

Congrès CNGE Tours 2018

Sommaire

Mercredi 21 novembre 2018, de 14h15 à 15h00

Modérateur :

Matthieu Calafiore - CNGE Collège Académique

Intervenants :

Vincent Renard - Président de CNGE Collège Académique

Marie-Véronique Constant - Présidente du CRGE Centre-Val de Loire

Patrice Diot - Doyen de la faculté de médecine de Tours, Président de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS)

Jean-Pierre Lebeau - Président du comité scientifique du 18e congrès national de CNGE Collège Académique

Cédric Rat - Nantes

Plénière d'ouverture : PSA : À PRESCRIRE OU À PROSCRIRE ?

Plénière d'ouverture : PSA : À PRESCRIRE OU À PROSCRIRE ?

Matthieu CALAFIORE

Par la Présidente du CRGE Val de Loire, Marie-Véronique Constant.

Marie-Véronique CONSTANT, Présidente du CRGE Val de Loire

Bonjour tout le monde. Merci beaucoup d'être venus, aussi nombreux, et même de Montpellier. Je vais d'abord commencer par faire des remerciements, parce que je voudrais remercier l'équipe qui m'a accompagnée jusqu'à maintenant. Nous étions 14, et tous les bénévoles qui sont venus se joindre à nous pour la période du Congrès. 70 MSU, 90 internes et 9 externes. Je pense que nous pouvons les applaudir déjà.

(applaudissements)

Comme vous avez pu voir, on est facile à reconnaître avec notre canotier. Les rouges, nous sommes un peu plus organisateurs que les autres qui sont bénévoles, mais tout le monde sait tout.

Pour les renseignements dont parlait Matthieu, j'ai besoin de vous dire que le vestiaire ferme à 18 heures 30. Si vous avez des sessions après ou des assemblées générales, il faudrait venir à 18 heures 30 au vestiaire tout chercher, parce qu'après le vestiaire sera fermé.

On avait prévu un programme pour les accompagnants de ceux qui ne sont pas ici, mais qui vous accompagnent à Tours. Il y a encore des places disponibles, s'il y en a qui ont envie d'aller se promener sur la Loire ou visiter le musée de Tours.

L'application est dans le programme. C'est un QR code, à la première page du programme.

Une autre précision pour l'Assemblée générale de samedi : elle aura lieu samedi matin sur le nouveau site de la faculté, que nous a gentiment prêté notre Doyen. C'est le nouveau site sur La Riche : dans le programme, vous avez le trajet. Vous pouvez y aller à pied, à vélo en voiture ou avec le fil bleu numéro 15. Voilà. Bonne journée, bon congrès et merci.

Matthieu CALAFIORE

Je passe maintenant la parole à Patrice Diot, qui est le Doyen de la faculté de médecine de Tours, président de l'Observatoire National Des Professions de Santé, l'ONDPS, et représentant de la Conférence des Doyens.

Patrice DIOT, Doyen de la faculté de médecine de Tours

Merci. Chers collègues, chers amis, bonjour à toutes et à tous. C'est le dix-huitième congrès du CNGE. C'est facile, vous allez me dire : 18 ans, c'est l'âge de la majorité, c'est l'âge de la maturité aussi, peut-être pas tout à fait, mais on va dire que c'est l'âge de la maturité. J'aime beaucoup votre spécialité. Je le dis et tout le monde sait que je le dis souvent, je le répète, mon père était médecin généraliste. J'ai pratiqué moi-même un petit peu la médecine générale pendant que je faisais mes études. J'aime beaucoup cette spécialité. Votre spécialité s'est construite au début, me semble-t-il, dans l'idée qu'il fallait qu'elle existe, qu'elle était évidemment naturelle. Et aujourd'hui, c'est passé. Votre spécialité porte une ambition collective très forte. Elle est fondée, je le vois tous les jours, sur la solidarité, l'enthousiasme. Et elle se nourrit d'une connaissance très aiguë finalement des grands enjeux liés aux mutations que l'on vit dans notre pays, dans notre société, de par la connaissance fine que vous avez de ce qui se passe dans les territoires.

J'ai regardé attentivement le programme, surtout quand je me suis aperçu que cela s'intitulait « PSA : à prescrire ou à proscrire ? », je me suis dit : « Mais qu'est-ce que je fais là ? » Après, on m'a expliqué que non, ce n'était pas ce que l'on me demandait de dire. J'ai regardé le programme et je me suis aperçu qu'évidemment, il illustre parfaitement ce qu'il se passe au sein de votre spécialité, tant en ce qui concerne la pédagogie que ce qui concerne la recherche. La pédagogie, vous êtes à la pointe de tout. C'est vous, peut-être sans vous en rendre compte toujours, qui avez contribué à la construction de la réforme du troisième cycle et qui allez contribuer à la construction de la réforme du deuxième cycle, en ayant très vite compris qu'il fallait arrêter l'empilement de connaissances et passer à une pédagogie de la compétence. Vous avez défini ce que seront les maîtres de stage universitaires. Il faut que vous nous aidiez dans les facultés de médecine à répandre cette notion de maîtrise de stages universitaires dans les autres spécialités, de sorte que l'on sorte d'une formation qui est trop CHU centrée, qui est trop hospitalo-centrée et que l'on forme des gens qui soient capables d'aller exercer les 44 spécialités là où on a besoin d'eux, c'est-à-dire majoritairement en dehors des hôpitaux.

