale, fracturaire, inflammatoire ou infectieuse.

Pour le tumoral, on va chercher si c'est un premier épisode après 50 ans, s'il y a un antécédent de cancer, une altération de l'état général ou une perte de poids ; par rapport au fracturaire, bien évidemment, un traumatisme, une corticothérapie, un terrain d'ostéoporose ; pour l'inflammatoire, ce sont les douleurs typiquement d'horaire inflammatoire ; l'infectieuse, ce sont tous les antécédents d'immunosuppression de HIV, de toxicomanie, de fièvre inexpliquée.

Globalement, on va aller rechercher tout ce qui va nous alerter en tant que médecin généraliste sur une pathologie potentiellement grave : des douleurs thoraciques qui ne collent pas dans le tableau, un syndrome neurologique étendu, une persistance au traitement après 4 à 6 semaines.

Il faut savoir que malheureusement, ces signes ne sont absolument pas spécifiques : 80 % des lombalgies qui ont une lombalgie commune, vont avoir un de ces signes. C'est très compliqué, il faut pouvoir se poser la question : « est-ce qu'il n'y a que ceci de façon isolée », et on va voir ensuite ce que l'on propose à ses patients.

La deuxième étape, en tout cas en parallèle, on va chercher les obstacles à une évolution favorable que l'on appelle les yellow flags ou drapeaux jaunes. En effet, ces facteurs que l'on appelle facteurs bio-psycho-sociaux, vont énormément influencer sur la capacité des patients à aller vers une guérison et aussi sur leur ressenti de la pathologie.

On va distinguer des facteurs cliniques qui sont notamment l'âge, d'avoir déjà un antécédent au niveau lombaire, de chirurgie, d'avoir une altération de l'état général pour d'autres raisons ; des facteurs biomécaniques, qui sont plutôt liés aux activités pratiquées par les patients : typiquement, leur travail avec des ports de charge va expliquer une partie du problème ; des facteurs psychosociaux en tant que tels, qui vont être soit individuels - autant je vous disais que certains niveaux de preuves sont très bas sur la pathologie lombaire, autant sur les facteurs psychosociaux, on a quand même un bon maillage de données qui nous disent que là, cette évaluation de ces facteurs psychosociaux est quelque chose d'important et qui va rentrer dans le cadre de la médecine générale, parce que cela fait partie de nos compétences - c'est toute la partie cognitivo-comportementale, avec les comportements d'évitement, les gens qui vont avoir peur d'avoir mal et qui vont faire de moins en moins de choses, le catastrophisme, les croyances erronées, la peur de rester paralysée, par exemple, si l'on a une sciatique, le pessimisme quant au pronostic ; bien évidemment toutes les pathologies psychologiques ou psychiatriques, qu'elles soient à l'origine de la lombalgie ou en tout cas, qu'elles soient préexistantes comme les névroses, les dépressions, voire les psychoses, mais aussi le retentissement psychologique d'une lombalgie sur le patient ; les facteurs professionnels, c'est connu de tous, la capacité des patients à avoir un soutien dans leur travail, d'avoir une latitude, d'avoir un travail qui les satisfait est très important ; les facteurs liés à l'entourage, le soutien de l'entourage sur une pathologie qui peut durer longtemps, comme nous l'avons dit sur le chronique ; et des facteurs plus contextuels dans une situation, avec par exemple un conflit sur un accident de travail ou la difficulté de retour à l'emploi si le contexte ne s'y prête pas ; très important également, des obstacles liés au système de santé - on parlait juste avant de catastrophisme ou de croyance erronée : un patient qui va avoir eu un discours extrêmement pessimiste d'un professionnel de santé et un discours opposé derrière va être très difficile à faire avancer, puisqu'il va être un petit peu perdu dans tous ces discours.



Ce sont des facteurs qui sont vraiment primordiaux, et qui pour nous sont tout à fait utilisables en médecine générale, en tout cas à dépister et éventuellement à prendre en charge.

Sur cette partie d'évaluation, on voit que la majorité des signes sont cliniques ou de l'ordre de l'entretien et qu'il faut les répéter à chaque consultation, les réitérer pour se dire « la lombalgie reste: est-ce qu'il y a un *red flag* qui est apparu ?

Secondairement, vous voyez que c'est une seule ligne sur toute cette partie d'évaluation, proposer une radio standard et une IRM si cela dure plus de 4 à 6 semaines, mais éviter de répéter ces examens et bien dire aux patients que ce n'est que pour rechercher ces pathologies spécifiques, mais que cela ne change pas leur prise en charge dans la majorité des cas.

On passe à la partie traitement. Comme je vous ai dit, les niveaux de preuve sont très faibles. Je vais commencer par vous présenter ce qui est recommandé avec un fort niveau de preuve.

Ce qu'on sait et qui est démontré, c'est que quel que soit le stade, proposer des conseils de réassurance, de rester actif et un retour précoce au travail sont des facteurs qui vont améliorer la lombalgie.

Au stade subaigu, la prise en charge des fameux facteurs psychosociaux dont je viens de parler, comme au stade chronique, sont très importants et démontrés. La kinésithérapie active également est démontrée au stade subaigu ; et les programmes de rééducation multidisciplinaires qui s'appuient souvent sur une kinésithérapie active en pluri-professionnel également. Nous voyons pour la lombalgie chronique que nous pouvons proposer également des thérapies cognitivo-comportementales par rapport aux yellow flags cognitivo- comportementaux.

Pour ce qui est des traitements dont le niveau de preuve est important, on a ensuite la partie traitement à proscrire. De façon miroir, on a le repos strict au lit, les tractions, l'infiltration de corticoïdes en l'absence de radiculalgie et les corticoïdes oraux ou intramusculaires à un stade aigu. Bien évidemment, ils n'ont pas été testés au stade chronique non plus. Là-dessus, nous pouvons être sûrs.

Ensuite, on peut se poser la question. Il ne reste pas grand-chose à prescrire quand même avec nos patients, et la majorité des recommandations, notamment anglo-saxonnes, insiste sur l'importance des prises en charge non médicamenteuses et donc également non invasives, qui doivent rester vraiment en première ligne.

Je vous ai dit tout à l'heure que la kiné active était démontrée comme étant un traitement efficace. Elle ne doit pas avoir lieu trop tôt, c'est-à-dire que normalement, en phase aiguë, elle n'a pas sa place ; pas trop tard, car il ne faut pas rater le coche de la phase subaiguë ; et pas trop longtemps. Au bout de quelques mois, au bout d'un certain nombre de séances, cela n'a pas d'intérêt.

Il n'y a pas de type de kiné qui pour l'instant a fait la preuve de son efficacité, du moment qu'elle est active. Nous n'avons pas de supériorité des uns par rapport aux autres. Maintenant, on a cette difficulté de ne pas forcément savoir quelle kiné pratique notre kinésithérapeute référent. Je vous invite à aller voir un poster qui est actuellement affiché et qui parle justement de ce que font les kinésithérapeutes avec ces patients lombalgiques et qui répond, en tout cas qui ouvre quelques questions.

Nous avons toute cette partie de prise en charge non médicamenteuse où on a peu ou pas de preuves d'efficacité, mais nous allons être dans la question de ne pas nuire, du non nocere qui nous est cher, avec notamment tout ce qui est massage, balnéo, chaleur, ultrason, manipulation vertébrale : les patients qui viennent nous voir en disant « j'ai été voir l'ostéopathe, je me sens mieux », l'acupuncture, certains prescrivent des ceintures lombaires, des semelles orthopédiques, des TENS et des cures thermales. Tous ces éléments n'ont pas montré de preuve d'efficacité, mais, au moins, ne nuisent pas à nos patients et pourront éventuellement être proposés.

Au bout d'un moment, on va arriver à la prise en charge médicamenteuse, qui finalement dans nos consultations prend beaucoup de place, mais je vous ferai remarquer qu'elle arrive en dernier ici. De nouveau, on a très peu de preuves, et il a même été débattu de l'efficacité du paracétamol sur la lombalgie aiguë. Nous avons pris le parti de continuer de recommander le paracétamol et les AINS. C'est ce qui est décrit dans la littérature. Les paliers 2 et les paliers 3, notamment depuis les problématiques de mésusage aux Etats-Unis, posent question. La recommandation américaine proscriit notamment les morphiniques, et vous trouverez des spécialistes en France qui vont avoir le même discours. Je crois que l'important est de prescrire des morphiniques de longue durée d'action pour la période la plus courte possible, et surtout de se mettre dans la position de pouvoir évaluer la douleur et de la réévaluer, en tout cas de suivre ces patients.

Nous allons pouvoir proposer des antidépresseurs, la amitriptyline, la duloxétine ; la gabapentine et la prégabaline sur les radiculalgies, des AINS topiques, des myorelaxants, des infiltrations en cas de radiculalgie en subaiguë. Tous ces éléments n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et n'ont pas suffisamment de preuves pour être recommandés, en tout cas.

