

Congrès CNGE Tours 2018

Sommaire

Mercredi 21 novembre 2018, de 17h10 à 18h30

Modératrice :

Marie-Eve Rougé-Bugat - CNGE Collège Académique

Intervenants :

Lucie Garcin - Présidente de l'ISNAR-IMG

Josselin Le Bel - Paris

Laurent Letrilliart - Lyon

Aline Ramond - Angers

Cédric Rat - Nantes

Plénière Recherche : LES GRANDS PROJETS DE RECHERCHE EN MÉDECINE

2

Plénière Recherche : LES GRANDS PROJETS DE RECHERCHE EN MÉDECINE

Marie-Eve ROUGE-BUGAT, CNGE Collège Académique

Bienvenue à la plénière Recherche. Installez-vous, n'ayez pas peur de venir devant. Cette plénière aujourd'hui pour vous présenter les grands projets de recherche en médecine générale. Nous avons fait un audit des différents départements qui avaient des projets de recherche et nous avons du coup sélectionné les départements qui étaient prêts à présenter un projet de recherche en médecine générale et qu'il nous avait semblé intéressant de vous présenter aujourd'hui. Nous sommes plusieurs intervenants à avoir des choses à vous dire. Les présentations vont s'enchaîner. Je vous propose qu'après chaque présentation, nous prenions un temps de questions, afin que vous posiez des questions sur le projet et que vous ne les oubliiez pas à la fin de toutes les présentations.

Je vous demande d'excuser l'absence d'Aline qui est retenue pour des raisons familiales chez elle, qui devait nous présenter un projet sur la lombalgie. Mais Céline Bouton présentera demain à la plénière Exercer une intervention sur cette thématique et pourra répondre à vos questions, si toutefois vous vouliez en savoir plus sur ce projet. Veuillez excuser son absence.

Nous allons commencer les présentations avec la première présentation de cet après-midi, de Josselin Le Bel, que je laisse venir ici, et qui va nous parler de PneumoCAP.

Josselin LE BEL

Bonjour à tous. Je vais vous parler de PneumoCAP. Auparavant, je voudrais vous convaincre que la pneumonie aiguë communautaire est un vrai sujet. Pourquoi s'intéresser à la pneumonie aiguë communautaire ? C'est une pathologie qui est assez ancienne. Rapidement, quels sont mes liens d'intérêt ? Vous avez bien compris que je vais parler de PneumoCAP, dont je suis l'un des deux co-investigateurs principaux avec le Professeur Serge Gilbert. Et je suis également impliqué dans l'outil Antibioclic, qui, comme vous le savez tous, est un outil totalement indispensable à votre pratique quotidienne.

Pour revenir à notre sujet sur les pneumonies, on pourrait se dire que finalement, il ne passe pas grand-chose sur les pneumonies, en tout cas, cela n'intéresse pas tellement les gens qui s'occupent des recommandations, parce que les dernières recommandations françaises de 2006, mises à jour en 2010. Si l'on regarde les recommandations, il y a quelques messages clés. Oui, la pneumonie aiguë communautaire est une infection du parenchyme pulmonaire d'évolution aiguë. Pneumocoque est l'agent pathogène le plus fréquemment isolé, ce qui est quand même une question que l'on se pose beaucoup et que l'on se pose particulièrement dans PneumoCAP, parce que l'on n'est pas si sûr qu'aujourd'hui, avec le niveau de vaccination anti-pneumococcique, le pneumocoque soit encore si présent. La radiographie thoracique de face est indispensable. Cela reste maintenant quasiment une des spécificités françaises. Il y a pas mal de pays européens, y compris des pays en Amérique du Nord, où la question de la radiographie thoracique a été beaucoup discutée.

Et puis une petite phrase : aucun signe clinique radiologique ou biologique n'a de valeur discriminante suffisante pour identifier le micro-organisme en cause. C'est une vraie question. Je pense qu'aujourd'hui, il y a quand même pas mal de nouveaux outils sur lesquels il faudrait à mon avis réfléchir pour essayer d'identifier les étiologies, et peut-être revoir notre stratégie globale de prise en charge des pneumonies. Je pense que vous le savez tous, mais en prescrivant de l'Amoxicilline, on cible principalement le pneumocoque.

Et donc on cible une pathologie, une bactérie sur laquelle nous n'avons pas vraiment de données en termes d'incidence, de prévalence ou de profil de population.

L'épidémiologie des données est extrêmement ancienne, plus de 15 ans, 400 000 à 600 000 cas par an. Nous ne savons pas vraiment, aucun répertoire, aucune donnée d'incidence sur les pneumonies, en tout cas en ville. Il y a des données en milieu hospitalier, mais on sait que ce ne sont pas les mêmes patients, pas le même profil.

Et les étiologies, une grosse publication de Jane dans le *New England* en 2015, qui est venu mettre un petit peu un pavé dans la mare en disant : « Voilà, finalement, il y a des pneumonies virales, des pneumonies purement virales ». Dans cette publication, le pneumocoque est très minoritaire. Il est moins présent que les virus. Et puis il y a probablement des co-infections virus/virus et des co-infections virus/bactéries. Quand on se dit cela, on se dit que cela vaudrait peut-être le coup de réfléchir à ces recommandations et de revoir un petit peu notre stratégie de prise en charge.

Avant tout cela, je voulais vous donner la primeur d'un petit travail, qui va être bientôt publié dans *BMC infectious diseases*. On s'est posé la question suivante : finalement, quand on regarde les données de la littérature sur la pneumonie, les données sont extrêmement hétérogènes. On voit des données qui disent : « Les biomarqueurs, c'est super ! », d'autres qui disent : « Les marqueurs ne servent à rien », qui remettent en cause l'intérêt de la radiographie, qui remettent en cause la durée de l'antibiothérapie, qui font des essais de non-infériorité, qui essaient de tester trois jours d'antibiothérapie en disant que cela fonctionne, d'autres qui remettent en question. On se dit : « Finalement, est-ce qu'il n'y a pas un problème sur la définition de la pneumonie ? » Un bon moyen de faire ça, c'est d'aller voir sur un site qui s'appelle *Clinical Trials*, où sont censés être enregistrés tous les essais contrôlés randomisés menés dans le monde entier, à l'international. Nous avons fait ce petit jeu. On est allé voir tous les essais contrôlés randomisés qui s'intéressaient à des pneumonies de l'adulte. En fait, il y en a 72 dans *Clinical Trials*. On a réussi à en analyser 47, c'est-à-dire 47 études pour lesquelles nous avons pu récupérer les critères d'inclusion. A votre avis, combien de définitions de critères d'inclusion différentes sur 47 études sur les pneumonies aiguës de l'adulte ? 42, ce sont 42 définitions différentes. Si on fait un travail de synthèse, on arrive à les regrouper dans huit grosses définitions, huit patterns différents. Ces patterns sont extrêmement intéressants, parce que quand on les applique à une population de référence qui est une population pour laquelle le niveau de certitude diagnostique extrêmement élevé, c'est-à-dire que l'on a suivi les gens un mois après le diagnostic, on les a multi explorés par de nombreux examens biologiques, radiologiques, microbiologiques. Pour cela, on est sûr qu'ils ont réellement une pneumonie, on a des sensibilités extrêmement variables, de 9 à 56 %. Ce sont des spécialités qui vont de 56 à 97 %, et surtout des taux de faux positifs, c'est-à-dire que l'on peut inclure des patients à tort, jusqu'à 20 %. Et ça, ça interroge beaucoup sur des études de non-infériorité, c'est-à-dire que vous décidez de proposer une nouvelle thérapeutique dans le diagnostic de la pneumonie, vous voulez dire que vous n'allez pas être inférieur au traitement de référence. Aujourd'hui, si vous voulez mener une étude dans laquelle vous voulez être sûr de montrer votre non-infériorité, je peux vous donner les critères d'inclusion qui vous permettront d'aboutir à une non-infériorité certaine. Donc en fait, on sait aujourd'hui que l'on peut biaiser les résultats d'une étude, simplement en choisissant des critères d'inclusion qui iront dans le bon sens. Cela interroge quand même sur la question des choix des critères d'inclusion.

Dans notre pratique courante, en termes de diagnostic, qu'est-ce que l'on a comme outils ?

Nous avons la radiographie thoracique. Je vous rappelle, aujourd'hui, que l'ANSM dit que la radiographie thoracique est un outil indispensable. On sait que pourtant, quand on fait relire une même radiographie à plusieurs radiologues, ou à un médecin généraliste et un radiologue, ou à un médecin urgentiste et à un radiologue, la variabilité inter-observateurs est majeure, avec un accord inter-observateurs qui est extrêmement faible. On arrive à un niveau modéré quand on prend deux radiologues experts, l'un avec l'autre.

Et les données de l'étude CAPA qui a été menée par Henri Partouche et le DMG de Paris 5, sont extrêmement intéressantes, c'est-à-dire que l'on voit que le fait de faire une radiographie thoracique ne va pas avoir d'impact sur la mise en route du traitement ni sur l'évolution des patients. C'est-à-dire qu'ils aient eu une radiographie ou pas, les patients vont évoluer pareil, ils seront traités par antibiotiques.

Le scanner thoracique. Donc ça, c'est un outil pas forcément très utilisable en ville. Il faut se poser la question aujourd'hui. Pour autant, avec des scanners thoraciques faibles doses, on est aussi peu irradiants qu'avec une radiographie thoracique. Et là, une publication extrêmement intéressante, il y a trois ans de Yann-Eric Claessens : ils ont pris les patients aux urgences. Ce ne sont pas exactement les mêmes patients que nous, mais tous ces patients ont eu des radios et des scanners. 30 % des patients qui n'avaient pas de pneumonie à la radio avaient une pneumonie au scanner. C'est extrêmement intéressant. 30 % des patients qui avaient une vraie image de radiographie thoracique avec un vrai foyer de pneumonie n'en avaient pas au scanner. On se dit que nous qui utilisons et qui nous appuyons sur la radiographie thoracique, finalement, est-ce que l'on sait vraiment ce que l'on fait ?