(applaudissements)

Vous n'avez pas à m'applaudir quand je dis des choses qui vous font plaisir, parce que je ne les dis pas pour vous faire plaisir, je les dis parce que je les pense.

Et vous avez aussi mis au point des outils qui seront utiles à tous, par exemple les portfolios. Ce qui m'a beaucoup intéressé dans le programme et que je connais moins et sur lequel j'ai quelques idées que je voulais partager avec vous, c'est tout ce qui touche à la recherche. C'est un engagement très fort aussi de votre spécialité qui est absolument essentiel pour la société. Je sais, depuis la création du CNU de médecine générale, combien vous êtes exigeants pour les futurs enseignants chercheurs de médecine générale. Je me demande dans quelle mesure quelquefois ce n'est pas un peu trop exigeant, mais je ne me permettrai pas de polémiquer sur le sujet. Il m'arrive de poser des questions.

(applaudissements)

J'ai vu dans le programme, par exemple des sessions d'analyse d'articles qui sont proposées d'ailleurs, si j'ai bien compris, par des internes. Je trouve cela extrêmement positif. Et surtout, ce que j'ai observé ces dernières années, en particulier ici à Tours, c'est la mise en place d'équipes de recherche en soins ambulatoires. On peut appeler ça comme on veut. En médecine générale. Il y en a une qui s'appelle ici à Tours « Education Ethique Santé », qui a été littéralement portée comme a été porté notre département universitaire de médecine générale, par le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz dont on m'a dit qu'elle était dans la salle.

(applaudissements)

J'en suis heureux. Je la vois, vaguement. Je suis heureux de dire ici devant une assistance aussi nombreuse, tout ce que nous lui devons à Tours à la faculté de médecine, mais je pense aussi au-delà, par les engagements qu'elle a pu avoir tout au long de sa carrière qui n'est pas finie, parce qu'elle est Professeur émérite aujourd'hui. Elle est d'ailleurs dans mon équipe, au sein de la faculté de médecine. On compte bien l'avoir à nos côtés pendant très longtemps. Oui, très longtemps.

La réflexion personnelle que je voulais vous faire, peut-être ne la partagerez-vous pas d'ailleurs. C'est l'idée qu'il nous manque peut-être en France une réflexion qui réunisse toute votre spécialité, c'est-à-dire les enseignants-chercheurs, le CNGE, mais aussi les autres instances de votre discipline, pour définir ensemble, et en élargissant la réflexion au-delà de votre seule spécialité, les un, deux ou trois grands sujets touchant à la médecine de premier recours ambulatoire, qu'il nous faut résoudre dans le pays pour être capable de faire ce que font les Anglais, c'est-à-dire de publier des travaux de médecine générale dans le *New England Journal of Medicine*. Et je pense que vous devriez réfléchir à revendiquer la création à l'INSERM d'une commission scientifique spécialisée de médecine générale. Il y a six commissions scientifiques spécialisées. Je suis

pneumologue, il y en a une de pneumo, hémato, cardio, etc. Il n'y en a pas en médecine générale, sauf à dire que celle de santé publique vous concerne, mais je sais que ce n'est sans doute pas votre point de vue. Vous devriez essayer de réfléchir à cela.

J'en arrive à la fin de ce que je voulais vous dire. Je crois que vous êtes à peu près 1 400 aujourd'hui. J'imagine la difficulté que cela a été pour l'équipe organisatrice. Je voulais dire à Jean-Pierre Lebeau qui dirige le département universitaire de médecine générale et à toute son équipe toute mon admiration, ainsi qu'à Marie-Véronique Constant qui préside le Collège régional des généralistes enseignants. Je voulais vous souhaiter de bonnes journées à ce congrès et dans notre ville. Et profitez aussi de cette ville. Il y a effectivement beaucoup d'activités culturelles. Je me permets de vous recommander un lieu que j'aime particulièrement, qui est le Centre de création contemporaine Olivier Debré, où il y a des choses étonnantes et absolument magnifiques à avoir à l'occasion de votre passage.

Merci de votre attention.

(applaudissements)

Matthieu CALAFIORE

Merci. Je passe maintenant la parole à Jean-Pierre Lebeau, qui est Président du Conseil scientifique de notre congrès 2018.