Alors vous allez me dire : « oui, mais quand on commence à parler de radiculalgie, qu'est-ce qu'on fait, quand il y a une sciatique ou une cruralgie ? »

Ce sont les mêmes principes si ce n'est que la résolution est plus lente en cas de radiculalgie. Bien évidemment, il faut commencer par éliminer l'urgence de l'hyperalgie résistante aux antalgiques, de la paralysie motrice ou du syndrome de queue de cheval, mais le principe est le même, avec un passage à l'IRM ou un avis chirurgical s'il y a plus de quatre à six semaines d'évolution, une possibilité d'infiltration en subaiguë, même si les preuves ne sont pas très fortes, et une chirurgie, en dernier recours.

Adresser le patient est quand même quelque chose que nous allons pouvoir faire aussi rapidement, et, vous l'avez vu, c'est une pathologie complexe où il va probablement à un moment falloir réfléchir à travailler en pluri-professionnel en l'adressant au kinésithérapeute, mais aussi au rhumato, au médecin rééducateur, à l'algologue, au chirurgien si nous avons besoin d'un avis - il y a différents éléments qui peuvent être pris en compte - au médecin du travail également, car c'est très important dans l'idée de reprendre le travail, en tout cas, c'est de travailler ensemble qui paraît important.

Comme j'ai pu en parler auparavant, vous voyez que les données actuelles de la science sur cette pathologie lombaire montrent peu de preuves, et que finalement, on se retrouve dans la situation courante en médecine générale où c'est l'évidence-based medicine qui prend le pas et où on va avoir plus d'importance des circonstances cliniques et des préférences du patient, pour prendre la décision. On va donc s'appuyer aussi sur cette partie-là très importante.

Je fais un bref point sur la prévention de la récurrence. Il a été démontré que la prévention des récurrences passait par l'exercice physique et une activité régulière. A ce sujet, la campagne de presse de l'assurance-maladie est plutôt bien faite sur le mal de dos : « le bon traitement, c'est le mouvement », même si je n'ai pas de conflit d'intérêt avec eux.

Pour conclure, si je dois garder des grands messages de cet article : c'est ne pas nuire à nos patients, les rassurer en leur proposant au maximum de bouger, de les accompagner dans un parcours de soins qui peut être compliqué en fonction également des possibilités de certaines régions et d'explorer et de les aider à avancer sur les facteurs psychosociaux. Tout cela, probablement dans une proposition pluri-professionnelle de travailler ensemble.

C'est la photo qui a été choisie sur l'article d'Exercer qui est paru en février, c'était donc adapté au niveau de la météo. J'ai parlé de bouger, etc. Cette photo m'a fait tiquer quand je l'ai vue, parce qu'elle était un peu tristounette. J'ai cherché un arbre qui bouge pour montrer le mouvement avec un médecin qui va l'accompagner. Je n'ai pas trouvé beaucoup mieux.



Dans tous les cas, je crois que ce qui est important, c'est de travailler ensemble. Aline Ramond n'a pas pu le présenter hier, mais il y a un projet colombe qui est un projet de recherche en soins primaires, qui va justement s'attacher à essayer de démontrer l'efficacité de la prise en charge des facteurs psychosociaux et d'une prise en charge pluri-professionnelle allant vers le mouvement, la santé au travail et la prise en charge en kiné active de ces patients lombalgiques.

Je vous remercie de votre attention et je vous donne rendez-vous à Nantes en 2019.

**Xavier GOCKO**

Merci beaucoup. Place aux questions. On a cinq ou six minutes pour des questions, n'hésitez pas.

Oui, à gauche.

**Isabelle HANDERSON**

Bonjour, Isabelle Handerson interne de médecine générale à Nantes.

Vous parliez du coût de la radio et de l'IRM, mais est-ce qu'il y a une place pour le scanner pour les lombalgies un peu subaiguës ou chroniques ?

**Céline BOUTON**

C'est une très bonne question.

Dans l'idéal, si nous avons le scanner et l'IRM dans les mêmes délais, l'IRM va être plus proposé dans les recommandations pour des problèmes d'irradiation liés au scanner essentiellement. Ce sont des patients en lombalgie chronique, on l'a déjà montré, ont malheureusement souvent plusieurs imageries dans leur parcours. Nous allons privilégier l'IRM également parce que l'IRM va apporter plus d'informations notamment sur les pathologies intervertébrales, sur les hernies. On peut proposer un scanner, mais si nous pouvons avoir l'IRM dans les mêmes délais. Cela dépend probablement des régions et des possibilités.

**Xavier GOCKO**

Merci.

**Patricia VIEIRA**

Patricia Vieira, médecin généraliste. Je souhaiterais savoir s'il y a une prise en charge médicamenteuse spécifique chez des personnes qui ont malheureusement des contre-indications aux anti-inflammatoires.

**Céline BOUTON**

Il n'y a pas de propositions spécifiques. Il y a les autres propositions que j'ai évoquées et que sont les antidépresseurs - il y a certains antidépresseurs qui sont à proscrire également, mais il y a quelques articles sur la duloxétine, des choses comme ça - mais avec des faibles niveaux de preuves.

La question ensuite des paliers 2 et des paliers 3 pose souci, mais finalement, encore une fois, ce sont les traitements non-médicamenteux auxquels il faut avoir probablement rapidement recours pour ces patients.

**Xavier GOCKO**

D'autres questions ? Vous nous pardonnerez, parce que ça brille beaucoup et nous ne voyons pas qui pose des questions ni où les bras se lèvent. Merci beaucoup.

**Pascal DURIEZ**

Pascal Duriez, médecin généraliste à Lille.

En complément du traitement, la place de la corticothérapie : est-ce qu'il y en a une, parce que l'on ne l'a pas du tout mentionnée alors qu'on pratique souvent par voie générale.

**Céline BOUTON**

Il a été montré qu'il n'y avait pas d'efficacité de la corticothérapie orale ou même intramusculaire en phase aiguë, et cela n'a pas été recherché pour la suite. Chez les patients lombalgiques et même pour les radicalgies, c'est un traitement qui n'est recommandé par aucune des recommandations que nous avons utilisées pour la synthèse

**Un Intervenant**

Question juste devant.

**Xavier GOCKO**

Je répète la question plus fort : comment expliquer qu'il n'y ait pas de nouvelles recommandations depuis 2000 ? Merci.

**Céline BOUTON**

C'est une excellente question. Je remercie mon directeur de DMG de la poser.

Elles sont en cours, il y avait même eu une réunion hier, je crois, sur le sujet. La difficulté est de se mettre d'accord parce que comme nous sommes en train d'essayer de faire des accords professionnels et que nous avons dit qu'il fallait travailler en pluri-professionnel, avec des professionnels qui ont des idées très arrêtées parfois. Je parlais des rhumatologues : s'ils lisent de façon brute la partie américaine sur les morphiniques, ils vont vous dire « non, il ne faut plus prescrire aucun morphinique à aucun douloureux chroniques » : cela peut être un petit peu compliqué à voir de notre point de vue de médecins généralistes. Probablement que cela prend du temps. Probablement que ce n'était pas la priorité des politiques de santé auparavant, mais j'espère que cela va venir. Est-ce qu'on sait dans quel délai, Aline ?

**Aline RAMOND**

(inaudible)

**Xavier GOCKO**

Normalement, en 2019. Merci Aline.

Une dernière question ?

**Une Intervenante**

Nous avons très envie que nos patients bougent et nous avons beaucoup de mal à les faire évoluer dans ce sens. Est-ce qu'on a des évaluations des premières petites applications qu'on voit, notamment l'application d'Ameli, pour essayer de faire bouger les gens ? Est-ce que des patients les regardent et est-ce que cela sert à quelque chose ?

**Céline BOUTON**

A ma connaissance il n'y a pas d'études de faites, mais ça me titille de faire au moins un sujet de thèse dessus pour les internes.

C'est une très bonne idée ces outils-là. Ce n'est pas très simple, mais c'est une bonne idée.

**Xavier GOCKO**

Compte tenu de la réponse rapide, encore une question si vous avez. Merci, Céline, pour les réponses rapides, c'est super.

Je croyais qu'il y avait quelqu'un qui avait levé la main.

Merci beaucoup, Céline. Une dernière question.

**Une Intervenante**

Je voulais juste savoir au sujet de vos lombalgies : quelle est la moyenne d'âge ? Parce qu'en fait vous vous intéressez aux lombalgies de la personne active, mais en médecine générale, en tout cas pour moi, c'est souvent des personnes âgées. Ils n'ont pas forcément des problèmes fracturaires, ni des problèmes tumoraux, mais dans ces cas-là, est-ce que ces recommandations sont toujours valables, parce que ce n'est pas si évident que ça ?