Un nouvel outil qui sera peut-être plus facilement utilisable en ville : l'échographie thoracique, qui est un outil extrêmement intéressant. Chez l'enfant, on a montré qu'il était tout très efficace. Et là une publication intéressante dans PLOS, où on voit que radiographie thoracique *versus* échographie thoracique, on a une AUC qui est très supérieure à 0,90 *versus* 0,50 pour la radiographie thoracique. C'est un outil qui est *a priori* assez performant pour discriminer un patient qui a vraiment une image de pneumonie et un patient qui n'a pas d'image de pneumonie.

Dernier outil. Les biomarqueurs, la CRP, vous la connaissez tous. C'est un marqueur d'inflammation. Moi, je l'ai testé la CRP sur des patients qui avaient un niveau de certitude élevé de pneumonie. Cela ne discrimine pas bien, c'est-à-dire que l'on sait que le patient a une infection, mais en fait, chez les patients âgés, il y a des infections sous-diaphragmatiques qui miment parfaitement une pneumonie. Et la procalcitonine qui est un outil qui a été mis très en avant dans les infections respiratoires, aujourd'hui, est très discutée. Surtout, je ne sais pas si vous avez déjà essayé d'utiliser en ville une procalcitonine, même région parisienne, je peux attendre trois ou quatre jours pour une procalcitonine, ce qui est un peu long pour décider de mettre en route une antibiothérapie.

Nos recommandations sur la durée de l'antibiothérapie. Aujourd'hui, les recommandations, c'est 7 à 14 jours. Dans Antibioclic, on a fait un choix de dire 7 jours, donc on a pris la moyenne basse. Aujourd'hui, dans le monde de l'antibiothérapie, un nouveau dogme est en train d'apparaître, qui est plus court, c'est mieux. *Shorter is better*, avec des stratégies de réduction de la durée de l'antibiothérapie. On s'est dit : « OK, on commence un peu à être efficace, c'est-à-dire que l'indication des antibiothérapies est mieux ciblée, nous arrivons à convaincre les professionnels de ne pas prescrire d'antibiotiques dans certaines situations, mais probablement, il y a un autre chantier, qui est la réduction de la durée de l'antibiothérapie ». Et on a quand même pas mal de données aujourd'hui pour dire qu'il est assez possible, probablement pour certains patients sans signes de gravité, avec des pneumonies d'intensité modérée, de réduire la durée de l'antibiothérapie à 5 jours. Nous avons un essai de non-infériorité qui a été présenté à l'ESCMID en avril 2018, qui a testé trois jours *versus* huit jours en non-infériorité. Comme je vous l'ai présenté tout à l'heure, les questions des critères d'inclusion sont discutables pour cette étude, mais c'est assez intéressant. Et quand on regarde l'histoire de la pneumonie, nous nous rendons compte qu'au début de la pénicilline, le traitement de la pneumonie, c'était 24 heures.

Aujourd'hui, pour la pneumonie aiguë communautaire, on a des données qui sont très discordantes, en particulier sur la question de l'étiologie, c'est-à-dire que le pneumocoque, cela va de 5 à 25 % selon les études, et surtout des données qui ne sont absolument pas des données de ville, qui sont des données hospitalières. L'intérêt de la radiographie thoracique est très discuté, on reste sur des recommandations françaises qui maintiennent

l'obligation de la radio. Les biomarqueurs sont très discutés également. La durée de l'antibiothérapie : est-ce que finalement, oui, réduire à cinq jours serait pertinent pour des patients qui n'ont pas de signe de gravité ? Et surtout quasiment pas de données en ville, quasiment pas de données de médecine générale. Et des recommandations qui, aujourd'hui, à mon avis, sont désuètes. Il est aujourd'hui indispensable d'avoir des données sur les pneumonies aiguës communautaires en médecine générale.

La bonne nouvelle est que PneumoCAP est là pour répondre à ces questions. PneumoCAP est une étude qui est portée par deux départements de médecine générale, celui de Paris Descartes et celui de Paris Diderot. Le promoteur est le CNGE. Il y a un financement industriel qui est le laboratoire Pfizer, et il y a des collaborations avec l'ESSEC parce qu'il y aura une partie médico-économique, avec le centre national de référence pneumocoque, compte tenu des prélèvements qui sont réalisés, et avec le laboratoire Cerba, parce qu'il y a des PCR naso-pharyngées qui sont réalisées en ville. Le design de PneumoCAP est assez simple. En fait, notre objectif est d'avoir des données sur toutes les pneumologies qui sont vues en ville. On connaît la complexité en ville d'avoir une radiographie dans des délais rapides, c'est la complexité d'avoir des prélèvements dans des délais rapides. On a tout prévu. Notre groupe d'intérêt est bien évidemment des patients qui ont une radiographie thoracique avec toutes les limites que je viens de vous donner. L'idée est que lorsque vous voyez un patient en consultation, si vous pouvez avoir une radiographie thoracique dans un délai raisonnable, c'est-à-dire en gros dans les six heures qui suivent, l'objectif est que si ce patient a une radiographie positive, il va être multiexploré, pas dans des pratiques habituelles, mais il va avoir tous les examens biologiques, bactériologiques qui sont aujourd'hui utilisés, c'est-à-dire l'antigénurie, la PCR naso-pharyngée, des hémocultures, tous les tests qui nous permettraient d'identifier les étiologies. Il va également avoir un autoquestionnaire sur ses symptômes. L'objectif est également pour nous de voir pour un patient que l'on traite par antibiotiques, qui n'avait pas forcément de signes de gravité de pneumonie, au bout de combien de temps ses symptômes de pneumonie disparaissent. On veut augmenter notre niveau de certitude, ce qui fait que l'on rappelle notre patient un mois après l'avoir vu. Et s'il était hospitalisé, on rappelle même trois mois après, parce que nous savons que les patients hospitalisés pour une pneumonie n'ont plus de signes de gravité que les autres. C'est bien évidemment le groupe qui nous intéresse le plus, parce que ce sont eux qui vont avoir le plus d'explorations possible. Mais si le patient a une radiographie qui ne montre pas de signes de pneumonie, on souhaite quand même recueillir ses données cliniques ; ses symptômes. Il y a deux autres groupes. D'abord le groupe des patients pour lesquels il est très difficile d'avoir des examens complémentaires dans les délais. Cela nous intéresse de savoir si vous avez vu, et on recueille un minimum d'informations pour eux. Ensuite les patients directement hospitalisés, qui sont peut-être ceux qui ont des pneumocoques, qui sont potentiellement peut-être les plus graves, pour lesquels on va récupérer le compte-rendu d'hospitalisation.

Les critères d'inclusion sont extrêmement larges. Tout patient adulte qui a des signes cliniques de pneumonie : il faut au moins un signe d'infection et un signe de localisation pulmonaire. L'étude court jusqu'en décembre 2019. N'hésitez pas, vous pouvez toujours devenir investigateur et vous êtes les bienvenus demain à 12 heures 50, salle Courteline, pour rencontrer l'équipe de PneumoCAP, pour discuter avec nous.

Si vous voulez nous écrire un mail, c'est contact.pneumocap@gmail.com. Et si vous voulez discuter avec un membre du COPIL, Professeur Serge Gilbert, Professeur Henri Partouche, Docteur Juliette Pinot, Docteur Raphaël Pierre Pecqueur et Docteur Cyrille Vartanian et moi-même, nous sommes à votre disposition sur le congrès. Merci beaucoup.

(applaudissements)

Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Excellente présentation. Je vous propose de lui poser des questions. On a dix minutes pour répondre à vos questions sur l'étude, sur le rationnel, sur les difficultés de mise en place si vous en avez. Vous avez convaincu tout le monde.

De la salle

(inaudible, hors micro 15.30.)

Josselin LE BEL

On n'est jamais sûr 100 %. Le seul moyen d'avoir une certitude, il y a des Espagnols qui l'ont fait, c'est la biopsie pulmonaire. Mais nous n'allons pas le faire. En pratique, ce qui va aller vers un niveau de certitude, c'est l'ensemble des résultats que l'on va obtenir. Ce sont les signes cliniques, bien évidemment, qui sont plus larges que juste ceux de l'inclusion. C'est l'ensemble des marqueurs biologiques bactériologiques. C'est-à-dire que si l'on identifie de la bactérie, par exemple, qui est compatible avec une pneumonie ce sera un élément. La radiographie avec les limites que nous avons données, et également le suivi à J28, c'est-à-dire que le fait de rappeler le patient un mois après permet quand même de savoir s'il n'y a pas eu finalement un autre diagnostic qui a été posé quelques jours après. C'est aussi comme cela que l'on a un niveau de certitude qui est plus élevé. Le fait de suivre les symptômes va également nous donner des éléments, c'est-à-dire qu'un patient qui va guérir 24 heures après le début de l'antibiothérapie, c'est quand même assez peu probable que l'on soit sur une réelle pneumonie. En fait, c'est l'ensemble des données qui vont nous permettre de définir probablement des patterns, des groupes de patients, pour lesquels nous avons un niveau de certitude élevé.