Jean-Pierre LEBEAU, Président du Conseil scientifique

Je suis très admiratif de notre Doyen, de toute façon, mais surtout parce qu'il arrive à parler sans avoir de notes. Ce n'est pas mon cas, je le fais à l'ancienne. Je commence à l'ancienne.

Madame La Présidente du Collège Régional des Généralistes Enseignants du Centre Val de Loire, chère Marie-Véronique, Monsieur le Doyen de la faculté de médecine, cher Patrice, Monsieur le Président du Collège National des Généralistes Enseignants, cher Vincent, cher Cédric, cher Matthieu, chers collègues, chers amis, rassurez-vous, je serai bref. D'ailleurs, cela va être facile de l'être parce que les chiffres parlent d'eux-mêmes. Vous étiez 1 385 inscrits à ce congrès à la fermeture des inscriptions. A en juger par la queue aux gens qui s'inscrivent sur place, vous êtes certainement plus de 1 400 maintenant. On va peut-être atteindre des chiffres encore plus vertigineux, c'est-à-dire beaucoup plus que ce qui s'est passé dans n'importe quelle ville, grande ou petite, qui s'est mêlée d'organiser avant nous le congrès du CNG.

(applaudissements)

Il y a eu avant Tours, il y aura donc après, au moins sur le plan comptable. Sur le plan scientifique, les chiffres sont également éloquentes, puisque l'on aura 188 communications orales, 69 communications écrites affichées, auxquels s'ajoutent 15 sessions, des tables rondes et 19 ateliers. Ce que ces chiffres ne disent pas, c'est qu'il a fallu choisir ces communications parmi un peu plus de 450 résumés qui ont été soumis au Comité scientifique. Et ce qu'aucun chiffre ne peut dire, mais que chacun des membres du Comité scientifique vous confirmera, c'est qu'il ne l'a pas été facile de choisir, qu'il a fallu souvent se résoudre à refuser des résumés dont la qualité méritait largement votre audience et votre intérêt.

A cet égard, d'ailleurs, je ne résiste pas au plaisir de partager avec vous l'émotion de cette jeune interne qui a écrit il y a quelque temps au Président du Comité scientifique, c'est-à-dire à moi, pour lui faire part de son étonnement, de son incompréhension, et à vrai dire, de sa révolte. En effet, son résumé n'avait pas été sélectionné, alors que ceux de plusieurs de ses collègues l'avaient été. On comprend sa colère. Je lui ai donc répondu que son résumé, comme tous les autres, avait été confié à deux relecteurs triés sur le volet, qui l'avaient indépendamment noté, à l'aide d'une grille spécialement élaborée par le Comité scientifique pour tenir compte à la fois des aspects spécifiques de la discipline, du

public concerné, sans perdre de vue les critères scientifiques ; qu'ensuite, il avait été revu, comme tous ses semblables, par les membres du Conseil scientifique restreint, qui a dû arbitrer la masse assez considérable des résumés. Soit les notes étaient discordantes, soit la moyenne se situait autour de la 250^{ème} place fatidique. Et que ce n'est qu'à l'issue de ce processus rigoureux qu'il avait finalement été écarté. J'espère que malgré sa colère, elle voudra bien s'associer à moi pour remercier chaleureusement tous les membres du Comité scientifique et tous les relecteurs pour avoir fourni gracieusement et dans le très court délai qui leur a été imparti, un travail considérable et de très grande qualité. Merci à vous.

Assez parlé des autres. Si vous le voulez bien, parlons plutôt un peu de moi. Je sais que certains parmi vous persistent à ne pas se passionner pour ma biographie. Pourtant, c'est bien dommage. Ils y apprendraient notamment que diriger le département de médecine générale de Tours, c'est un plaisir quand on bénéficie d'une équipe d'enseignants titulaires associés, dont les compétences universitaires n'ont d'égales que les qualités humaines, renforcées en plus par une équipe de chefs de clinique à l'enthousiasme juvénile et communicatif.

Ceux qui me connaissent un peu, qui ont l'habitude de travailler avec moi connaissent ma propension naturelle au renforcement positif et aux remerciements. Je profite de l'occasion pour remercier une fois pour toutes, Alain Potier, Jean Robert, Cécile Renoux Clarisse, Isabelle, Maxime, Delphine, Olivier, Christelle. Merci à tous d'exister.

Ils apprendraient aussi que diriger le département de Tours, c'est facile, quand on bénéficie de l'engagement sans réserve et permanent de près de 400 maîtres de stage des universités, qui sont fédérés par un collège solide, avec de très nombreux adhérents, une reversion considérable au collège national, dont vous allez pouvoir mesurer le dynamisme et l'enthousiasme par la qualité de l'accueil dont vous allez bénéficier pendant ces trois journées. Merci à Marie-Véronique, et à travers elle, à tout le collège et à travers le collège, à tous les MSU.