**Céline BOUTON**

Le travail qui est fait au niveau des recommandations est essentiellement fait, et toutes les études sont essentiellement faites, avec des patients de 18 à 65 ans. Vous avez tout à fait raison. La vraie difficulté, c'est comme dans beaucoup de sujets : dès que l'on passe les 65 ans, on n'a déjà pas beaucoup de preuves avant 65 ans, mais nous en avons encore moins après, je crois que notre bon sens de médecins généralistes va faire qu'on va continuer de prendre les mêmes stratégies thérapeutiques, d'être encore plus vigilants au red flag sur ces patients. Et d'être vigilants aussi aux facteurs psychosociaux chez ces patients, parce qu'il y a quand même des composantes psychologiques qui peuvent s'ajouter, le vécu du vieillissement qui peut être difficile, et de prendre en compte les difficultés qu'il peut y avoir avec certains médicaments sur la liste, bien évidemment que les morphiniques, les antidépresseurs ne vont peut-être pas être recommandés chez des patients âgés, mais là c'est effectivement la confrontation. C'est pour cela que j'ai mis la diapo sur « evidence-based medicine », parce que l'on va s'adapter avec les données de la science qu'on a à la situation clinique qui est devant nous et aux patients. Mais encore une fois, effectivement, la majorité des éléments sur lesquels on se base pour produire les recommandations sont sur les 18-65 ans, et les financements sont aussi là-dessus, parce que c'est ça qui coûte très cher au niveau de l'assurance-maladie notamment et des indemnités journalières.

**Xavier GOCKO**

Merci beaucoup, Céline.

Si vous lisez l'article, il y a la description de la situation d'un homme qui souffre du dos, et on apprend en lisant son histoire qu'il y a aussi un conflit avec son épouse et qui dort dans un canapé qui n'est pas vraiment adapté et qu'il a un métier qui ne lui plaît peut-être plus beaucoup, et on comprend vraiment les interactions, et même les neurosciences maintenant montrent que la douleur, la lombalgie, ce n'est pas seulement répondre par un traitement.

Merci, Céline, vous l'avez beaucoup dit.

**Céline BOUTON**

Pour ceux qui ne seraient pas abonnés à Exercer : l'article a été mis gracieusement en open, gratuit, sur le site d'Exercer. Je vous invite à en prendre connaissance en entier pour répondre aux questions qui resteraient et à vous abonner bien évidemment à Exercer.

**Xavier GOCKO**

Merci, Céline. On n'a même pas besoin de le dire. Impeccable. Nous pouvons l'applaudir. Merci beaucoup.

Bienvenue à Philippe. On avait dit qu'il viendrait un peu plus tard, il est là. Je passe la parole à Sylvain Pavageau. Le temps qu'il s'installe, je vous dis qu'il va vous parler de la décision médicale partagée dans la prescription des statines justement pour des patients où il n'y a pas de recommandations, qui ont plus de 75 ans, plus de 65, plus de tout.

## II) Statines en prévention primaire après 75 ans : décision partagée en l'absence de preuves

### **Sylvain PAVAGEAU**

Bonjour, je m'appelle donc Sylvain Pavageau. J'appartiens au département universitaire médecine générale de Montpellier-Nîmes. Je suis vraiment ravi de vous présenter cet article qui a été rédigé avec quatre de mes collègues. Je suis également honoré d'avoir été invité à participer à cette plénière originale dans laquelle les articles ont été choisis par les internes, que je remercie par le biais de leur représentante, Lucie. Je suis ravi aussi d'avoir pu mettre des visages sur toute l'équipe d'Exercer. Je les remercie encore pour tout leur travail.

Je note la variété des thèmes qui ont été choisis. Bien sûr la qualité des articles, et particulièrement l'intérêt de la prescription des statines chez le sujet âgé.

Dans le même numéro de février de cette année, qui était publié la position du Conseil scientifique du CNGE sur la prise en charge des patients en prévention primaire dyslipidémique. L'année est également chargée en actualité puisque la revue Prescrire en avril publiait sa synthèse méthodique sur la limite de la place des statines en prévention cardiovasculaire primaire. Nous reverrons un petit peu les liens faits entre nos articles.

Lorsque l'on parle de cholestérol et de statines, on parle de prévention secondaire - sur laquelle je ne reviendrai pas, puisque l'intérêt n'est plus à démontrer.

Par contre, en prévention primaire, le bénéfice/risque par traitement par statine est incertain, surtout quand le traitement se prolonge dans le temps. Beaucoup de questions existent. Les données sont insuffisantes pour déterminer par exemple le seuil de cholestérolémie au-delà duquel débiter le traitement, mais également le seuil de risque cardiovasculaire estimé pour traiter.

Plus le risque cardiovasculaire est élevé, plus le bénéfice semble augmenter, et utiliser des scores de risque cardiovasculaire n'a pas démontré d'efficacité en termes de mortalité.

En France, l'échelle score est utilisée, et on va dire que c'est la moins imparfaite. L'utilisation de la stratégie basée sur le taux de LDL cholestérol doit être abandonnée. Concernant les molécules évaluées, la simvastatine et la pravastatine ont été les plus étudiées, évaluées : la pravastatine semble préférable, parce qu'elle a moins de risques d'interaction.

L'incertitude est encore plus importante chez les sujets âgés de plus de 75 ans. En effet, aucun essai randomisé n'inclut spécifiquement ces patients. Certaines études comme Carns (39:27), Prosper (39:26) ou Jupiter ont inclus en partie ces patients, mais avec un manque de puissance statistique.

Les données de la science sont pauvres, les scores de risque ne sont pas validés à cet âge et les utiliser impliquerait de traiter un grand nombre de patients, sans tenir compte des effets secondaires, qui sont très importants.

De même, il est important d'évaluer la pertinence de l'arrêt d'une statine sur un sujet agile. Cela peut paraître facile : « Allez, on lui enlève, tant qu'à faire », mais il n'y a pas de preuve suffisante non plus dans cette situation. Un article du mois de septembre apporte certaines données. Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur une cohorte de plus de 46 000 patients en Espagne âgés de plus de 75 ans. Elle a été réalisée entre 2006 et 2015. La prescription de statines chez les patients qui n'avaient pas de diabète n'a pas montré de diminution de mortalité toute cause ou de réduction des maladies cardiovasculaires, indépendamment du sous-groupe d'âge.

En revanche, dès qu'il y avait un diabète, une réduction significative de ces critères était notée. Cette réduction s'estompait chez les patients de plus de 85 ans et disparaissait chez les nonagénaires. Finalement, ces résultats ne corroborent pas l'usage généralisé des statines chez les sujets âgés ou très âgés, bien que ce soit une étude rétrospective.

Dans ce contexte d'incertitude des données de la science, notre travail avait comme objectif de comprendre les déterminants de la prescription des statines par les médecins généralistes dans cette situation en explorant leur expérience. Le terme de prescription pouvait se rapporter de la décision de prescrire ou de ne pas prescrire. Nous avons utilisé une approche qualitative. Le recueil s'est fait à partir d'entretiens semis dirigés de médecins généralistes avec un échantillonnage raisonné ciblé avec recherche de variation d'expérience. Une analyse de contenu thématique a été réalisée par deux chercheurs en continu avec triangulation jusqu'à saturation des données. Nous avons utilisé les critères de validité corrects pour guider la rédaction de notre travail.

Au total, nous avons réalisé 13 entretiens : 7 hommes et 6 femmes, avec un âge moyen de 48 ans. Le résultat principal était que le médecin, en l'absence de recommandation, a adapté sa décision de prescrire une statine à une situation singulière, en tenant compte de son expérience et du point de vue du patient.

Nous avons relevé quatre axes thématiques : le premier axe concernait les données de la science qui était peu discriminantes pour la décision, avec des recommandations qui n'étaient pas connues ou décrites comme non adaptées, et les médecins souhaitaient être mieux informés. Les facteurs de risque étaient cités pour la prise de décision, mais avec parfois confusion avec les événements cardiovasculaires et la prévention secondaire. Les taux de LDL n'étaient pas discriminants. Certains les utilisaient systématiquement pour la décision ; d'autres n'en tenaient pas du tout compte.

L'expérience des médecins était hétérogène. Certains étaient opposés farouchement aux statines, d'autres étaient convaincus de leur utilité, et l'expérience des effets secondaires incitait à ne pas prescrire.

Les habitudes de prescription étaient parfois ancrées chez les médecins un peu plus âgés, et la notion d'âge physiologique du patient rendait parfois la barrière de 75 ans critiquable, en considérant que la plupart du temps ils sont quand même en bonne santé à cet âge.

Le troisième axe thématique insistait sur une prescription qui tenait compte du patient et de la relation avec lui. Les patients naviguaient entre des croyances hostiles vis-à-vis des statines et des représentations du cholestérol avec une crainte excessive. L'avis des patients impliquait donc de négocier et de partager la décision avec une qualité de la relation qui était primordiale.

Enfin, le quatrième axe insistait sur l'influence des médias et de l'environnement. Les polémiques autour des statines entraînaient un climat peu propice à la discussion. Les autres spécialités influençaient parfois l'arrêt, comme la gériatrie, ou au contraire incitaient à prescrire, comme en cardiologie. L'entourage du patient, la poly-médication étaient également considérées.