De la salle

Merci beaucoup. Si j'ai bien compris, cela va dans le sens de la réflexion de Madame, vous faites deux groupes en fonction de s'il y a des signes cliniques à la radio ou non. Or, d'après ce que vous venez de dire, cela nous paraît à risque justement de ne pas ramasser assez de cas dans le contingent, dans le bras où vous ne faites pas de radio. Est-ce qu'il ne faudrait pas la faire chez tous ?

Josselin LE BEL

Nous aurions aimé la faire chez tous. En fait, une des difficultés dans la recherche clinique, c'est l'argent, malgré tout. On a dû être un peu pragmatique, c'est-à-dire qu'en ayant un résultat de radiographie positif, on augmente notre sensibilité, notre chance d'avoir quand même une pneumonie, et compte tenu des examens biologiques bactériologiques, qui sont réalisés, qui sont assez coûteux et assez nombreux, il n'aurait pas été réalisable de faire les mêmes examens chez les patients qui avaient une radiographie négative. En effet, nous savons que malgré tout, même si ce n'est pas un outil ultra performant, il permet quand même d'augmenter le niveau de sensibilité en termes de repérage.

De la salle

(inaudible, hors micro, 17.38.)

Josselin LE BEL

(inaudible 17.42.) en donner plus. Mais pour la prochaine fois, on leur demandera plus.

De la salle

(inaudible, hors micro 17.55), c'est-à-dire chez une personne chez qui il ne s'agissait pas d'une pneumonie.

Josselin LE BEL

Dans notre étude, on ne le sait pas. Tout dépend des critères d'inclusion que vous choisissez, c'est-à-dire vos taux de faux négatifs : plus vous prenez des critères d'inclusion qui sont sensibles et peu spécifiques, plus vous allez avoir de faux positifs. Cela dépend des critères d'inclusion que vous choisissez. Nous avons pris volontairement des critères d'inclusion qui sont extrêmement sensibles pour pouvoir aller jusqu'à la radio ensuite. C'est un choix.

De la salle

Au sujet de l'échantillon : il y a combien de malades dans votre échantillon ?

Josselin LE BEL

Notre objectif est très ambitieux. Il est de recruter 1 000 pneumonies à radiographie positive. On sait qu'en France, un médecin généraliste va voir aux alentours de quatre à cinq pneumonies par an. Sur une étude qui va durer deux ans, c'est notre objectif. Là, on a 250 investigateurs actifs et probablement encore une soixantaine qui est en cours de recrutement.

De la salle

Tous les patients que vous avez pris sont des patients vus en médecine de ville ?

Josselin LE BEL

Oui.

De la salle

Pas par le biais des urgences ?

Josselin LE BEL

Non. Justement, on sait que les patients vus aux urgences sont plus âgés, ils ont plus de pathologies chroniques et ils ne sont souvent pas en première ligne d'antibiothérapie, ce qui est une vraie question sur le résultat des données bactériologiques à l'hôpital. Ce sont des patients qui ont souvent déjà reçu une antibiothérapie en ville et qui arrivent aux urgences, parce qu'ils sont en échec de traitement. C'est en ça aussi que c'est assez intéressant d'avoir des patients potentiellement naïfs de toute antibiothérapie, même si dans l'étude PneumoCAP, le fait d'avoir eu une antibiothérapie n'est pas un critère d'exclusion. C'est simplement qu'ils n'ont pas l'ensemble des examens bactériologiques.

De la salle

Revenons à votre exposé sur la pneumonie. La place de l'échographie : est-ce que les patients qui ont été examinés en échographie l'ont été systématiquement ? Tous les patients qui ont une suspicion de pneumonie ont été examinés par échographie ?

Josselin LE BEL

Dans l'étude que j'ai présentée, c'est une méta-analyse, ils ont pris deux études principales qui sont incluses dans cette méta-analyse. Il y en a une où ils ont fait systématique radio *versus* échographie. Et l'autre où ils ont fait systématiquement scanner *versus* échographie. Et dans les deux cas, on montrait que l'échographie était un bon outil.

De la salle

L'échographie a toujours été faite par un radiologue ou par le médecin recruteur lui-même ?

Josselin LE BEL

C'était en milieu hospitalier, donc c'était un radiologue.

De la salle

Une remarque par rapport aux durées de l'antibiothérapie. Il y a dix ans, on disait aux patients qu'il fallait vraiment aller jusqu'au bout de leur traitement antibiotique. Et quelque part, ils se faisaient fâcher s'ils arrêtaient avant. Et je trouve que cela met bien en perspective qu'avec les études scientifiques, on revient sur des dogmes que l'on a assénés aux patients. Parfois, ils ont raison de ne pas nous écouter finalement.

Josselin LE BEL

Ils avaient raison. Il est assez probable qu'aujourd'hui, on puisse arriver à 3 jours, voire 5 jours, à condition de ne plus avoir de symptômes depuis 24 à 48 heures. Les patients qui arrêtaient spontanément parce qu'ils allaient mieux n'avaient peut-être pas forcément tort.

De la salle (Alexandre BETRY)

Bonsoir, Alexandre Bétry, de la région lilloise. Déjà, je voulais vous féliciter pour Antibioclic, parce que c'est quelque chose dont on sert tous les jours. Je pense que beaucoup d'entre nous s'en servent tous les jours pour s'assurer de la légitimité de nos prescriptions. Deuxièmement, la procalcitonine, à Lille, on l'a dans la journée. Donc on doit être privilégié. Et troisièmement, vous disiez que pour le critère d'inclusion, il fallait que la radiographie soit réalisée dans les six heures. Est-ce que c'est six heures après que l'on a vu le patient en cabinet ? Est-ce que l'on doit prévenir le radiologue de nous rappeler s'il voit quelque chose sur la radio ? En effet, entre le temps que le patient fasse sa radio, que l'on reçoive le compte-rendu, ou que la radiologue ait oublié, le patient peut passer à la trappe. Donc cela peut faire en sorte que l'on ait de réelles pneumopathies chez des patients qui seraient admissibles à haut protocole, qui passent à la trappe à cause de ça.

Josselin LE BEL

Dans le cadre du protocole, la justification de cette radiographie dans les six heures, c'est simplement qu'étant donné que l'on souhaitait que les patients soient explorés après radiographie, il ne fallait surtout pas que l'on retarde la prise en charge d'un patient, du fait du protocole. C'était la raison dans le cadre du protocole. La question de ces six heures : à huit heures, on est à peu près au maximum en termes de délais. Le délai entre le premier contact avec le médecin généraliste et la mise en route de l'antibiothérapie est dans les recommandations aujourd'hui, même si là aussi, c'est discutable. Pour le cas de PneumoCAP, ce qui compte, c'est l'interprétation du radiologue ou du médecin généraliste. Si le médecin généraliste estime qu'il y a un foyer de pneumonie sur la radiographie, il peut inclure le patient, bien évidemment. Il a même le droit de ne pas être d'accord avec le radiologue, puisque le dernier avis est celui du médecin généraliste, qui est le médecin qui décide de mettre en route le traitement. Et merci pour Antibioclic.

Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Merci pour vos questions. Je vous propose que l'on passe à la présentation suivante. Merci, Josselin. Rendez-vous pour la suite de PneumoCAP.

(applaudissements)

Je vous propose d'écouter la présentation du Professeur Letrilliart, de Lyon, sur une étude qui s'appelle TROCOMERGE.

Pr Laurent LETRILLIART

Bonjour. On va passer d'un sujet de maladies infectieuses aiguës à une thématique de maladies chroniques relativement prévalentes en France, à savoir les troubles cognitifs.

Vous savez que l'on estime à au moins 850 000 patients, la prévalence de la maladie d'Alzheimer en France, même si nous avons des données dont la fiabilité est assez mal cernée. Je vais vous parler de la stratégie diagnostique autour des troubles cognitifs et plus particulièrement dans un second temps, d'un projet de recherche qui s'appelle TROCOMERGE, troubles cognitifs en médecine générale.

Tout d'abord, j'ai bien sûr un lien d'intérêt avec cette thématique et avec l'étude que je vais présenter, mais je ne pense pas avoir de conflit d'intérêts ni sur cette thématique ni d'ailleurs sur aucune autre thématique médicale.

On dispose aujourd'hui et depuis quelques années de recommandations de pratiques cliniques de la Haute Autorité de Santé concernant les troubles mnésiques et les démences. Donc la HAS recommande depuis 2011 un diagnostic précoce des troubles cognitifs devant soit l'observation de troubles cognitifs, que la plainte soit émise par le patient ou par son entourage. Aussi, dans un certain nombre de situations, plus accessoirement, notamment des situations qui pourraient être associées à un déclin cognitif, comme une chute chez une personne âgée ou un syndrome confessionnel, ou un accident vasculaire cérébral. Cela montre aussi que ces recommandations peuvent s'appliquer en ville, mais éventuellement aussi de ce point de vue-là, en milieu hospitalier. Quoi qu'il en soit, la HAS recommande une évaluation initiale par le médecin généraliste, avec finalement assez peu de précisions, si ce n'est que le document de la HAS cite au moins le test très connu qui est le MMSE pour l'évaluation des troubles cognitifs ; la HAS cite aussi l'intérêt des IALD, des activités instrumentales de la vie quotidienne, notamment dans sa forme simplifiée en quatre questions pour l'évaluation fonctionnelle du patient. Ce que dit la HAS, c'est que si, au terme de cette double évaluation clinique, le résultat est en faveur de l'absence de troubles cognitifs, il faut simplement surveiller le patient et réévaluer la situation, par exemple six mois ou douze mois plus tard. En revanche, en cas de suspicion de déclin cognitif, il est justifié de réaliser un bilan clinique, un bilan biologique, une imagerie et de demander un avis spécialisé, assez souvent auprès des centres mémoire ou éventuellement auprès d'un spécialiste. Dans d'autres recommandations, la HAS recommande aux médecins généralistes de ne pas s'occuper seulement du patient atteint de troubles cognitifs, mais aussi du ou des aidants autour de lui.