(applaudissements)

Ils y apprendraient encore que diriger le DUMG de Tours, c'est simple quand on peut à tout moment discuter avec un Doyen avec qui on partage la conception sociale, la conception territoriale de la faculté, et avec qui on partage le point de vue sur la place et les responsabilités de la médecine générale au sein de cette faculté. Et puis, surtout, ils y apprendraient que je ne serais pas là, que ce département et ce collège ne serait pas là et que vous ne seriez pas là non plus, sans celle qui a bâti, entre autres, toute la médecine générale universitaire à Tours : si vous avez envie d'applaudir, c'est pour elle, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, que les autres vont obliger à se lever pour qu'elle puisse recevoir les applaudissements.

Matthieu CALAFIORE

Merci. Je vais maintenant passer la parole à Vincent Renard qui est Président du Collège national des généralistes enseignants en collège académique. Il lui a été donné hier un défi de placer dans son discours un mot bien précis, que je vous invite à rechercher. Donc écoutez attentivement le discours, n'hésitez pas à le tweeter. L'année dernière, nous avons été dans les dix premières tendances de France sur Twitter grâce à ce discours. On peut faire mieux. Merci, Vincent. A toi.

Vincent RENARD, Président de CNGE Collège Académique

Bonjour à toutes et à tous. Madame la Présidente du Collège régional des enseignants de médecine générale Val de Loire, Mesdames et Messieurs les membres de ce collège qui nous accueillez, Monsieur le Président du Comité scientifique du congrès, Mesdames et Messieurs les membres du département de Médecine générale de la faculté de Tours, Monsieur le Doyen de la faculté de médecine et représentant la Conférence nationale des doyens des facultés de médecine, Mesdames et Messieurs les invités du CNGE,

Messieurs les Doyens des facultés du Maghreb, Mesdames et Messieurs représentant la Francophonie, Madame la Secrétaire du Collège de la médecine générale, Mesdames et Messieurs les membres du CNGE, Mesdames et Messieurs les étudiants, Mesdames et Messieurs les participants au congrès, je suis donc heureux, avec tout ce monde, d'ouvrir le dix-huitième congrès du CNGE Collège académique à Tours Val de Loire.

Certes, l'histoire du CNGE est discrètement plus récente que celle du fleuve et de la ville royale, mais nous en sommes quand même aujourd'hui, comme le remarquait Patrice Diot au congrès de la majorité civile. Et comme il le disait lui-même, qui dit majorité dit responsabilité, qui dit une majorité dit maturité. Et nous verrons au cours de ces trois journées de congrès que la responsabilité et la maturité concourent à notre réflexion sur le soin, l'enseignement et la recherche en médecine générale.

Dans l'enseignement, avec les effets de la mise en place de la réforme du troisième cycle, avec la réforme à venir du deuxième cycle, qui doit conditionner de nouvelles perspectives pour la médecine générale. Dans la recherche, avec de multiples initiatives locales et de grands projets nationaux. J'attire votre attention sur l'importance du projet PneumoCAP, actuellement en cours, concernant les pneumopathies en soins premiers et sur le grand projet MyPebs qui va démarrer et qui est l'exemple type de ce qui peut faire avancer la connaissance au bénéfice du patient, puisqu'il s'agit du dépistage du cancer du sein stratifié sur le risque. Donc je vous demande de retenir ce nom de MyPebs, car nous y reviendrons au cours du congrès et ensuite.

J'ai bien entendu et ce n'est pas habituel, qu'un Doyen me demande de revendiquer des choses, au niveau de l'INSERM. Habituellement, souvent on m'a plutôt reproché, on a reproché au CNGE, d'être trop revendicateur. J'ai bien entendu le conseil, Monsieur le Doyen, et nous nous attacherons à ne pas nous affadir avec le temps, et à continuer à revendiquer la place que la médecine générale doit avoir, notamment au niveau de la recherche. Dans le soin, au-delà de l'enseignement et de la recherche, nous commençons ce congrès avec l'intervention de Cédric Rat, sur le dosage du PSA et le cancer de la prostate, dans le cadre de ce que les données scientifiques, réfléchies dans une démarche EBM biopsychosocial, peuvent apporter à la qualité des soins, au service de la santé des patients et de la population.