Notre approche qualitative a permis l'émergence de données originales. Les médecins généralistes suivaient un raisonnement pragmatique, c'est-à-dire influencé par le contexte de prescription. Il n'est pas étonnant que dans ces circonstances d'une approche holistique des problèmes, l'arbre thématique construit de façon inductive se soit finalement rapproché des différents cercles de l'evidence-based medicine ou médecine fondée sur les preuves. La singularité de l'étude était, justement, qu'aucun des médecins généralistes n'a explicité clairement son mode de raisonnement sur son modèle comme si son utilisation était implicite.

Le dernier de ces cercles, celui des circonstances/situations cliniques, précise un peu mieux les contextes de prescription liés aux médecins et aux patients en tenant compte de l'environnement général. La décision médicale partagée, qui était un des résultats principaux de notre étude, correspond à l'aspect fondamental de la discussion et de la

relation avec le patient. Celui-ci devrait être en mesure de recevoir le soutien nécessaire pour envisager les options possibles selon les éléments de preuve, y compris de ne pas agir et exprimer ses préférences. Ce concept est applicable dans toutes les situations médicales où existe une incertitude, et nous l'avons vu hier notamment au cours de la plénière sur le dépistage des cancers.

Notre étude rejoint donc en tous points les préconisations du Conseil scientifique du CNGE publié dans le même numéro d'Exercer. C'est plutôt rassurant.

Dans la même dynamique, la revue Prescrire propose une fiche pratique et très pertinente pour ouvrir la discussion avec le patient, en reprenant les incertitudes sur cette prévention. Il est donc nécessaire d'étayer les données de la science avec des essais cliniques randomisés sur de longues périodes.

L'étude Starri, l'étude australienne, examinera si un traitement par atorvastatine à 40 milligrammes par rapport au placebo prolongera la survie des patients en bonne santé de plus de 70 ans.

L'étude Saga, pour « statine au grand âge », a comme objectif d'évaluer en soins premiers l'intérêt clinique et médico-économique de l'arrêt des statines dans ce contexte. Cette étude, qui est toujours en cours, a besoin d'inclure encore de nombreux patients, environ 2 430 patients. Aux derniers chiffres, nous en étions à 1 052. Nous vous invitons bien sûr à rejoindre le groupe d'investigateurs.

En conclusion, cette étude qualitative originale a permis de comprendre les déterminants de la prescription de statines en prévention primaire chez le sujet âgé. L'adaptation du médecin à un contexte d'incertitude témoigne de la pertinence du modèle EBM et de son utilisation implicite par le médecin généraliste.

La recherche qualitative a été un outil adapté, et comme le rappelait Agnès Oudan-Burry (dans un éditorial paru dans la presse médicale en 2016, la recherche qualitative est une opportunité de repenser l'EBM).

Mieux prescrire nécessite de partager la décision avec le patient selon les circonstances, dans une approche centrée patient. Des études sont nécessaires pour lever ou au moins limiter les incertitudes concernant les statines dans ce contexte, et, d'une façon générale, la question de la prescription des médicaments en prévention primaire chez les sujets âgés est posée.

Je vous remercie.

**Xavier GOCKO**

Merci beaucoup, Sylvain.

Pareil : cinq ou six minutes de questions. Merci pour la lumière.

**Emmanuel BIZOT**

Emmanuel Bizot médecin généraliste.

Je n'ai pas bien compris pourquoi vous n'avez pas fait une séparation entre les gens de 75 ans de 75 ans ou plus qui prennent déjà des statines et ceux qui n'en prenaient pas et qu'on pourrait peut-être être tentés de mettre sous statines. Il me semble que ce sont deux situations différentes.

J'avais une deuxième remarque : vous avez dit au début que le médecin prescrivait en fonction de son expérience. Je ne comprends pas ce que cela veut dire que l'expérience d'un médecin en ce qui concerne les statines. Il me semble que c'est plus sur ses connaissances qu'il doit se baser, pondérées par les souhaits du patient ; l'expérience du médecin, je ne vois pas ce qu'elle vient faire dans les statines, et d'ailleurs dans tous les traitements.



**Sylvain PAVAGEAU**

Oui, c'est exactement cela. Votre remarque est intéressante, mais effectivement, c'est une question qui intervient dans toute prise de décision.

Pour répondre d'abord à votre première remarque, je n'ai pas très bien compris finalement ce que vous vouliez savoir concernant cette étude. Pouvez-vous reformuler ?

Un Intervenant

**Emmanuel BIZOT**

Oui. Je pense c'est que quand on a quelqu'un de 76 ans qui prend depuis 20 ans des statines, la situation n'est pas la même que celle de quelqu'un qui a 76 ans chez laquelle on découvre un LDL à 2,20 g, où on est pris entre l'absence de réponse scientifique à donner aux patients et l'angoisse du patient par rapport à son rôle qui est élevé.

Je trouve que quand on a quelqu'un qui prend depuis 20 ans des statines et qu'à 75 ans, on lui dit : « Ecoutez, non, finalement, cela ne sert à rien, vous pouvez m'arrêter ça, cela ne peut vous attirer que des ennuis », c'est un peu dur à avaler pour le patient.

En revanche, quand on a quelqu'un de 76 ans qui a un LDL trop élevé ou des facteurs de risques importants, la situation est différente.

**Sylvain PAVAGEAU**

C'est toute l'incertitude de la situation. C'est-à-dire que nous n'avons pas d'élément de preuve à ce jour pour dire s'il faut traiter, ne pas traiter ou arrêter une statine chez un patient qui en prenait déjà depuis longtemps après 75 ans, dans la mesure où justement par exemple l'échelle score n'est pas validée après cet âge. Si nous en tenions compte, nous les traiterons tous.

De même, en arrêtant une statine, on ne sait pas si l'on va augmenter le risque cardiovasculaire ou la mortalité. C'est toute la question.

Là, on a interrogé des médecins sur justement comment vous faites dans cette situation et on ne leur demandait pas s'ils connaissaient les recommandations ou l'absence de recommandations. On ne leur demandait pas leurs connaissances scientifiques, on leur demandait comment ils faisaient d'après leur expérience. C'est-à-dire : vous êtes en situation, vous ne savez pas : comment vous gérez cela ? Effectivement, les résultats qui ressortaient, et de façon claire, étaient qu'ils raisonnaient selon les principes que j'ai exposés, liés à cette EBM justement, ce qui pouvait paraître paradoxal en l'absence de données scientifiques.

C'était tout le sujet de l'article. Vous pouvez d'ailleurs le regarder en intégralité puisqu'il est également disponible en accès libre sur le site.

Je ne sais pas si j'ai répondu, parce que là on ne peut pas aborder toute la problématique des statines en prévention primaire avec les seuils de risque et le taux de cholestérol qui doit être abandonné, etc.

**Eric GALLARD**

Bonjour, Eric Gallard.

Cette communication comme la précédente pose des questions de fond sur la pratique de médecine générale, et votre question au dernier intervenant sur « c'est quoi l'expérience » : je pense que vous avez répondu « c'est ce que j'ai l'habitude de faire. » Il y a deux cas entre ce que j'induis et ce que je suis capable de modifier par ma décision. C'était très, très important de poser ces deux contextes. Si l'on remplace « expérience » par « représentation » et « valeur », « ce à quoi je crois », je pense que l'on explicite un peu cette notion d'expérience.

Je voudrais terminer sur cette importance justement d'explicitier l'implicite où on a tendance dans l'EBM à retenir, c'est cela qui apparaît, ce sont les données probantes,

mais les deux autres cercles, qui sont de l'implicite méritent ô combien largement d'être explicités, et je vous remercie de cette communication. Pour cela, merci.

**Xavier GOCKO**

Merci Eric, qui est rédacteur chez Médecine.

Question du rédacteur en chef, je crois, Jean-Pierre.

**Jean-Pierre LEBEAU**

Merci.

Jean-Pierre Lebeau, rédacteur en chef de la revue Exercer.

C'est bien qu'Eric ait parlé avant moi, parce que c'est exactement le même sujet que je voulais aborder et comme lui, je m'excuse de ne pas poser une question, mais faire une remarque à la suite de la première question qui a été posée sur l'expérience, qu'est-ce que l'expérience.

Je crois que cela rejoint ce que vous avez trouvé, c'est-à-dire cette utilisation implicite d'une véritable EBM, c'est-à-dire une EBM qui, effectivement, essaie de pondérer le plus justement possible ces trois cercles : les données de la science, la situation de soins et les valeurs du patient. Appelons cela comme cela.

Il me semble que Aldous Huxley, je crois, a dû dire un truc du genre « l'expérience ce n'est pas ce qui nous arrive, c'est ce qu'on fait de ce qui nous arrive ». C'est cela, l'expérience d'un médecin, ce n'est à mon avis, Eric, pas tout à fait les mêmes choses que les représentations.

Je pense que c'est cette expérience qui doit lui permettre de moduler au mieux les trois cercles de l'EBM et de faire de l'EBM sans s'en rendre compte et de mieux en mieux, c'est démontré, au fur et à mesure qu'il progresse dans sa carrière et donc en expérience. C'est-à-dire qu'il a fait de plus en plus de choses avec ce qui lui est arrivé dans sa carrière professionnelle.