Il y a plusieurs questions que l'on peut soulever autour du diagnostic, et particulièrement des questions qui concernent la coordination des soins dans la période du diagnostic. Tout d'abord et finalement, c'est en continuité avec ce qui a été discuté tout à l'heure dans la table ronde sur les dépistages, bien qu'ici, il ne s'agisse absolument pas d'un dépistage, mais davantage en tout cas, selon les recommandations de la HAS, d'un diagnostic précoce. La nuance est de taille. En fait, on parle de patients qui soit présentent une plainte, soit pour lesquels l'entourage rapporte une plainte. Ce ne sont pas des patients asymptomatiques, ce qui est le cadre habituel des dépistages. Mais la décision partagée devrait s'appliquer tout autant dans les limites évidemment des limitations qu'auxquelles peut être confronté le patient. La décision peut parfois être étendue à l'aidant du patient, dans certains cas.

En tout cas, il faut évaluer ces troubles non pas de façon isolée, mais en fonction de leur contexte. N'oublions pas que le plus souvent, on a affaire à des personnes âgées, qui ont notamment un certain nombre de comorbidités, et qu'il faut prendre en compte les préférences du patient, voire même de la personne aidante. Ce qui est embêtant avec la recommandation de la HAS, c'est qu'elle présente la limite de ne pas préciser les critères d'orientation que nous pouvons utiliser pour décider d'adresser le patient dans un centre spécialisé, notamment un centre mémoire pour réaliser un bilan neuropsychologique approfondi. Tout d'abord, elle ne précise pas bien quels sont les tests d'évaluation à utiliser, même si elle cite ce que j'ai rapporté à l'instant. Et surtout, elle ne dit pas quels sont les seuils décisionnels. Par exemple, si vous utilisez le MMSE, à partir de quel seuil décidez-vous que le résultat est anormal ? Dans la littérature, on trouve le seuil fréquemment utilisé de 24 sur 30, mais en réalité, chacun sait que le résultat à ce test est très influencé par le niveau socio-éducatif du patient. Du coup, c'est assez difficile de le prendre en compte en réalité. Donc finalement, les recommandations de pratiques de la

HAS nous aident assez modérément dans la stratégie de diagnostic de ces troubles cognitifs.

Il y a d'autres problèmes qui se posent dans ce champ de la coordination, c'est que parfois, l'accès aux consultations mémoire n'est pas véritablement coordonné, parce que quand on discute avec les responsables de ces centres, ils admettent parfaitement que les patients consultent directement ces centres, sans être adressés par leur médecin généraliste, ce qui n'est pas conforme au modèle du médecin traitant édicté depuis 2004 en France. Parfois même, ils sont adressés par les CES, qui sont les centres de dépistage de l'Assurance maladie, qui eux aussi parfois court-circuitent allègrement le médecin traitant des patients. Ce sont les centres d'examens de santé.

Il y a aussi des questions de coordination autour de l'annonce du diagnostic. Aujourd'hui, les neurologues et les gériatres de bonne volonté reconnaissent que le médecin généraliste a aussi un rôle dans l'annonce du diagnostic, une fois que le diagnostic est fait et que finalement, cela participe d'une annonce partagée, en plusieurs temps, avec une sorte de débriefing par le médecin généraliste après que le patient a reçu un diagnostic éventuellement en centre mémoire.

Quelque chose qui manque souvent quand même dans le discours de nos collègues des centres spécialisés, c'est qu'ils présentent souvent le diagnostic, notamment de la maladie d'Alzheimer ou des autres causes de troubles cognitifs, comme des diagnostics de certitude, alors qu'en fait, il n'en est rien. On finirait par l'oublier. Par exemple, le diagnostic de la maladie d'Alzheimer, c'est comme le cancer : c'est un diagnostic anatomopathologique, qui en réalité n'est jamais possible, parce qu'il serait seulement possible post-mortem. Cela veut simplement dire que le diagnostic de la maladie d'Alzheimer est un diagnostic probabiliste et que c'est souvent occulté. Quand on dit cela aux neurologues, ils disent : « Oui, mais en fait, on a inventé le concept de diagnostic de haut niveau de preuve », mais en fait, ils le gardent souvent pour eux et c'est rarement communiqué aux patients, et encore moins aux médecins généralistes. Parfois, il y a un problème de circulation de l'information envers le médecin généraliste. C'est une étude qui avait été faite en Bretagne notamment, qui montrait que les médecins généralistes qui suivent des nouveaux patients dans les EHPAD, ne sont pas souvent informés des éléments sur lesquels est fondé le diagnostic des troubles cognitifs des patients qui, assez souvent, en tout cas jusqu'à un passé récent, étaient traités par des médicaments symptomatiques pour la maladie d'Alzheimer. Et puis il y a eu aussi une étude en Belgique qui montrait que les aidants n'étaient parfois pas du tout informés d'un diagnostic de troubles cognitifs chez les personnes qu'ils aidaient, même jusqu'au moment du décès.

L'étude que je voudrais présenter s'appelle TROCOMERGE. Elle est le fruit d'une collaboration entre mon département de médecine générale qui s'appelle CUMG, Collège Universitaire de Médecine Générale à l'université de Lyon 1, et d'autre part, le centre mémoire de ressources et de recherche de Lyon. Le responsable de ce centre est le Professeur Pierre Krolak-Salmon, qui est un neuro-gériatre, et qui, accessoirement, est aussi le directeur de la fédération des centres mémoire au niveau national. Donc, le promoteur de cette étude, ce sont les Hospices civils de Lyon. Je suis co-investigateur principal de cette étude aux côtés du Professeur Krolak-Salmon. C'est un exemple intéressant de collaboration dans la recherche en soins primaires. Cela n'a pas été si facile à monter. C'est le fruit d'échanges et parfois de confrontations dans la durée de visions qui peuvent parfois être contradictoires. Nous avons eu beaucoup de discussions dans le passé sur ce concept de diagnostic précoce, que personnellement j'ai contesté à plusieurs reprises, arguant que l'approche la plus moderne aujourd'hui sur ces questions était celle de concept de diagnostic au moment opportun. Les Anglo-saxons parlent de *timely diagnosis*, ce qui me semble beaucoup plus approprié que de vouloir nécessairement faire un diagnostic à un moment qui ne serait pas choisi et consenti par le patient, voire parfois par son entourage. C'est la notion de décision partagée dont je parlais tout à l'heure.

L'objectif de cette étude est d'évaluer en soins primaires les valeurs prédictives positives et négatives d'une stratégie diagnostic des troubles neurocognitifs. C'est

aujourd'hui l'expression consacrée, qui remplace le terme de démence dans le DSM-5. Des troubles neurocognitifs, combinant l'évaluation d'une part de la plainte mnésique, d'autre part du statut cognitif et enfin de l'impression clinique du clinicien. Ce projet fait l'objet d'un PHRC national, qui intéresse onze sites, et pour chaque site, il est l'objet aussi d'une collaboration entre le département de Médecine générale local et le centre mémoire local : c'est aussi l'occasion de développer des partenariats au niveau de chacun de ces sites. Il y a onze centres qui sont concernés, qui sont affichés sur la carte devant vos yeux. L'objectif est de recruter 120 médecins généralistes sur la France entière. Ce qui veut dire qu'en principe, c'étaient douze médecins généralistes sur la plupart des sites, sauf deux qui sont rentrés plus tard pour lesquels il est question de recruter six médecins généralistes, et que chaque médecin généraliste inclut neuf patients sur une période de dix-huit mois. Le recrutement des médecins généralistes est en cours et l'étude n'a pas commencé. Elle devrait commencer vraisemblablement début 2019.

Le principe est l'identification par les médecins généralistes de patients qui répondent à un certain nombre de critères d'inclusion dans le cadre des consultations courantes. C'est une étude d'observation. Ce n'est pas un essai d'intervention avec deux bras. Les critères d'inclusion : ce sont des patients âgés de 65 ans ou plus, et qui présentent soit une plainte mnésique qui peut être spontanée ou rapportée par un accompagnant, soit que le médecin observe un comportement à risques qui pourrait être lié à un trouble neurocognitif. Il faut aussi que le patient soit reconnu apte à réaliser les tests du protocole dans de bonnes conditions, et que le patient comprenne suffisamment les explications pour que l'on puisse obtenir un consentement relativement éclairé à participer à l'étude. De plus, il faut que le patient vive à domicile de façon relativement autonome.

Il y a aussi des critères d'exclusion, notamment les patients qui seraient déjà sous mesure de protection juridique, même sans diagnostic formel. Evidemment si le patient a déjà un diagnostic formel, c'est un critère d'exclusion évident. On a souhaité ne pas retenir les patients qui présenteraient un syndrome anxieux ou dépressif sévère, parce que cela peut évidemment fausser les tests d'évaluation. Et les patients qui présenteraient une maladie avec un pronostic vital engagé à court terme. Et puis aussi, il est habituel d'exclure les patients qui participeraient déjà à un autre essai clinique.

La stratégie diagnostic repose sur trois tests ou trois éléments. Le premier est l'impression clinique du médecin avant toute évaluation formelle. Le deuxième est l'évaluation de la plainte fonctionnelle à partir d'un test international dont il existe une version française. C'est la partie deux du test GP-Cog qui habituellement est administrée à l'aidant et qui porte sur le statut cognitif et aussi l'autonomie du patient. Lorsqu'il n'y aura pas d'aidant, il sera administré directement au patient. Enfin, l'évaluation du statut cognitif sera réalisée par le médecin généraliste par un test simple qui s'appelle le 6-CIT. C'est un test britannique que nous avons traduit en français dans le cadre de cette étude. Ces tests ont été retenus par leur simplicité. Ils comportent chacun simplement six questions. Ils demandent moins de cinq minutes pour être administrés.