Comme nous l'avons rappelé lors des congrès passés dans des circonstances parfois beaucoup plus tragiques, la connaissance, la science et la médecine générale si importante pour la société, puisque c'est un métier concourant à la fois à la santé des personnes comme à la cohésion sociale, nécessitent aussi parfois de ne pas se prendre trop au sérieux. Dans cette logique, je voudrais pour conclure cette introduction, rappeler avec toute la solennité qui doit caractériser ce moment, qu'il y a 116 ans, 5 mois et 10 jours mourrait à Tours, dans une longue et douloureuse agonie, le célèbre éléphant Fritz. Cet éléphant du cirque Barnum, victime des mauvais traitements, s'était révolté pendant la parade des animaux de la ville et avait été abattu. Et vous pouvez vous recueillir aujourd'hui devant sa dépouille empaillée au Muséum d'histoire naturelle de Tours. Vous me direz : quel est le rapport entre le destin tragique de ce proboscide du début du dix-neuvième siècle (*applaudissements*) et le dix-huitième congrès du CNGE ? J'invite chacun à y réfléchir, car au-delà du fait que cela se soit déroulé dans la même ville de Tours, je vous le dis tout à fait humblement, personnellement, je n'en vois aucun. Ce qui me permet donc avec la même solennité de déclarer ouvert le dix-huitième congrès du CNGE Collège académique.

Matthieu CALAFIORE

Merci, Vincent. Je pense que vous avez trouvé. Il me reste maintenant à accueillir à ce micro Cédric Rat qui est Président du Comité d'éthique du CNGE. Et puisqu'il se projette déjà un petit peu dans l'avenir, remarquez sa tenue : il y a aussi un petit indice pour le lieu du congrès l'année prochaine.

(*applaudissements*)

Cédric RAT, Président du Comité d'éthique du CNGE

Bonjour. Merci à tous. Merci au comité d'organisation de nous réunir ici à Tours. Je pense que nous allons vivre un magnifique congrès. Nous avons même des vitres qui donnent sur l'extérieur. On a eu beaucoup de plaisir à découvrir le site. Merci surtout, à titre personnel pour cette intervention, de m'avoir proposé de faire une note de lecture sur le dépistage par PSA : à prescrire ou à proscrire ? C'est la première fois que je fais une note d'une note de lecture de cette façon-là. La commande qui m'était faite, au nom du Comité d'éthique, est donc d'amener une réflexion éthique sur la question. J'ai essayé de le faire en mettant en avant un certain nombre de caractéristiques qui me semblent transversales, qui devraient concerner l'ensemble du Congrès. Concrètement, pour l'écrire, en regardant l'expertise que l'on pouvait développer sur les territoires, sur nos pratiques en tant qu'universitaires, je rendrai compte de quelques travaux en introduction qui rendent compte de nos pratiques sur la question. Par ailleurs, je me suis appuyé sur une revue un petit peu de la littérature précédemment, au moment où je travaillais cette présentation. Et je vous ferai part à la fois des dernières publications sur les trois dernières années et des dernières recommandations américaines qui ont changé en mai 2018. Je crois que c'est à cette occasion-là, lorsque l'on a échangé là-dessus, que nous avons convenu que nous pouvions parler de dépistage par PSA, à prescrire ou à proscrire.

Pour commencer, un constat basé sur un travail d'observation d'une cohorte de 120 000 patients que nous avons suivis à Nantes. 120 000 patients de plus de 50 ans, des hommes, et on a constaté que 41,4 % des hommes de 50 à 74 ans ont réalisé un dosage de PSA au cours des deux dernières années. Si on le compare au taux de participation au dépistage de cancer organisé, en particulier au dépistage du cancer du côlon, on voit que c'est quand même très important. Au plan éthique, cela pose la question du respect du principe de scientificité. On attribue cette phrase Jean Bernard, l'un des pères fondateurs de l'éthique : « Ce qui n'est pas scientifique n'est pas éthique ». Effectivement, je crois que nous, ça nous interroge tous au moment où on vient à ce congrès en voulant améliorer nos pratiques, sur nos pratiques et comment elles sont effectivement fondées sur les données scientifiques ou pas ?

Un autre enseignement de ce travail d'observation que l'on menait est que le taux de réalisation de PSA auprès de cette cohorte de 120 000 patients était quasiment égal après 74 ans au taux que l'on constate entre 50 et 74 ans. Cela pose la question de notre capacité à respecter le principe de bienfaisance/non malfaisance. Je vais vous décrire les quatre principes habituels mis en avant par Beauchamp et Childress, mais dès lors qu'aujourd'hui comme avant, le dépistage par PSA après 74 ans n'est pas recommandé, nous sommes surpris par ces chiffres.