Cela fait que finalement, cela explique assez bien pourquoi les médecins font de l'EBM même si c'est un concept qui n'est pas forcément très explicite dans leurs pratiques et que de fait l'expérience compte même dans la prescription qui devrait être guidée par les données de la science essentiellement. Ce n'est pas vraiment une question. J'en ai bien conscience.

**Xavier GOCKO**

Merci. Une autre question.

**Yann BARNET-WATTRELOS**

Bonjour. Yann Barnet-Wattrelos.

Pour faire un peu comme certains de mes confrères Lillois, comme Christophe en particulier, je vais poser une question qui n'en sera pas une, mais c'est pour réagir à mon premier confrère qui évoquait les décisions médicales partagées.

Je pense que, vous me corrigerez si je ne me trompe, a priori, la décision médicale partagée, ce n'est pas de dire à sa patiente « cela fait 20 ans que vous prenez une statine, maintenant il faut que vous arrêtiez ». La décision partagée, c'est lui expliquer un petit peu ce qu'il y a de nouveau, ce qu'on a découvert en lisant Exercer à laquelle on s'est abonné récemment, et, en fonction de tout cela, discuter avec elle et prendre une décision partagée avec la ou le patient pour choisir ce qu'on fera de la statine.

J'ai le même a priori avec une de mes patientes qui était sous statines depuis très longtemps et que j'ai réussi à inclure dans Saga. Quand on part de ce que veut le patient, on est parfois extrêmement surpris. C'était ma question qui n'en est pas une.

**Xavier GOCKO**

Merci.

Une dernière question ? Oui, en plein milieu.

**Un intervenant**

Vous nous avez montré que les statines en prévention primaire chez les personnes âgées n'étaient pas forcément pertinentes pour réduire leur mortalité cardiovasculaire. A défaut de leur apporter un bénéfice et une amélioration de leur qualité de vie et éviter qu'ils meurent d'un infarctus ou d'un AVC, est-ce qu'on a des informations sur l'amélioration de leur qualité de vie, et à défaut sur les effets indésirables et les conséquences de notre prescription, pour être dans une logique de primum non nocere plutôt que prévenir un AVC ou un infarctus qui vont les tuer, mais il faut bien qu'ils meurent de quelque chose un jour...

Je pose la question de la qualité de vie et des effets indésirables.

**Sylvain PAVAGEAU**

C'est exactement ce qu'il faut mettre en balance dans cette fameuse décision partagée. Sur les effets indésirables, beaucoup de choses sont démontrées, sur la prévalence du diabète, les myalgies, le risque d'AVC qui est lié à la dose et à la durée. Il y a des données moins probantes sur le risque de troubles cognitifs.

Sur la qualité de vie, les études qui sont en cours et que je vous ai citées plus d'autres ont en effet comme objectif secondaire de démontrer cela, notamment l'étude Saga qui étudie la qualité de vie, enfin, certains de ces marqueurs, mais à ce jour, mais je n'ai pas de réponse sur d'autres études sur la qualité de vie.

Bien sûr, comme je le disais, beaucoup de médecins considéraient ces effets secondaires et la poly-médication comme des facteurs limitant leurs prescriptions malgré le fait qu'on ne savait pas si l'arrêter n'allait pas les faire mourir. C'était difficile.

**Xavier GOCKO**

Merci.

Je voudrais remercier Sylvain, tant que j'y pense, pour sa mise à jour. Vous avez pu remarquer qu'il a parlé d'un article de septembre 2018 du BMJ. Merci d'avoir repris et retravaillé l'article. Nous pouvons l'applaudir.

En attendant que Yann prépare la vidéo et qu'il se présente : l'EBM, au cas où ce ne soit pas clair, est un recours permanent à un arbitrage des données de la science quand elles sont là - quand elles n'y sont pas, elles n'y sont pas ; au contexte de soins - est-ce que je fais un scanner ou une IRM ? Chez moi l'IRM, c'est un mois, donc cela joue ; et au patient, parce que parfois le patient est claustrophobe et ne fait pas d'IRM.

Yann Brabant.

### III) Comment la bande dessinée est-elle utilisée dans l'enseignement aux médecins ? Une revue systématique de la littérature

**Yann BRABANT, maître de conférences associé au DMG de Poitiers**

Bonjour à tous.

Tout d'abord je me présente : je suis Yann Brabant, maître de conférences associé au DMG de Poitiers. Je remplace Benoît Tudrej, qui a su en fin de semaine dernière qu'il ne pourrait être là pour vous présenter son travail, le travail de thèse d'un des thésards qu'il a encadrés : comment la bande dessinée est utilisée dans l'enseignement aux médecins ? Benoît vous expliquera pourquoi il n'est pas là.

Je tenterai au mieux de répondre à vos questions dans une dizaine de minutes, puisque Benoît a passé ces trois dernières nuits à vous faire une vidéo, qui, j'espère, vous plaira bien. En tout cas, essayez de ne pas faire la sieste.

*Vidéo de Benoît Tudrej.*

### **Benoît TUDREJ**

Bonjour à tous.

Nous allons aujourd'hui vous présenter notre travail de revue sur l'utilisation de la bande dessinée dans l'enseignement aux médecins.

Ce travail a été publié dans la revue *Exercer* en janvier 2018.

### **Carlos MACHADO E MOURA**

Tout d'abord, nous souhaitons nous excuser de ne pouvoir être avec vous aujourd'hui.

Je suis Carlos Machado e Moura. Je suis architecte, bédéphile et chercheur sur le croisement de la BD avec d'autres disciplines.

Hélas, je suis bloqué à Lisbonne avec une exposition.

### **Benoît TUDREJ**

Pour ma part, je suis sur le point de courir à la maternité avec ma femme.

Je m'appelle Benoît Tudrej, je suis médecin généraliste et chef de clinique à Poitiers.

Ne pouvant répondre à vos questions, Yann Brabant, maître de conférences associé à Poitiers, s'en chargera à la suite de cet exposé.

Dans les universités du monde entier, la pédagogie constructiviste se répand. Celle-ci se fonde toujours sur une analyse des pratiques des étudiants.

Or, la bande dessinée a une présentation singulière qui associe simultanément des messages iconiques et narratifs. C'est pourquoi nous nous sommes interrogés sur sa pertinence en pédagogie médicale. La qualité visuelle de la BD permet à la fois de faciliter la mémorisation, mais également la communication.

L'objectif de ce travail est de répondre à la question : comment le medium est-il utilisé dans l'enseignement aux médecins ?

Pour réaliser cet objectif, nous avons fait appel à trois médecins : deux médecins généralistes et une cardiologue, ainsi qu'un spécialiste en bande dessinée, Carlos, un bibliothécaire, à cause des difficultés des termes employés, et d'un enseignant pour garder une cohérence pédagogique.

Dans le MeSH, le terme consacré pour bande dessinée est *graphic novel*, mais la bande dessinée est un medium complexe avec des formats et des caractéristiques très diverses. Elle peut s'exprimer par des genres différents et ainsi assumer des termes nouveaux. Une recherche par mots combinés a donc été nécessaire pour ne pas omettre des références importantes, et surtout élargir le champ de référence à toute forme de narration séquentielle par image.

Nous avons alors retenu toutes les données publiées de janvier 1975 à décembre 2015, de langue anglaise ou française, qui s'intéressaient simultanément à la BD et à l'enseignement aux médecins. Les recherches ont été faites sur : Medline, Google Scholar, WorldCat et Sudoc.

Sur les 2 539 références identifiées, seulement 37 ont pu être incluses. La méthode des mots combinés au singulier et au pluriel a largement permis d'augmenter les références incluses. L'intégralité des 37 références était des points de vue d'auteur. Il n'y avait pas de travaux de recherche, et il s'agissait exclusivement d'expériences locales. Il n'y a clairement pas d'intégration dans un mouvement organisé en faveur de l'utilisation de

la bande dessinée en pédagogie, ni de travaux multicentriques ou sur de longues périodes d'analyse.

Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence deux champs d'utilisation de la BD dans l'enseignement aux médecins : tout d'abord, un outil d'aide à la mémorisation, et, de l'autre côté, un outil d'aide à la réflexivité.

Commençons donc par explorer les outils d'aide à la mémorisation.

Dans « Introduction à la médecine en phylactères » de Grégoire Fabrice en 92, l'auteur nous permet de nous rappeler quels sont les éléments de diagnostic de l'appendicite. On peut voir ici le point de Mc Burney pour le signe clinique, qui est un point douloureux, comme le rappelle ce « aïe » mais également ce qui est une péritonite avec le fameux ventre de bois.

Dans la BD de Sonia Echalian en 2014, l'objectif est de présenter la thyroïdectomie parfaite. L'image a pour but de faire un rappel de l'anatomie avec un dessin extrêmement précis, et le texte rappelle aux résidents que le nerf récurrent peut rentrer dans le larynx directement et sans passer autour de l'artère sus-claviculaire.

Le site medcomic.com est un site très amusant qui recense plein d'images de bande-dessinée de médecine.