Dans le cadre de cette étude, les patients seront tous adressés en consultation mémoire pour avoir un diagnostic définitif à la fois diagnostic positif et diagnostic étiologique, à partir d'une évaluation neurocognitive approfondie, éventuellement des examens complémentaires d'imagerie ou de biologie. Et le critère de jugement principal sera porté dans ces centres mémoire, à savoir l'existence ou non d'un trouble neurocognitif, et dans ce cas, trouble neurocognitif qui peut être léger ou majeur. Le trouble neurocognitif majeur, c'est la démence.

Je vous remercie de votre attention. Cette diapositive illustre simplement le parcours que je viens de décrire.

(applaudissements)

Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Merci beaucoup, Laurent. Nous avons le temps de répondre à quelques questions.

Henri PARTOUCHE

Merci, Laurent, de cette présentation qui a été très claire. Le *gold standard* finalement, c'est le diagnostic porté par le centre mémoire. C'est ça, le *gold standard* ? Et donc cela revient à valider les deux questionnaires et à les comparer à l'impression clinique du praticien. Finalement, c'est ça ?

Pr Laurent LETRILLIART

Non, ce n'est pas ça. Le *gold standard*, effectivement, c'est l'évaluation neuropsychologique approfondie, qui est réalisée dans les centres mémoire. Ce qui est intéressant, c'est que l'on est obligé d'être pragmatique, parce qu'il n'y a pas de *gold standard* en France. Cela m'avait frappé déjà en 2011 à la lecture des recommandations de la HAS. Il n'y a pas plus de *gold standard* en soins primaires qu'en soins secondaires. Comme cette étude va être déployée sur onze sites, il n'est pas certain que chacun des centres mémoire ait les mêmes tests diagnostic d'évaluation neuropsychologique, en fait. Il est probable que non.

Et en plus, leur évaluation inclut aussi le MMSE, les IALD. C'est une évaluation multidimensionnelle. Mais il n'y a pas de *gold standard* en France. On va confronter l'évaluation initiale du médecin généraliste, qui sera l'impression clinique, l'évaluation cognitive et l'évaluation rapportée par l'aidant, pour voir la valeur prédictive de chacun de ces trois éléments et la valeur prédictive de la combinaison de ces trois éléments, par rapport à l'évaluation des centres mémoire.

Emilie FERRAT

Bonjour, Emilie Ferrat, de Créteil. Merci beaucoup pour cette étude. J'ai deux questions. Une première, c'est plus sur le choix des indicateurs parce que vous étudiez les performances diagnostics de ces stratégies individuellement ou combinées. Finalement, pourquoi utiliser la valeur prédictive qui dépend de la prévalence, plutôt que d'autres indicateurs qui sont indépendants de la prévalence ? L'autre question : cette étude est très intéressante, mais même si les performances sont bonnes, est-ce que vous pensez que cela suffira pour dire que, derrière, il n'y a pas besoin de faire des évaluations ? En effet, on voit bien que lorsque l'on propose des tests de repérage, on nous dit toujours, pour avoir travaillé sur l'évaluation gériatrique standardisée et sa déclinaison en soins primaires, que c'est bien beau d'avoir des outils qui ont des bonnes performances, mais que derrière, il faut quand même avoir la certitude, quand même adresser. C'était une réflexion.

Pr Laurent LETRILLIART

Merci, Emilie, pour ces questions. Je dois dire que pour la première question, je pense que c'est moi qui ai beaucoup milité pour utiliser les valeurs prédictives. A chaque fois que l'on discute avec les biostatisticiens, eux encouragent surtout à utiliser la sensibilité et la spécificité, ce qui est une sorte de retournement finalement de la perspective. La perspective du médecin généraliste, quand il fait un test, c'est de savoir dans une situation donnée, une fois que j'ai fait le test, quelle est la probabilité que le patient ait ou n'ait pas le problème de santé. C'est cela qui nous intéresse d'un point de vue pragmatique. Et en réalité, si l'on évalue que la sensibilité spécificité, on se prive de ça. C'est beaucoup plus pragmatique en réalité par rapport à la décision, même si c'est lié à la prévalence. Lorsque nous faisons une étude finalement France entière, on aura quand même une prévalence qui correspond à quelque chose, si je puis dire, même si elle est moyenne. Et ce sera la prévalence qui est en soins primaires en France. C'est pour la première question.

Et la deuxième question, c'est que notre arrière-pensée n'est pas de se dire que l'on pourrait s'affranchir d'adresser les patients pour une évaluation plus approfondie en centre mémoire. Je pense que ce serait probablement inacceptable pour eux. C'est plutôt l'objectif de savoir si, avec une bonne stratégie de diagnostic, finalement, on peut les adresser dans de bonnes conditions, avec une bonne pertinence dans la décision, avec un bon seuil décisionnel qui fasse que l'on n'adresse pas un trop grand nombre de patients

dans ces centres mémoire, avec toute l'anxiété que cela peut générer et qu'il y ait beaucoup de faux positifs sur le nombre. C'est ça en fait l'intérêt des valeurs prédictives positives et négatives. C'est d'avoir un bon rendement si je peux dire, de la démarche du médecin généraliste dans la chaîne diagnostic qui est basée sur une coopération entre soins primaires et soins secondaires dans ce cas d'espèce.

Emilie FERRAT

Merci. Je vais peut-être me faire des ennemis dans la salle, mais justement, je pense que l'on pourrait peut-être s'affranchir aussi, mais c'est un avis personnel, puisque je ne suis pas sûre qu'il y ait un vrai bénéfice à évaluer de façon approfondie. J'ai moi-même ma maman qui a Alzheimer. Je vois les patients, je m'occupe beaucoup de personnes âgées, j'ai fait ma thèse sur l'évaluation gériatrique et je ne sais pas finalement quel bénéfice on en tire de plus, en termes de changement ou de modification de la stratégie thérapeutique, peut-être pour les démences à corps de Lewy, parce qu'il ne faut pas mettre de neuroleptiques. Mais franchement, je me pose la question. Peut-être que ces outils, ce repérage, nous permettront de modifier la stratégie sans forcément devoir adresser systématiquement ; ou en tout cas, on peut mettre la décision partagée avec les patients, ceux qui veulent iraient, mais que ce ne soit pas quelque chose de systématique.

Pr Laurent LETRILLIART

Je suis d'accord avec ce que tu dis. Je rapportais juste la perspective dans laquelle on est placé dans le cadre d'une coopération au départ sur un projet de recherche entre la médecine générale et la médecine spécialisée. Mais cela mériterait effectivement d'être étudié. Quelle est finalement la plus-value d'un diagnostic précis, autant qu'il peut l'être avec les limites que j'ai rapportées tout à l'heure, d'un diagnostic étiologique plus ou moins systématique, surtout à l'heure où aujourd'hui, le recours aux traitements, fussent-ils symptomatiques comme ils étaient qualifiés, n'est plus d'usage, puisque ces médicaments en France ont été déremboursés. C'était une justification formelle du passage obligé dans les centres mémoire.

Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Merci pour vos questions. Je suis un peu contrainte par le temps. C'était la dernière question que l'on pouvait prendre pour que les derniers intervenants puissent parler et que vous puissiez récupérer vos manteaux sans être enfermés ici.

Ce que je vous propose, c'est que peut-être ces questions se poursuivent après, à la fin du congrès ou dans les jours qui suivent. Pour l'heure nous allons passer à la prochaine présentation que je vous propose de grouper l'intervention de Cédric Rat et de moi-même, sur la même thématique qui est sur le dépistage du cancer du sein. Donc je laisse la parole à Cédric pour commencer. Je vous propose de poser des questions à la fin de nos deux présentations, afin de gagner un peu dans la cohérence des questions qui pourront être posées.

Cédric RAT

Bonsoir, je vous présente donc le projet DEDICACES : décision partagée dans le cadre du dépistage du cancer du sein en soins premiers. En guise d'introduction, l'originalité de la construction de ce projet est que nous l'avons construit collectivement, car vous voyez ici figurer l'ensemble des personnes qui ont participé à l'écriture du protocole. C'est un projet dont la promotion est assurée par le CNGE. Il est financé par l'Institut national du cancer. L'équipe INSERM à laquelle j'appartiens à l'université de Nantes est partenaire.