Troisième constat, en introduction, je terminerai là-dessus. On voit que les pratiques des médecins généralistes sont très variables. On a donc présenté cette figure dans la revue dans laquelle nous avons publié. Cette figure décrit qu'il y a deux populations de médecins. On avait présenté à Bruno Falissard ces courbes-là qui disent la même chose, qui décrivent qu'il y a une population de médecins, figurés par la courbe verte, qui dépistent très peu, qui ont très peu recours au PSA ; et on a une population de médecins dont les patients ont des PSA dans 50 % des cas. L'existence de deux populations de médecins, certains qui sont concrètement peu prescripteurs et d'autres beaucoup plus largement prescripteurs, pose bien sûr les questions du principe de justice. J'ai choisi de mettre dans la diapositive des salles d'attente un patient qui se présente dans notre salle d'attente, ne connaît pas nos statistiques. Il ne sait pas s'il vient voir un médecin qui prescrit beaucoup ou qui prescrit peu, et cela doit nous interroger. Au nom de l'équité devant les soins. Cela pose bien sûr aussi la question du respect de l'autonomie, dès lors qu'un patient qui devrait faire un choix éclairé, on constate que sa probabilité d'avoir des PSA est extrêmement dépendante du médecin qu'il va consulter.

A partir de ces trois constats sur nos pratiques, du rappel des principes d'éthique auxquels on se réfère habituellement, j'ai travaillé sur cette question de « dépistage par PSA : à prescrire ou à proscrire ? » entre bienfaisance/non malfaisance. Et en fait, j'ai

commencé par reprendre la littérature. J'ai regardé PubMed, en particulier, j'avais noté en mai 2017 qu'il y avait des articles qui sortaient, qui relisaient les dernières données. Quand je dis les dernières données, on a tous en tête l'étude ERSPC, l'étude PLCO, sortie dans le *New England* en 2012, qui concluait de façon différente sur le dépistage du cancer de la prostate, sur le bénéfice ou pas de réaliser des PSA de dépistage pour dépister le cancer de la prostate. On voit à partir de mai 2012 qu'une réflexion se mène, qui aboutit en fait en mai 2018 à une modification légère de recommandations émanant de l'USPSTF, l'organisme américain qui donne les recommandations pour la prévention.

J'ai revu cette littérature. Je vous cite un papier de 2015 dans *International Journal of Cancer*, un type d'étude que chacun a sûrement en tête. Le fait de regarder lors d'autopsies qui a des cellules cancéreuses dans la prostate. Il se trouve que c'est un papier un peu récent sur la question. On constate que 36 % des patients caucasiens ont des cellules cancéreuses dans la prostate à 70 ans. Ce chiffre monte à 50 % de la population noire. Je ne l'ai pas affiché, puisque je voulais choisir un chiffre. Pour autant, j'ai pris le plus bas. Ce chiffre est intéressant à comparer au taux d'incidence que nous décrivons au niveau de l'INVS sur des données cliniques et non pas des données d'autopsie. On voit l'incidence cumulée, c'est-à-dire la probabilité pour une personne à 74 ans d'avoir fait un cancer de la prostate, suivant l'année de naissance, au fur et à mesure, les gens qui ont aujourd'hui 78 ans sont nés en 1940, c'est la partie de droite, mais vous voyez qu'au cours du temps, l'incidence clinique du cancer de la prostate à l'échelle d'une vie a extrêmement augmenté, de 2,74 %, jusqu'à aujourd'hui 10 %. Et l'on confronte cette donnée aux données que je projette en dessous, celle sur autopsie, vous comprenez que l'on est toujours que sur la partie émergée de l'iceberg.

Je pense que ces données doivent nous amener à changer notre regard sur le cancer, sur la maladie en général. Nous, médecins généralistes, on voit bien que l'on trouve de plus en plus de malades, que notre culture médicale nous amène à voir en chaque personne un malade potentiel. Et ça doit nous amener à changer notre regard. Pour dire autrement, je suis convaincu qu'avec les nouvelles technologies, l'imagerie qui progresse, des marqueurs qui vont sortir chaque année d'ici quelques dizaines d'années, 34 % des patients caucasiens auront eu un diagnostic clinique de cancer de la prostate. En tout cas, je nous invite à réfléchir sur cette réalité-là, qui amène aussi à considérer les taux de dépistage et de réalisation de PSA constatée avec un autre œil.

Deuxième question : en poursuivant cette revue de littérature, bien sûr, quel est l'impact du dépistage par PSA sur la mortalité ? C'est une revue de littérature qui a servi à l'USPSTF, qui a été publiée dans le *JAMA* en 2018. Dans cette revue de littérature, ils ont sélectionné trois études de référence, une qui est de cette année, qui est sortie en 2018, c'est l'étude CAP. Je voulais la mettre en avant d'abord, parce que c'est la plus grosse étude comparativement à celles que nous connaissions. Il y a des effectifs qui sont extrêmement importants de patients qui ont été inclus. Ça a été fait en Angleterre. La conclusion est que dépister le cancer de la prostate avec des PSA, cela ne marche pas. Ce que vous voyez sur le tableau, c'est que les Anglais ont développé une stratégie comme ils font pour le dépistage du cancer du côlon, de faire une fois une coloscopie à 50 ans pour dépister sur les dix ans à venir. Ils ont dit : « Nous faisons une fois des PSA et on regarde si cela sert à quelque chose ». La conclusion est très claire : prescrire un dosage de PSA une seule fois n'a pas d'impact sur la mortalité dix ans plus tard.