Ici, la sémiologie dermatologique. Georges Muni, son auteur, cherche toujours à faire des dessins humoristiques pour favoriser la mémorisation. On peut penser qu'un étudiant qui regarde cette image retiendra cette sémiologie plus facilement qu'avec un simple descriptif ou même une photo.

Pour ceux qui veulent revoir de l'ophtalmo, je vous propose ici la différence entre le ptérygion et le pinguécula.

Passons à présent au deuxième champ d'utilisation de la bande dessinée : la réflexivité. L'exemple le plus intéressant est probablement celui du docteur Green, qui travaille à Open State University et propose à ses étudiants de créer leur propre bande dessinée pour aborder une situation complexe et authentique qu'ils ont eux-mêmes vécue. Après un apprentissage des rudiments théoriques et techniques de la BD, les bandes dessinées sont analysées en groupe sous forme de groupes d'échanges de pratiques. L'analyse à plusieurs avec le créateur de la BD cherche à perfectionner les compétences médicales des étudiants. Un nouveau regard des lecteurs est utilisé pour découvrir les éléments créés de manière involontaire par le dessinateur et rendre ainsi son analyse plus pertinente.

Dans la première ligne de cette BD, l'étudiant met en évidence qu'au début de son stage, il considère les patients comme des pathologies. L'infarctus du myocarde, le cancer du foie, le cancer du poumon. Ils sont tous cloués dans un lit de A, de B, de C. Dans la deuxième ligne, il met alors en évidence que sa représentation a un impact sur le vécu des patients. Cette dernière image présente la fin du stage de l'étudiant. Il connaît le nom de ces patients, et ils le ressentent. D'ailleurs, l'un d'eux pense : « Je ne suis plus un simple visage au milieu de la foule ».

Dans cet autre exemple, les étudiants décrivent le monde médical. Le chirurgien est ici représenté comme un requin qui assène à ses étudiants qu'on ne leur apprend rien à la fac et que de son temps, cela ne se passait pas comme cela. Le professeur d'histoire de la médecine est représenté comme un éléphant très ennuyeux qui explique comment l'insuline a été inventée devant un étudiant complètement somnolent, et le pédiatre est un nounours qui se veut rassurant devant un enfant terrifié.

### **Carlos MACHADO E MOURA**

Que peut-on retenir de ces résultats ? il y a une augmentation progressive du nombre de publications autour de la BD, mais elle ne l'est pas encore étudiée comme un objet de recherche à part entière en éducation médicale. Nous avons vu que la BD facilite la mémorisation, car la mémoire visuelle a une part importante dans la mémorisation de la

formation. Et aussi, car le dessin fait appel à l'émotion. Il peut l'exprimer d'autant plus. Voir écrit « le patient a dévasté » n'a pas le même impact que cette image.

### **Benoît TUDREJ**

La bande dessinée est un outil de réflexivité qui pourrait servir de traces d'apprentissage dans la lignée de ce que soutient le CNGE et l'ensemble des DMG de France.

Par exemple, on pourrait imaginer des groupes d'échanges de pratiques thématiques à partir d'images de BD.

Cette image est un très bon support pour travailler l'approche centrée patient. La concomitance de l'image et du texte met en évidence comment le médecin remplit sa consultation d'informations dont le patient n'entend que le jargon médical effrayant. La légende est ironique et renforce l'absurde de la situation. La dernière visite chez le docteur sans enregistrement audio.

Pour travailler la communication non verbale, ce dessin en deux cases contiguës de la même bande dessinée montre comment le médecin et le patient ne se rencontrent pas lors de la consultation. Chacun est dans son monde. La patiente a peur. Le médecin est tourné vers son ordinateur, tourne la tête et lance un lapidaire « n'ayez pas peur ». La discordance entre les dessins et le texte est totale. Ce dessin de l'auteur et dessinatrice Emma exprime également brillamment le manque d'empathie du soignant, ici concentré sur sa feuille de papier : la patiente est déshumanisée au profit d'un diagnostic propulsé au lance-pierre.

### **Carlos MACHADO E MOURA**

Pour rappel, la revue de la littérature a aussi révélé que Serge Tisseron est un pionnier du sujet avec l'article « La bande dessinée peut-elle être pédagogique ? »

Il a réalisé en 1975 sa thèse de médecine sur l'histoire de la psychiatrie au format bande dessinée.

On a pu observer dans ces trois exemples que la bande dessinée met en jeu un processus d'intégration complexe, avec la compréhension de signaux verbaux et graphiques. L'utilisation de ce medium est ainsi comparable à la réalisation d'un entretien médical par l'association de deux messages complémentaires : l'iconique et le narratif. C'est ce qui nous démontre ces exemples, avec une très grande économie de ressources graphiques. C'est la mécanique narrative même de la BD qui offre la possibilité de représenter des informations difficiles, dont l'écoulement du temps et son rapport avec l'espace.

Contrairement au cinéma, où chaque photogramme substitue inexorablement celui qui le précède, l'adjacence des cases de BD nous permet autant une lecture séquentielle de la page qu'une vision globale de l'ensemble.

La production des auteurs de Loubapou nous montre que l'introduction de contraintes créatives permet de développer la narration sur des chemins inattendus, introduisant des jeux avec la tridimensionnalité de la feuille de papier ou la possibilité de plusieurs sens de lecture.

D'ailleurs, le rythme particulier de chacun lors de la lecture d'une BD permet d'effectuer à volonté des retours en arrière, associant le temps de l'action au temps mental du lecteur. La lecture active et la lecture multi-sens sont donc proches de la lecture médicale d'un patient dans sa complexité, et les bandes dessinées en diagramme de Quizwear en sont d'excellentes démonstrations.

Sur ces planches de Building Stories, on voit ce bébé qui souffrira d'un handicap au cours de sa vie à partir de différentes perspectives et nombreux regards croisés. En plus, le potentiel expressif du dessin permet d'exprimer les non-dits et les subtilités, comme



dans ce dessin de Sempé. La BD donne ainsi accès à une représentation complexe de la réalité et du vécu des patients.

Sur cette première page de la grille de Calgary Cambridge que nous avons créée, la lecture peut se faire dans plusieurs axes. La colonne de gauche représente le point de vue du médecin ; celle de droite, le regard du patient. Et au milieu, un regard objectif. La temporalité est exprimée dans une lecture du haut en bas. Une des limites souvent abordée dans l'utilisation de la BD est la nécessité de maîtriser le dessin, mais la qualité du dessin n'est pas primordiale, car dans ce dessin d'un étudiant du docteur Green, ces personnages bâtons sont suffisamment expressifs pour exprimer un manque d'empathie et l'intérêt soudain d'un médecin pour la santé mentale du patient en passant la tête par la porte.

Parfois, le dessin le plus simple est le plus percutant, comme avec les dessins de Calpurnio et son personnage El Bueno de Cuttlas.

La BD est un outil pédagogique qui peut apporter de nouvelles perspectives en éducation médicale, et la revue de la littérature soutient cette pratique et la crédibilise.

### **Benoît TUDREJ**

Si vous n'êtes pas encore convaincu, la prochaine fois, en consultation, vous ferez la différence entre un ptérygion et le pinguécula en repensant à l'image que l'on vous a montré, c'est qu'il y a bien quelque chose à faire entre BD et pédagogie.

Un grand merci à tous et tout particulièrement à la revue Exercer d'avoir accepté cet article, mais également à Lise Nariemgé de l'avoir choisi pour cette présentation orale.

A présent, Yann, on te laisse la parole pour pouvoir répondre aux questions d'ordre pédagogique. On reste bien sûr disponibles pour tous les autres types de questions par e-mail. Merci, à bientôt.

### **Yann BRABANT**

Merci beaucoup pour vos applaudissements, que je transmettrai aux auteurs.

### **Xavier GOCKO**

Une ou deux questions ?

### **Christophe BERKHOUT**

Christophe Berkhout, Lille, fac.

Je voulais absolument insister sur le travail phénoménal et remarquable qu'on vient de voir. Je pense que c'est une première. Je ne sais pas si cela a déjà été fait, mais je pense que c'est une première, et cela mériterait quasiment un *standing applause*.

### **Yann BRABANT**

Il faut que je filme, alors ! Une petite photo. Je transmettrai.

Je pense que ça va aller. Merci beaucoup.

### **Une intervenante**

Bonjour. J'ai une question. Je voulais savoir s'il y avait déjà une mise en place de groupes de pratique qui utilisent ces techniques dans des DMG en France, parce que je trouve cela assez extraordinaire. Je suis maître de stage universitaire, et je pense que c'est une très bonne façon d'apprendre, très complémentaire.