Ce projet bien sûr porte sur le dépistage du cancer du sein. Le cancer du sein est le premier cancer féminin en France. Il y avait à peu près 60 000 cas en 2017. Ce sont les données de l'INCA. Il y a à peu près 12 000 décès. En termes d'épidémiologie, l'incidence augmente particulièrement vers l'âge de 50 ans, puis à 70 ans. Je présente les tableaux

d'incidences cumulées pour dire que l'on a bientôt 10 % des femmes qui auront un cancer du sein, dès lors que nous les dépistons. Je n'ai pas présenté le dépistage organisé parce que tout le monde le connaît ici. Je rappelle simplement qu'il y a des interrogations sur ce dépistage, des interrogations qui sont dans la société. Je ne sais pas si vous connaissez le film documentaire dont je faisais état qui est passé sur la 5, « Au nom de tous les seins, incertain dépistage ». On trouve dans la société des informations à destination des patients, dans le grand public, qui font état de données scientifiques que nous avons l'habitude de manipuler, mais qui sont du coup une découverte pour les patients dans bon nombre de cas et qui ne favorisent pas la sérénité des patients qui hésiteraient à participer au dépistage dès lors qu'ils ne sont pas au courant autrement qu'en regardant la télé. Dans ce reportage, par exemple, on trouve des gens aussi farfelus que Peter Gotzsche, qui est l'auteur de la revue de littérature Cochrane sur la question du dépistage du cancer du sein, qui, notamment dans les extraits qui sont coupés, est quand même très critique sur le dépistage du cancer du sein. Saisis de cette question, Madame Touraine, historiquement, l'INCA, le ministère, avaient mis en place la concertation citoyenne, un temps formel d'échange avec les acteurs de santé, avec les patients, les représentants des patients, pour discuter des modalités pour faire évoluer le dépistage. Les conclusions ont été formellement écrites sous la forme d'un rapport par neuf personnes. Bien que cela soit écrit petit, par exemple, vous voyez que l'information des femmes et le libre-choix font partie des quelques éléments qui ont été fortement mis en avant comme étant quelque chose à travailler.

Ce rapport a été rendu en avril 2017. Et en septembre 2017, l'INCA qui s'en préoccupait, a produit un document visant à informer les femmes pour qu'elles puissent décider, s'agissant du dépistage des cancers du sein. Je vous propose de parcourir cette plaquette. Je ne sais pas si vous l'avez vous-même ouverte et si vous l'avez déjà eue entre les mains. Cette plaquette rappelle ce qu'est un cancer du sein. Je lis les titres en rouge. Elle rappelle les facteurs qui augmentent le risque de cancer du sein. Elle rappelle quels sont les symptômes du cancer du sein. Elle rappelle en quoi consiste le dépistage du cancer du sein, les risques à ne pas réaliser de dépistage du cancer du sein. Elle rappelle les recommandations des hautes autorités de santé. En pratique, elle dit comment on fait le dépistage du cancer du sein. Vous avez peut-être participé à la plénière précédente sur l'information des femmes. Notre communauté travaille en regardant ce qui se fait dans la littérature internationale.

A titre d'exemple pour comprendre le rationnel qui nous a amenés à travailler sur la question, nous avons regardé le livret qui était publié dans l'étude du *Lancet* en 2015 sur informer les femmes, un essai randomisé réalisé en Australie. Nous voyons les différences : par exemple, pas sur le devant de leur plaquette, ils écrivent : « C'est votre choix ». Si l'on continue, à gauche, vous avez la version française. Je la lis, parce que cela risque d'être petit pour vous : « Le bénéfice du dépistage est concurrencé par les progrès thérapeutiques survenus au cours des vingt dernières années, notamment pour les cancers les plus avancés, si bien que quelques voix s'élèvent pour contester l'utilité du dépistage aujourd'hui. Ces voix ont des relais et s'appuient sur des études conduites avec sérieux, mais peu nombreuses et difficilement comparables. Toutes les différences observées ne sont à ce jour pas expliquées. Aussi persiste-t-il une part de débat, non sur le fait que des vies sont sauvées par le dépistage, mais sur leur nombre ». Si je lis le carré rouge que mettent les Anglais, « Beaucoup de personnes pensent que dépister les premiers signes de cancer du sein est toujours une bonne chose, mais le dépistage du cancer du sein a des avantages et des inconvénients. Ce flyer est destiné à vous aider à faire un choix informé, pour savoir si vous préférez participer ou non au dépistage ». Et derrière, quand on passe les pages ; on a une information sur le nombre de personnes qui vont être sauvées s'agissant du dépistage avec cette présentation figurée que nous avons maintenant l'habitude de manipuler, qui sont celles du *Harding center*, par exemple en Allemagne. On voit des points, on voit des effets d'échelle. Sur la page de droite, vous avez la présentation du surdépistage avec des petits points bleus. Derrière, vous avez une présentation d'un exemple de sur dépistage, avec un scénario 1 pour la personne en haut. Maria participe au dépistage. Son cancer a été trouvé. Il a été diagnostiqué. Elle a eu du

traitement. Elle meurt à 85 ans d'un problème cardiovasculaire. Dans le scénario 2, Maria ne participe pas au dépistage. Elle ne sait pas qu'elle a un cancer. Cela ne l'affecte en rien, et elle meurt à 85 ans d'un problème cardiovasculaire. La vie de Maria est la même, etc. Page suivante, vous avez une présentation de ce que sont les faux positifs avec une représentation en nombre, au bout de 25 ans. Sur la page d'après, vous avez une présentation des questions que l'on pourrait avoir, notamment comment est traité le cancer. C'est ce que j'ai entouré en rouge. On vous présente pour la chirurgie comme pour la prise en charge en hormonothérapie, en radiothérapie ou en chimiothérapie. Les effets indésirables sont simplement listés sans élément de nombre. Dans les dernières pages, avant le sommaire qui est la partie de droite, pour expliquer les mots, dans la partie de gauche : faire un choix, résumé des données à 25 ans selon que l'on fait ou pas du dépistage, et puis un petit tableau avec des chiffres qui dit « Vous vous dépistez, vous ne vous dépistez pas ».

Vous voyez bien que suivant le flyer auquel on va se référer, on n'aura pas forcément les mêmes informations très clairement et la même possibilité d'exprimer ses préférences. Dans le projet DEDICACES que j'ai présenté extrêmement sommairement, notre préoccupation est de construire un outil d'aide à la décision pour le dépistage organisé du cancer du sein en France. J'ai enlevé les mots « pour les femmes éligibles de 50 à 74 ans relevant du risque moyen ». Construire un outil pour les Français, avec beaucoup de préoccupations à cet égard, qui sont que le fait que les outils soient en anglais n'aide pas nos patientes à s'en saisir. Le fait aussi qu'il y a quand même des standards internationaux pour savoir comment on construit un outil de dépistage, un outil d'information notamment qui devrait servir de support à la décision partagée, ce qui reste communément convenu comme étant la modalité. C'est consensuel pour tout le monde : la décision partagée aujourd'hui ne fait plus débat. Par contre, ce qui fait débat, c'est ce que l'on doit utiliser comme informations pour permettre la décision partagée. A cet égard, je crois que nous n'avons qu'une solution, c'est de se référer aux standards internationaux. Il y a des groupes de chercheurs à l'échelle internationale qui travaillent sur la question. La photo que j'ai mise, celle de Glyn Elwyn qui est un médecin généraliste qui a travaillé pendant longtemps au département de médecine générale de Cardiff, qui a monté ce groupe de collaboration internationale, et qui aujourd'hui travaille, je crois, à Harvard au Dartmouth center. Il s'agit donc de construire un outil d'aide à la décision qui fasse le moins possible débat dans notre communauté.

Evaluer ensuite l'impact sur le taux de participation au dépistage organisé. On l'a mis pour de nombreuses raisons, notamment parce que, pour être très franc, comme on a demandé des budgets, on sait que c'est une donnée dure, qui intéresse les pouvoirs publics. Il faut bien dire que nous-mêmes, cela nous intéresse. On a regardé avec intérêt les résultats de l'étude DECIDEO faite par les Lyonnais, sur la participation. Emilie en parlait tout à l'heure dans la plénière information. Elle faisait état d'une modification modeste de la participation, plutôt un peu à la baisse.

Nous avons d'autres objectifs. Dans la plénière sur l'information, vous avez tous identifié le jeu de la participation. Si l'on veut vraiment faire une décision partagée, cela ne peut pas être l'unique *outcome* qui nous intéresse. Nous avons mis des objectifs secondaires qui sont d'évaluer la mise en œuvre d'une décision médicale partagée. Est-ce qu'après avoir eu à disposition le flyer sur lequel nous allons travailler, l'outil d'aide à la décision sur lequel nous allons travailler, après avoir proposé à nos patients d'aller rencontrer leur médecin pour échanger sur le dépistage du cancer du sein, est-ce qu'il y en a qui vont le faire ? Est-ce qu'en fait, elles vont juste garder ce flyer dans un placard ? Est-ce que quand elles vont aller voir leur médecin va vraiment se mettre en œuvre une procédure qui soit un processus de décision médicale partagée ? Tout cela, on ne sait pas. Nous aurions bien envie de savoir. Et finalement, mesurer le niveau de conflit décisionnel. Avec ces deux objectifs, en fait, on fait référence aussi aux outils que l'on pense utiliser pour explorer ces éléments.

La méthode pour mener ce projet. D'abord une revue systématique de la littérature. Nous avons fragmenté le projet en sous-parties. Chacun d'entre nous est en responsabilité

sur une partie du projet. Xavier Gocko et moi-même sur la revue systématique de la littérature. C'est un travail qui se termine actuellement. La réalisation d'entretiens qualitatifs, l'idée étant qu'après avoir sous les yeux tous les outils produits par les autres, un des éléments que l'on devra intégrer, c'est la sensibilité française, je ne sais pas comment il faut le dire. Est-on prêt à se confronter comme les Australiens à des informations peut-être très numériques ? Ce sont des choses sur lesquelles on doit enquêter préalablement. Suite à quoi, au travers d'une méthode Delphi qui est une méthode de consensus, Isabelle Aubin et Xavier Gocko travailleront en première ligne, à construire un outil consensuel français. Et finalement, la dernière partie est un essai randomisé qui vise à utiliser l'outil que l'on propose. Pour ne rien vous cacher, nous avons présenté cette méthode et ce projet dans son ensemble à l'INCA, et, à ce jour, ils nous ont accordé un financement jusqu'à la création de l'outil. Je pense qu'il y a des personnes qui relisent les appels à projets, qui étaient probablement un peu frileuses de savoir que l'on pensait mener un essai randomisé assez large, à l'échelle de quelques dizaines de milliers de patients, avec un outil qu'elles n'avaient pas sous les yeux : du fait qu'elles fassent confiance à notre procédure de construction, nous avons compris qu'elles seraient intéressées à avoir l'outil au moment de financer la suite du projet. On est en train de faire la revue de littérature. Voilà des études dont nous avons extrait les outils. Et vous aurez la suite au congrès de Nantes.