Ensuite, on retrouve nos deux études que chacun connaît, PLCO, ERSPC, qui avaient des effectifs très conséquents. Elles ont amené à faire des renouvellements de dépistage par PSA : six fois dans PLCO, trois à dix fois dans le ERSPC, avec un suivi qui a duré pendant treize ans. Et nous avons cette conclusion, même le temps passant, qui reste différente, avec un impact non significatif dans PLCO et une diminution de la mortalité spécifique d'environ 20 % dans ERSPC.

Ce que j'ai trouvé intéressant de vous présenter, c'est cette publication dans *Annals of Internal Medicine* en 2017. Un auteur qui s'est préoccupé et qui a mis en évidence que ces deux études, alors même qu'elles concluaient de façon contradictoire, ne disent

pas forcément des choses fondamentalement contradictoires, et nous allons voir pourquoi. A droite, vous avez l'étude PLCO et vous voyez, figurée avec des flèches rouges et bleues, la mortalité à douze ans. Mais vous voyez que dans le bras intervention que j'ai choisi de figurer en rouge, la mortalité est égale à la mortalité à douze ans dans le bras contrôle.

Dans ERSPC, vous voyez qu'effectivement, il y a une différence entre le bras « Intervention » et le bras contrôle, avec un bras « Intervention » en rouge, on meurt moins que dans le bras contrôle qui est en bleu. Par contre, ce que vous voyez qui pose quand même problème, c'est qu'en fait, dans ERSPC, on mourrait plus dans le bras témoin bien sûr, que dans le bras « Intervention », mais aussi que dans le bras témoin de l'étude PLCO. Pourquoi ? Pourquoi en faisant une intervention de dépistage, on fait mourir plus les gens dans le bras témoin, c'est quand même curieux ? La réponse, on l'a dans une publication du *New England* en 2016. Les auteurs ont présenté le taux de réalisation de PSA dans le bras témoin dans PLCO. Vous voyez qu'au bout de douze ans de suivi, 85 % des gens avaient fait des PSA soit l'année d'avant, soit dans les deux ans d'avant, mais en fait, tout le monde réalisait des PSA. Ce n'était pas un authentique bras contrôle.

Et cette réalité, nous la constatons dans nos pratiques et ce sont les données que je vous présentais en introduction. Nous avons 40 % des gens qui font des dosages de PSA entre 50 et 74 ans actuellement. Dans l'étude CAP que j'ai présentée, qui est l'étude des Anglais, ils ont aussi rapporté que 30 % des gens dans le bras témoin faisaient des PSA. Aujourd'hui, suite aux données de RSPC et à ce constat de pratiques actuelles, il faut probablement convenir que nous n'aurons jamais un essai randomisé où les patients du groupe témoin ne font pas de PSA.

Je crois que c'est une des caractéristiques de notre profession de se préoccuper de continuer à savoir travailler, alors même que des fois, nous n'avons pas de réponse scientifique.

Pour poursuivre cette présentation des données sur la mortalité, j'ai choisi de présenter les données de mortalité avec les flèches. Si on ne change pas la présentation, mais que l'on regarde en fait la survie, puisque ce sont des courbes de survie qui sont ici présentées, il paraît quand même important d'identifier que la survie dans les deux études était quand même très élevée, 99,6 % à douze ans, 99,4 % dans le bras le plus défavorable dans ERSPC.

Le troisième constat que je voulais partager avec vous et qui finalement est quelque chose d'assez transversal dans beaucoup de travaux que nous faisons, et particulièrement en prévention. Le fait que dépister très largement, faire des interventions en prévention, cela a parfois un bénéfice très modeste. Je pense que chacun identifie les travaux qu'a pu présenter à d'autres moments Rémy Boussageon par exemple sur les statines. On avait ces mêmes problématiques de nombre de sujets à traiter.

Concrètement, c'est ça qui a légèrement changé dans la recommandation américaine : désormais le message 1, c'est « Le dépistage du cancer de la prostate par le recours au PSA apporte potentiellement un bénéfice modeste en termes de réduction de la mortalité par cancer de la prostate chez quelques hommes ».

Le message 2, c'est celui que vous connaissez : « Beaucoup d'hommes vont être exposés aux effets adverses du dépistage, avec des faux positifs qui vont nécessiter de répéter les tests, de faire des biopsies prostatiques, avec des phénomènes de surdiagnostic, de surtraitement, avec des complications du traitement comme l'incontinence, les troubles de l'érection ». La difficulté que chacun connaît, c'est celle-là, c'est de partager cette information avec nos patients, de voir comment on peut faire une décision partagée. J'ai choisi de ne pas le développer du tout, d'abord parce que c'est difficile, et surtout, parce que c'est la plénière qui suit : « Comment informer les patientes et les patients dans le cadre du dépistage des cancers ? », c'est une plénière qui sera faite juste après. Et particulièrement dans le cas des cancers.