### **Yann BRABANT**

A ma connaissance, non, à moins que quelqu'un ait l'information, mais pour avoir réalisé un autre travail d'état des lieux des 35 DMG de France sur l'utilisation qu'ils font des

groupes d'échanges de pratiques, a priori en septembre 2017 aucun n'utilisait la bande dessinée. Peut-être même que certains ne seraient pas tout à fait d'accord avec un point qui a été évoqué dans cette vidéo dans notre pédagogie d'apprentissage : la base de la réflexivité, ce sont les situations authentiques. Dans le cadre des groupes d'échanges de pratiques que vous citez, on pourrait faire comme les Américains qui utilisent la BD pour écrire le récit de situation authentique - et là, cela me semble être tout à fait cohérent avec notre méthode d'apprentissage ; cependant, le groupe d'échanges de pratiques à partir de BD, de vignettes qui sont sorties d'expériences d'autres personnes ne faisant pas partie du groupe ne me semble pas tout à fait conforme à ce que nous voudrions faire avec les étudiants.

### **Xavier GOCKO**

Merci. Autre question ?

### **Anouck ANDRE**

Bonjour. Je m'appelle Anouck André, je suis en fin d'internat.

Je voulais vous demander : est-ce que vous avez des idées sur la façon dont cela pourrait être mis en œuvre dans les universités ou dans les groupes de pairs ? C'est vrai que la bande dessinée est quand même quelque chose qui s'apprend : comparativement à un PowerPoint, même si cela s'apprend aussi, on ne peut pas le faire aussi facilement, cela nécessite d'avoir accès à quelqu'un qui sait faire de la bande dessinée ou d'avoir des moyens financiers pour le faire.

Est-ce que vous avez des idées par rapport à cela ?

### **Yann BRABANT**

Tout d'abord, pour resituer le contexte : au début, c'était vraiment pour s'amuser, cette thèse. Un thésard qui aimait la bande dessinée, plusieurs nommés du DMG qui en ont discuté en rigolant et qui ont dit : « Tiens, on pourrait faire une thèse. Cela va être amusant. » On ne pensait pas qu'on serait là aujourd'hui.

Pour répondre vraiment à la question, j'ai l'impression, de mon point de vue, que l'idée serait vraiment que la bande dessinée puisse être d'une part une ressource que nous, enseignants, nous pouvons parfois mettre à disposition de nos étudiants quand ils se sont posé des questions, qu'ils font leur RSCA : il y a certaines bandes-dessinées qui peuvent servir de ressources -encore faut-il les connaître, il faudrait peut-être une banque de bandes dessinées qui sont pertinentes pour la médecine générale - mais cela peut être une ressource pour leur permettre de mieux mémoriser certaines connaissances qu'ils ont à approfondir dans le cadre d'une recherche vis-à-vis d'une de leurs problématiques en situation authentique. Il y a cet aspect ressources.

Il y a également l'aspect de mettre en œuvre sa réflexivité, comme le début du RSCA est le récit de la situation authentique, certains internes, mais pas tous. Cela répond un peu à la question de la difficulté à la fois du dessin, et certains internes peuvent ne pas être à l'aise avec la bande dessinée, mais pourquoi ne pas accepter que certains internes écrivent leur récit de RSCA sous forme de bande dessinée s'ils sont à l'aise avec cela et qu'ils veulent vraiment exprimer une émotion grâce à la BD. Il y a à la fois le texte et l'image. Cela peut donc enrichir un récit de RSCA.

### **Xavier GOCKO**

On va prendre deux dernières questions avec celle de Jean-Pierre.

Allez-y Monsieur.

### **Docteur DA SILVA**

Docteur Da Silva, à Châteauroux. Je suis tuteur et j'ai été confronté à beaucoup d'internes étrangers. Je vois dans ce travail que l'on peut faire des traces d'apprentissage

avec la BD. Je me disais que si l'on fait des hommes bâton et de petites bulles, pour eux ce serait nettement plus facile de s'exprimer et de faire leur traces apprentissage au minimum - peut-être pas le RSCA, mais au moins les traces d'apprentissage - et de comprendre comment eux, en tant qu'étrangers, raisonnent via la BD : ce serait peut-être un point d'appui pour eux.

Ecrire en français, c'est très difficile. Quand on vient de Roumanie ou de Bulgarie, on arrive en France et on ne connaît pas toujours le français. Je trouve que cette idée, du point de vue pédagogique, est vraiment intéressante.

### **Yann BRABANT**

Tout à fait. C'est exactement ce que je voulais dire juste avant. Cela doit laisser cela doit être laissé au libre choix de l'interne, mais si c'est la meilleure façon pour lui de communiquer ce qu'il a ressenti en consultation et ce qu'il a vécu, ses problématiques, c'est très bien qu'il puisse le faire sous cette forme-là.

### **Xavier GOCKO**

Dernière question de Jean-Pierre Lebeau, rédacteur en chef.

### **Jean-Pierre LEBEAU**

Ce n'est toujours pas une question.

C'est pour reprendre ce que vous dites tous, d'abord ce qu'a dit Christophe, puisque je suis vraiment très fier de diriger une revue dans laquelle on publie très régulièrement les travaux de Benoît Tudrej et ceux de Yann Brabant, d'ailleurs, puisque ce sont quand même des piliers d'Exercer pour ce qui est des auteurs, notamment en pédagogie, et que par ailleurs, je suis absolument d'accord avec Jean-Paul, d'autant plus qu'il n'y a pas besoin d'être d'origine étrangère pour écrire extrêmement mal le français, et qu'on lit régulièrement des RSCA dont la narration et du niveau de l'homme bâton. Vraiment.

Je ne suis pas sûr que ce soit plus difficile de faire une BD qui exprime suffisamment ce qui s'est passé pendant la situation avec une certaine économie dans la qualité des dessins que de faire un texte qui produise... Moi, je laisserais assez volontiers au libre choix des uns et des autres de choisir plutôt l'écriture ou plutôt le texte, sachant que le problème de la qualité est le même. C'est toujours le même.

### **Xavier GOCKO**

Merci.

Merci à Benoît, même s'il n'était pas là. Merci beaucoup, Yann, d'avoir accepté de répondre aux questions de manière un peu impromptue, et tu t'en es très bien sorti. Je passe la parole... On peut l'applaudir une dernière fois pendant que le professeur Philippe Binder s'installe. Il va nous présenter son article. Il y a deux articles, et il y en a un qui a été choisi sur l'adolescent.

## **IV) L'approche des adolescents en médecine générale**

### **Philippe BINDER**

Il n'y a aucune concertation avec la présentation qui vient de se produire.

Je vous remercie beaucoup de cette invitation et de me donner l'occasion de vous faire entrer dans le monde mystérieux du cerveau de l'adolescent, car derrière cette façade impavide se cachent de lourds nuages, et c'est Tchekhov qui a raison.

La situation est connue. Je vous laisse lire les chiffres. Les tentatives de suicide - regardez le pic de 15-16 ans - sont inabordables ou inabordées en médecine générale, mais la rencontre avec les adolescents en consultation est déconcertante pour de multiples raisons, et l'une d'elles est la méconnaissance de son fonctionnement interne.

Je vous invite au voyage dans son cerveau. C'est une période de grande transformation cérébrale où il se produit un recâblage par élagage de 15 % des neurones et une myélinisation accélérant l'influx. Le cerveau se spécialise par une maturation lente.

Regardons de plus près sur quelle mécanique cela survient. Le cerveau triunique.

On distingue trois instances d'intégration du contrôle qui s'empilent progressivement : le cerveau reptilien, primitif ; le mammifère, émotif, émotionnel ; le sapiens, cognitif.

Voyons cela dans le temps : le cerveau reptilien est mature dès la naissance. Voilà notre petit dragon en pleine forme. Il ne fait que cela, et c'est déjà pas mal. Il gère les sensations, et son moteur est le besoin.

Le cerveau mammifère, le petit cheval, au contact maternel, s'éveille. Quant au cognitif, le cavalier : il dort.

Dans l'enfance, le dragon reptilien est progressivement dominé par le cerveau mammifère pétri d'une influence parentale et environnementale non choisie. Il est mature vers 7 ans. Il découvre les émotions. Il associe par analogie. Son moteur est le désir. Le cognitif s'éveille, mais reste largement en retrait.

A l'adolescence, le cerveau sapiens cognitif émerge fortement alors et tente de maîtriser son cerveau mammifère et son reptilien. Il réfléchit, il fait des choix, au début très binaires : c'est génial/c'est nul. Son moteur est le projet, mais cela se fait par à-coups, par avancées et reculs dans des orages, dans un bain biologique instable et surtout dans une influence puissante dans un environnement plus ou moins choisi.

Le jeune cavalier cognitif commence à impulser un cheval pour se détacher du dressage initial parental, mais il reste largement lié à l'ambiance de la manade ou de la horde de ses pairs et de l'école.

Avec des variations selon le sexe, la progression de maturité du cognitif entraîne des décalages de gestion entre les sensations, les émotions et la réflexion ; entre le besoin, le désir et le projet. Les réactions du cheval contiennent les pulsions reptiliennes, mais seulement jusqu'à des seuils critiques qui sont souvent dépassés et qui débordent. C'est pour cela que la première lecture des adolescents est rapide et plus souvent émotionnelle. Ils sont plus sensibles aux récompenses que les adultes, mais ont plus de mal à leur attribuer un sens. Si vous voulez des détails, je vous invite à regarder en vidéo le slam de Grand Corps Malade, dont le titre est évocateur : *Ma tête, mon cœur et mes couilles*.