(applaudissements)

Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Merci, Cédric. Du coup, j'enchaîne et je vous laisserai poser des questions après. Je vous présente le projet MyPebs, dont certains d'entre vous ont déjà entendu parler. C'est également un projet visant à changer le dépistage organisé tel qu'il est dans sa forme actuelle. En tout cas, il s'agit de faire une proposition différente de ce que l'on peut faire à nos patientes actuellement, avec ce que vous connaissez. Je vais passer rapidement sur les controverses du dépistage organisé, parce que c'est quelque chose qui anime la profession maintenant depuis quelque temps. Je souligne juste le fait qu'évidemment, il y a une hétérogénéité des pratiques entre 40 et 50 ans qui pose question, des inconvénients face au dépistage organisé que vous connaissez bien entre les cancers d'intervalle, des cancers survenant chez les femmes dépistées régulièrement, des faux positifs, des surdiagnostics, des surtraitements et un taux de participation qui reste bas en France, entre 25 et 30 %, mais en Europe, un peu meilleur, entre 50 et 75 %.

Le rapport bénéfices-risques : c'est toujours un peu sous cette forme qu'on vous le présente. Pour ceux qui étaient présents à la plénière précédente, c'est toujours une question quand on s'intéresse au dépistage ou à la prévention. L'idée, pour améliorer ce rapport, est de pouvoir harmoniser ses pratiques, limiter les inconvénients et augmenter les avantages. Pour augmenter les avantages, il nous faut réduire le nombre de cancers découverts à un stade avancé. C'est pour cela que l'on va s'intéresser au stade II, dépister plus de cancers à un stade précoce, mais ceux qui seront à risque et pouvoir évaluer probablement le niveau de risque de ces femmes. Le niveau de risque qu'elles auront, de développer un cancer du sein, ce que nous ne sommes pas actuellement capables de faire, puisque le dépistage organisé actuel est uniquement basé sur l'âge.

Ce que l'on connaît la littérature, c'est qu'il existe des stratégies de dépistage basées sur le risque ou stratifiées sur le risque, peu importe, ou des dépistages personnalisés. Les termes sont à peu près équivalents dans ce que l'on peut retenir de la littérature. On sait que ce dépistage stratifié est une piste majeure, que c'est un modèle médical efficace, qu'il a fait déjà ses preuves dans des cancers à haut risque, et qu'en plus, il existe des outils pour évaluer ce risque de façon adéquate. Ces outils ont été testés dans ces populations-là, notamment chez les femmes porteuses de cancer du sein, et il existe la traduction de ces outils en français. Il y a plusieurs articles dans la littérature que l'on retrouve sur cette question. Cette diapo est un peu fouillis volontairement pour vous montrer que les sources de publications et d'informations sur ce dépistage personnalisé sont multiples. Cette diapo n'est pas à moi, je l'ai empruntée à Suzette Delaloge. Les outils pour évaluer le risque sont

des outils comme celui-ci, qui permettent de rentrer des données. C'est un outil développé par Statlife qui avait été élaboré aux Etats-Unis et qui a été implémenté en France, qui a déjà été testé sur cette population, comme je vous le disais. Cet outil permet de rentrer l'âge de la patiente, mais également les antécédents familiaux de cancer du sein, les antécédents de biopsie mammaire, également la densité mammaire, et il donne un niveau de risque, un pourcentage de risques, il catégorise les femmes en niveaux de risque. C'est ce que vous voyez sur la partie droite de cette capture d'écran.

Il y a également la notion de polymorphisme génétique qui peut s'obtenir à la suite d'un test salivaire. Là aussi, il y a beaucoup de publications actuellement et de plus en plus, notamment pour le dépistage précoce des cancers. Avec cette analyse du polymorphisme nucléotidique chez les patients, que l'on appelle les SNP, qui sont les *single nucleotide polymorphism* de gènes d'intérêt. C'est un peu complexe, mais c'est en fait assez simple, si je vous le simplifie ici et si vous trouvez trop simpliste, vous me direz, on pourra en débattre, mais l'idée est en fait de comparer les deux brins d'ADN. On joue un peu au jeu des 7 différences sur les deux brins d'ADN et en recueillant ces différences, celles-ci nous permettent de savoir s'il y a des variations de ces SNP. Dans la littérature, là encore, on sait que la variation d'un seul SNP peut induire une sensibilité à certaines maladies, à certains médicaments ou même à certaines substances. Pour ce qui est de la cancérologie, la variation de plusieurs dizaines de ces SNP explique environ 20 % des risques familiaux de cancer du sein. C'est pourquoi, avec cette idée de risques combinés, on va pouvoir avoir cette stratégie basée sur le risque.

Donc nous avons des données cliniques initiales, un niveau de densité mammaire qui reprend les données de ce que je vous ai montré sur la capture d'écran avec le petit diagramme, que l'on associe à des données de recueil salivaire avec l'analyse de ce polymorphisme génétique. Ceci nous donne un calcul de risque combiné qui pourra nous donner un niveau de risque pour ces femmes. C'est sur ce rationnel qu'a été développé le projet MyPebs, qui est donc l'étude dont vous avez peut-être pour certains d'entre vous déjà entendu parler, qui veut dire que c'est l'acronyme de *personalising breast screening*, donc c'est spécifique sur le cancer du sein. C'est un essai contrôlé randomisé, qui se propose d'étudier la population des femmes âgées de 40 à 70 ans, et de les randomiser en deux bras. Un bras standard qui va suivre les recommandations de chaque pays participant et un bras dit « intervention » qui va être stratifié sur le risque, basé sur le risque avec ce calcul de risque combiné avec ces données cliniques initiales, la densité mammaire et cette analyse salivaire. Cela nous permettra d'avoir un calendrier de surveillance personnalisé pour les femmes.

L'idée de ce protocole d'étude est de démontrer que non seulement ce dépistage personnalisé réduit les risques de cancer du sein avancé. C'est ce que je vous annonçais en préambule. Mais qu'il réduit les autres inconvénients du dépistage, comme les surdiagnostics et les faux positifs, qu'en plus, il a un impact sociopsychologique favorable, qu'il est coût-efficace, ce qui est évidemment une partie du projet très importante.

L'ambition de ce projet est de pouvoir harmoniser les pratiques et de préparer les recommandations du dépistage en Europe, pas seulement en France, puisque c'est un essai européen. La France est bien sûr un des investigateurs évidemment essentiels pour la réussite de ce projet, mais pas seulement. Il y a aussi l'Angleterre la Belgique, l'Italie et Israël – si ce n'est pas tout à fait l'Europe, c'est quand même un peu l'Europe.

Le protocole de l'étude est celui-ci. Ce sont des femmes âgées de 40 à 70 ans, avec évidemment des critères d'inclusion. Une visite d'inclusion dédiée qui peut se faire dans des cabinets de médecine générale, parce que l'on pense que cette situation est suffisamment incidente dans nos cabinets pour intéresser les investigateurs futurs que vous êtes. Mais également dans les cabinets de radiologues et de gynécologues. Avec des critères d'éligibilité comme je vous l'ai dit, et à l'issue de cette consultation, il y a une randomisation, soit dans le bras standard qui suit les recommandations de chaque pays, soit dans le bras « intervention » avec l'évaluation du risque sur le dépistage personnalisé, qui permet d'annoncer lors de la deuxième visite, le niveau de risque à ces femmes. Et en

fonction de leur niveau de risque, on va adapter la stratégie. Soit elles ont un risque faible et à ce moment-là, on est en décroissance de mammographie puisqu'on leur propose une mammographie au bout de quatre ans ; soit on est à risque moyen et à ce moment-là, on propose une mammographie tous les deux ans. Risque élevé, c'est une mammographie annuelle. Et risque très élevé, mammographie et IRM. Et bien sûr, il y aura une mammographie au bout des quatre ans de suivi, puisqu'il y a quatre ans de suivi pour ces femmes.

En France, voici la carte des départements participants, puisque l'on s'appuie sur les structures de dépistage organisé afin de recueillir les populations de patientes à inviter à se présenter vers les praticiens qui sont des investigateurs pour cette étude. Il y a 26 structures de dépistage participantes, ce qui fait 30 départements en France que nous avons colorisés sur cette carte. Vous retrouverez vos départements pour ceux qui sont concernés. Evidemment, il y en a qui ne sont pas concernés, puisque les structures de dépistage n'ont soit pas été en capacité de répondre à l'étude, soit n'étaient pas volontaires pour participer.

Finalement, être investigateur dans l'étude MyPebs, c'est la possibilité d'intervenir dans cette polémique qui nous anime au sein de la profession sur le dépistage, de proposer une nouvelle stratégie aux femmes, de participer à une solution pour répondre aux controverses et de participer aussi à l'écriture de nouvelles recommandations européennes, ce qui est une ambition qui paraît intéressante.