J'ai quand même mis deux diapositives, histoire de ne pas complètement éluder cette question. J'ai choisi de faire des diapositives maritimes, puisque l'on est à Nantes et que l'on vit en marinière. Et puis, parce que c'était la Route du Rhum en ce moment. En fait, j'ai choisi cette métaphore. Le patient nous dit : « Docteur, je vais faire la Route du Rhum » et il se voit sur ce bateau qui est un ultime, particulièrement celui d'Armel Le Cléac'h, qui a prévu de faire la traversée de l'Atlantique en quelques jours. Quand le docteur parle à son patient, il le voit comme ça, ce qui est là la traversée d'Armel Le Cléac'h. Ce qui est difficile, c'est de savoir finalement comment nous pouvons échanger avec nos patients, alors que nous avons des représentations sur un certain nombre de sujets de santé qui sont très différentes.

Dernier enjeu que je voulais mettre en avant avec vous, au moment où l'on fait ce tour de la littérature. Est-ce qu'il faut traiter ? La revue de littérature de Fenton publiée dans le Jama en 2018 nous dit que la chirurgie, la prostatectomie a un effet sur la mortalité, cela réduit la mortalité. Faire des traitements de radiothérapie externe, cela a un effet sur la mortalité. Mais pour autant, la surveillance active est une alternative. Et en fait, une étude qui s'appelle ProtecT, a été menée par l'équipe de Hamdy en Angleterre, et a été publiée en 2016 dans le *New England*. Elle concluait qu'il n'y avait pas de différence. Cette absence de différence que nous-mêmes, généralistes, mettons souvent en avant. C'est pour cela que je voulais m'arrêter dessus. En fait, elle est possible grâce à un suivi dans le protocole qui est quand même particulier. C'est-à-dire que ce n'est pas une abstention totale, c'est une surveillance active. Ça veut dire que vous voyez ici, figuré sur les courbes, le passage des patients dans une intervention de type chirurgie ou radiothérapie. Il y avait trois bras : les bras en radiothérapie et chirurgie arrivent très rapidement, les patients choisissent très rapidement d'aller vers ce qui leur est proposé. Dans le bras des patients qui étaient alloués à la surveillance active, vous voyez qu'il y a un certain nombre de patients qui vont finalement, au cours du suivi et du fait de la réévaluation de la progression de la maladie, passer dans une stratégie plus interventionniste.

Concrètement, cet essai donne du sens à notre approche qui consiste à accepter de ne pas traiter, à convenir, alors même que l'on fait des PSA à plein de gens et que l'on va trouver beaucoup de cancers de la prostate, un jour à 34 ou 36 % de nos patients, il faudra d'autant plus accepter de ne pas traiter.

Ces quelques messages dont je pense qu'ils sont transversaux. Ce regard sur changer notre regard sur la maladie. Accepter que nous n'aurons pas toujours de réponse scientifique. Intégrer que le nombre de sujets est souvent élevé dans notre discipline, dès lors que l'on s'adresse à des patients bien portants. L'idée qu'il faut développer notre expertise et notre capacité de communication avec nos patients : je pense que c'est quelque chose qui nous intéresse tous. Et finalement, cette approche qui est une approche d'une certaine prudence, qui nous amène souvent à être soit attentistes, soit sur la réserve par rapport à toutes les démarches interventionnistes que nous proposent parfois nos collègues d'autres disciplines. Ce sont certaines de nos caractéristiques disciplinaires.

Pour terminer cette intervention, j'espère que vous-même, vous n'allez pas suite aux débats qui animent notre profession, notamment celui sur les PSA, évoluer vers des échanges comme on voit ici un dîner en famille autour de l'affaire Dreyfus. J'espère beaucoup plus qu'en reprenant des photos des congrès précédents, et en particulier celui de Montpellier, on va pouvoir avoir des échanges fructueux, à la fois sur nos valeurs, et sur le sens d'interroger nos valeurs éthiques, les valeurs que nous voulons porter en tant que profession. Et des échanges bien sûr documentés sur le versant scientifique. C'est ce que j'ai essayé de faire dans cette présentation.

Je vous donne rendez-vous par ailleurs au congrès de Nantes l'an prochain.

(applaudissements)

Matthieu CALAFIORE

Merci, Cédric. Un défi m'avait été donné, c'était celui de finir à l'heure, c'est le cas. Bon reste de congrès. Profitez bien, téléchargez l'application pour avoir le programme. Sinon, vous avez aussi le programme format papier dans vos sacoches. A bientôt.

(applaudissements)