Puis, progressivement, le contrôle s'équilibre pour trouver un apaisement maîtrisé plutôt adulte. Certains n'y arrivent pas. C'est un long chemin de gestion où s'articulent sans cesse le besoin, le désir, le projet.

Nous mesurons ici les deux représentations d'équipage : celui de l'adolescent et de l'adulte, et qui montre le décalage que nous avons, nous, médecins adultes, face à celle des tensions des adolescents. Ce cerveau est sous influences multiples : génétiques, développementales, environnementales. Vous le savez, l'influence parentale est primordiale, et les méchantes fées sont l'incohérence éducative et les perturbations de l'attachement précoce - je vous invite à lire Bowlbi, c'est très intéressant - mais cela peut se limiter, dans le silence, à une pauvreté de lien et de sens.

Cherchons d'abord la place du père. Observons, regardons les ambiances, écoutons ce qu'ils disent de l'ambiance au repas, observons les échanges entre parents et enfants en consultation, lors des vaccinations, par exemple, puis cherchons les carences du champ culturel et imaginaire et la puissance des projections parentales.

Cette façon de gérer l'équation d'adolescents : comment m'éloigner de l'ombre portée de mes parents que je veux en secret imiter ? Y a-t-il du plaisir à revenir à la maison ? L'adolescent est symptôme d'un fonctionnement tumultueux du système dont ils cherchent à se dégager. Son détachement est ambivalent. Il investit massivement, vous le savez, l'amitié ou l'amour, mais au risque de la rupture, surtout quand il n'y a plus de filet familial. S'instaure aussi l'influence du système scolaire, qui fait bouée, orientation ou rejet, mais

qui reste quand même très liée aux représentations parentales et à ce que disent les parents.

Quant à l'envahissement des réseaux sociaux, soyons attentifs surtout au temps passé et non pas à ce qui est vu par le sujet. Deux heures est une limite raisonnable ; entre deux heures et cinq heures, inquiétude ; au-dessus de cinq heures, les comportements déviants sont assurés.

Ces comportements ont des expressions comportementales classiques : celles qui sont internalisées, très discrètes - vous les connaissez - et celles qui sont externalisées, plutôt bruyantes et qui font venir dans les cabinets de consultation. Je vous invite à une attention particulière aux codes-barres des scarifications, qui veulent dire beaucoup plus. Vous les examinerez avec le BITS. Je vous renvoie aux travaux cités dans Exercer et autres, et vous vérifiez si c'est pire, si le symptôme est cumulé, précoce, intense, répété, excluant.

Prenons simplement l'exemple des consommations. L'exemple du rôle des consommations indique une forme de résolution du désir contrarié ou des stress par des apports externes, stimulants, efficaces, alcool et drogues. Les produits assouplissent puis suppriment les transmissions des rênes et des éperons. Les rênes, c'est le GABA ; les éperons, c'est le glutamate.

Cheval et dragon jouissent, puis prennent le mors ; le cavalier heureux perd la main, puis les étriers. Il ne sait pas où il va, mais il en est content.

A l'inverse, l'absence de produits - alcool ou cannabis par exemple - fait que l'équipage fait du sur place involutif avec stress, colère et désintérêt pour l'extérieur. A terme, le manque s'installe, puis l'obsession qui glace et fige le fonctionnement interne retarde le développement.

Si l'alcoolisation et la boulimie sont un équipage emporté par les besoins primaires du dragon, on peut se figurer l'anorexique comme un cavalier cuirassé maîtrisant ses montures, rétréci, impuissant à toucher le sol, voire le vital, et qui s'effondre sans désir propre puis sans besoin et hors-sol.

Je terminerai par l'inscription des mouvements internes dans une synthèse en deux images.

En regard diachronique, cette évolution adolescente est une métamorphose d'un invertébré à carapace externe qui perd son exosquelette. Les rigidités externes protectrices mais pesantes de l'enfance font place aux squelettes d'un noyau vertébral interne de plus en plus solide et mature, avec une chair exposée, hypersensible. L'ensemble croit en solidité, se vertébralise en gardant sa souplesse et permet la verticalisation psychique, mais l'effort est intense. La carapace du crustacé de consistance très variable se retire ou est jeté parfois trop précocement. La chair sensible est alors exposée à une période de grande vulnérabilité où se projettent nombre de prédateurs économiques, publicitaires avant que les vertèbres de la réflexion, de l'expérience et de l'autonomie ne structurent sa personnalité. En l'absence de carapace limitante, la chair du crustacé s'enfle en tous sens pour tester les limites. Elle est sensible vulnérable et méconnaissable aux parents et aux médecins. Les comportements, qu'ils soient originaux ou à risque, sont de nombreux déguisements à usage externe pour paraître quand l'intérieur ne tient plus.

En regard synchronique, l'ado gère comme il peut le quotidien au volant de son véhicule plus ou moins cabossé au cours de l'enfance. L'adolescent appréhende le présent et le futur à travers le pare-brise pour faire des choix. Les rétroviseurs envoient des images du passé et la pression de son entourage, les écrans de contrôle rappelle les normes imposées. Mais de nombreuses interférences perturbent sa conduite, sa vigilance est envahie par les bruits du moteur du fonctionnement interne. La tyrannie de l'affichage des écrans, code de la mode ou des pères, monopolise son attention. La multiplication des rétroviseurs rétrécit le champ de vision, les injonctions parentales, les crises conjugales sont des appels de phares qui flashent et aveuglent dans les rétroviseurs. Ainsi, l'anxiété

est le rétrécissement du pare-brise et le repli par rapport au futur ; la dépression, c'est l'envahissement des rétroviseurs du passé et du jugement.

Alors, dans sa conduite indécise, l'adolescent est partagé entre le repli rassurant dans un blindé à pare-brise étroit comme des meurtrières et l'exposition ouverte et risquée à une décapotable en pare-brise panoramique ouverte à tous les vents et tous les agresseurs. Dans ces turbulences, il oscille entre une réassurance approchée, accrochée aux multiples écrans ou rétroviseurs ou leur suppression impulsive et classique pour s'en libérer violemment.

Devant quels médecins vont-ils se projeter ? Qu'est-ce qu'ils attendront pour appréhender tout cela et permettre l'échange, que veulent-ils ?

Quelles sont les conditions de la confiance ? Nous l'avons mesuré. C'est la confidentialité, le non-jugement et les bonnes questions. Mais toi, médecin, qu'est-ce que tu vas être ? Un technicien réparateur ? Un ingénieur planificateur ? Ou un collaborateur accompagnateur ?

Tu le sauras en lisant les prochaines aventures des délires de Binder dans le numéro suivant d'Exercer.

Je vous laisse méditer cette puissante prose de Victor Hugo, qui nous ramène à une attitude collaborative et toujours ajustée, mais plutôt avec notre cœur pour servir notre tête.

Je vous remercie.

**Xavier GOCKO**

Deux standing ovation. Merci.

Même si nous sommes en retard, nous ne résistons pas à une ou deux questions pour Philippe.

**Philippe BINDER**

Je vais vous poser une question : savez-vous pourquoi j'ai mis les lettres A, B et C ? J'ai appris il n'y a pas longtemps l'origine des trois premières lettres de l'alphabet dans cet ordre. Dans l'alphabet phénicien cananéen, la lettre A à l'envers signifie le violent taureau non contrôlé. La lettre B, inclinée à 90 degrés, c'est la maison de la domestication du violent. La lettre C, c'est le chameau, qui, celui-là, est maîtrisé complètement. La lettre D, c'est la porte dans laquelle l'on s'engage en ayant maîtrisé la violence grâce à la domestication de l'enseignement parental et groupal.

**Xavier GOCKO**

Cela nous fait une belle conclusion.

Comme il est l'heure, je voudrais remercier vraiment tous les gens qui ont animé la salle et qui nous ont permis d'avoir toutes les questions, toute l'équipe d'Exercer, les participants nombreux, et bien sûr les intervenants et la présidente de l'ISNAR.

Bon congrès.



## INDEX

*Nous vous indiquons que nous n'avons pu nous assurer de l'exactitude des éléments suivants :*

|                   |    |                       |    |
|-------------------|----|-----------------------|----|
| Agnès Oudan-Burry | 14 | Isabelle Handerson    | 9  |
| Anaita            | 3  | Isabelle HANDERSON    | 9  |
| Bizot             | 14 | Loubapou              | 20 |
| Bowelbi           | 24 | Muni                  | 19 |
| Building Stories  | 20 | Nariemgé              | 21 |
| Carns             | 12 | projet colombe        | 9  |
| Echalian          | 19 | Prospers              | 12 |
| éco GENES         | 5  | Quizwear              | 20 |
| Eric GALLARD      | 15 | Yann Barnet-Wattrelos | 16 |
| étude Starri      | 14 | Yann BARNET-WATTRELOS | 16 |