Pour participer, c'est un peu de promotion : il y a bien sûr des adresses mail. L'adresse du CNGE, qui est évidemment partenaire de cette étude-là et investigator@mypebs.eu. Il vous faut un CV daté et signé, puisque c'est le préalable nécessaire qui manque parfois aux investigateurs. Et avoir été un bon élève au *e-learning* qui va vous être proposé quand vous vous déclarez investigateur et qui se présente comme cela sur la page de garde, avec cinq modules de formation. Cela se fait en une demi-heure et cela permettra de vous déclarer comme investigateur et suffisamment formé à l'étude. Il existe une compensation financière pour la participation à l'étude, qui n'est pas, évidemment, vous vous en doutez, quelque chose de faramineux, mais qui permet d'organiser les consultations.

Je pense que maintenant, Cédric et moi pouvons répondre à vos questions sur les deux projets complémentaires sur le dépistage du cancer du sein. J'ai parlé un peu vite pour vous laisser le temps de poser des questions.

De la salle (Maxime PAUTRAT)

Maxime Pautrat, de Tours. Je me demandais si vous aviez une petite idée de la forme que pourrait prendre l'outil de décision médicale partagée, pour laquelle vous menez cette étude. Est-ce que ce serait comme les Anglo-saxons une espèce de carré avec des petites personnes et celles qui sont concernées, celles qui ne sont pas concernées ? Comment voyez-vous les choses ?

Cédric RAT

Nous n'avons pas d'idée complètement arrêtée sur le format. Cela fait typiquement partie de ce que nous devons travailler, parce que, par exemple, on parcourt un outil qui est un support sous la forme d'un livret. Il faut quand même le parcourir, cela a des avantages parce que c'est exhaustif en termes d'information. Par contre, c'est un format papier. C'est plutôt le format vers lequel on irait, mais il faut bien dire qu'aujourd'hui, c'est un format un peu daté aussi. Il y a beaucoup de formats aujourd'hui qui sont développés en format informatique. Pour répondre à ce qui semble ce vers quoi on devrait aller, le design de l'étude suppose que nous soyons plutôt sur un format papier, pas sur un format électronique alors même que c'est beaucoup plus interactif et aujourd'hui, c'est très habituel d'en avoir. Après, sur la taille du format, on n'a rien défini. Sur l'iconographie, la nature des iconographiques qu'il faudra intégrer, on n'a rien défini, parce que l'on regarde. On est en cours de travail, on part sans *a priori*.

Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Encore à une question.

De la salle

Stéphanie, de Paris. Merci. C'est une question pour Cédric. Merci pour ta présentation et pour cette étude. C'est un projet ambitieux, mais passionnant et c'est vrai que l'on commence à avoir pas mal d'outils anglo-saxons et cela manque un peu en français. C'est bien venu et merci beaucoup. Ma première question, c'était quasiment celle qui vient d'être posée, mais du coup, je vais un peu plus loin. Il y a différents types d'outils. Il y a aussi différents types d'utilisation d'outils de décision médicale partagée. Est-ce que vous envisagez quelque chose qui soit remis à la patiente avant la consultation, après une consultation ? Pour qu'elle ait le temps de lire à la maison, en salle d'attente. Ou à un outil beaucoup plus court, qui serait directement médecin/patient pendant le temps de la consultation ou les deux ? Ensuite, c'était sur la méthodologie. Si j'ai bien suivi toutes les étapes, du coup il va y avoir des entretiens qualitatifs, ensuite un processus Delphi et enfin un essai contrôlé randomisé. Est-ce que vous envisagez – et derrière ma question, il y a presque une suggestion – de faire des nouveaux entretiens qualitatifs, une fois qu'il y aurait un premier outil développé pour le tester auprès des patientes, avant de se lancer dans l'essai contrôlé randomisé ? Merci.

Cédric RAT

Merci pour vos suggestions. L'idée de présenter le projet aujourd'hui aussi était d'en faire la publicité, de dire que c'est le travail de notre communauté. Pour la construction de cet outil, on s'est référé à des méthodes existantes pour dire le processus de validation. C'est quelque chose qui est très décrit, mais sur lequel nous allons travailler demain en réunion de travail, parce qu'à un moment, il faudra faire des arbitrages, que l'on fait les arbitrages avant pour proposer l'outil. Mais évidemment, dans les processus de validation, on soumet l'outil à la fois à des patients. Il y aura un travail par circuits de validation successifs, notamment, par exemple pour présenter l'outil. Et faire des entretiens auprès des patientes qui auront l'outil entre les mains, cela paraît un processus de validation attendu.

S'agissant du format, puisque tu nous relançais là-dessus, quelle était la question ?

De la salle (Stéphanie)

Ce n'était pas tant sur le format papier ou contenu, c'était sur l'utilisation. Quelle est l'utilisation prévue s'il y a déjà une idée de la chose ?

Cédric RAT

Cela a été une source de discussions, au moment où on répondait, sachant que c'est toujours un peu rapide de répondre à un appel à projets. Clairement, nous ne voulions pas faire quelque chose qui permette de développer un modèle informatif. Le but n'était pas d'amener de l'information pour de l'information à des patientes. Sauf que c'est un petit défi quand même, dès lors que l'on veut diffuser l'outil largement. Je vois Emilie qui valide, je parle en convenant que cela fait l'objet de discussions à de nombreuses reprises. On a pensé qu'il était approprié de transmettre un outil à la fois à des patientes, mais en fait aussi aux médecins qui vont les recevoir, évidemment, pour qu'à la fois la patiente et le médecin, au moment où il y aura la rencontre des deux, se retrouvent pour échanger à partir d'un outil qu'ils auront tous les deux eu préalablement. Pour le dire encore autrement, une des difficultés par exemple, c'est de ne pas fournir un outil à des patientes et de l'information à des patientes qui mettrait en difficulté un médecin qui, lui-même, n'aurait pas reçu ces informations, qui n'aurait pas été préparé à la consultation qui va venir, et sur laquelle il ne serait pas entraîné le moment venu, etc.

Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Je suis obligé d'abréger ces questions. J'en suis désolée, mais Lucie Garcin, qui est la présidente de l'ISNAR-IMG, vient nous parler de la recherche en médecine générale, au point de vue des internes. A la suite de cela, on pourra vous laisser partir.

(applaudissements)

Lucie GARCIN, Présidente de l'ISNAR-IMG

Je n'ai pas diapositives et je vais essayer d'être brève, pour que tout le monde puisse aller récupérer son manteau, si j'ai bien compris.

On m'a présentée, je suis Lucie Garcin, je suis la Présidente de l'ISNAR-IMG, l'intersyndicale nationale, autonome représentative des internes de médecine générale. Je suis interne de médecine générale à Lyon. Déjà, je vous remercie pour l'invitation et je remercie les organisateurs de cette plénière de laisser une place aux internes pour s'exprimer sur la recherche en médecine générale.

Nous venons de voir des présentations très intéressantes sur la recherche en médecine générale. Je ne vais pas du tout faire une présentation. Je vais parler plutôt de façon plus globale sur la recherche et les internes.

A l'ISNAR-IMG, on est conscient des enjeux qui sont importants sur le développement de la recherche en soins primaires. La recherche médicale est actuellement très hospitalo-centrée, voire CHU-centrée et elle ne concerne alors qu'une part très spécifique des symptômes et des patients qui ont recours à notre système de soins. Les populations étudiées ne sont pas forcément représentatives des populations que nous rencontrons en soins primaires. Ainsi, la recherche actuelle fournit des données qui ne correspondent pas toujours à notre pratique et qui ne sont pas forcément transposables pour notre exercice futur. Il y a donc un fort intérêt à développer cette recherche en soins primaires. Nous en sommes ici tous bien conscients. Cela avait même été souligné lors de l'ouverture du congrès.

Les enjeux sont tout d'abord d'améliorer la qualité et la pertinence de notre pratique quotidienne, mais également de valoriser notre discipline qui est capable en elle-même de progresser et d'évoluer. Pour un interne qui ne connaît pas la filière universitaire et la recherche en soins primaires, même pour un jeune ou moins jeune généraliste, de nombreuses questions se posent : comment développer cette recherche ? Quels sont les enjeux ? Quels en sont les éléments essentiels ?

Le premier élément pour développer la recherche en soins primaires, c'est d'avoir des chercheurs spécifiques en soins primaires. Il est nécessaire de poursuivre le développement des laboratoires agréés pour la recherche en soins primaires, par exemple des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires, et ces structures pour exister, pour fonctionner, pour être agréées, ont besoin d'universitaires. Ce sont eux qui permettent d'obtenir ce label. Dans le cadre des soins primaires, ce sont les universitaires de médecine générale qui, depuis la création de la filière universitaire de médecine générale, en 2007, existent et se développent.

Nous voyons ici l'enjeu important de les former, et de continuer à augmenter ce nombre d'universitaires de médecine générale qui, actuellement, malgré une nette progression, est toujours insuffisant. Pour ce faire, outre d'ouvrir des postes à pourvoir, il faut surtout sensibiliser les futurs généralistes à l'intérêt de ces postes. Les sensibiliser à l'intérêt de la recherche en médecine générale. C'est ce qui constitue un petit peu le sens de mon intervention aujourd'hui.

Les futurs généralistes, ce sont les étudiants de troisième cycle, mais aussi de deuxième cycle, les études médicales. Il est important de poursuivre l'effort de sensibilisation de chacun pour avoir au moins un premier accès à la recherche durant sa formation initiale. Pour les étudiants de deuxième cycle, cela peut concerner la formation à la lecture critique d'articles, à la réalisation d'un Master 1 de recherche. On peut également

agir *via* le biais des stages, qu'ils soient hospitaliers ou en ambulatoire, en étant directement au contact d'un chercheur dans la discipline concernée. Pour les étudiants en troisième cycle, on retrouve bien évidemment ce même lien avec les stages. Pour les soins primaires, on retrouve ici tout l'intérêt du développement des terrains de stage ambulatoire dans les structures avec un label universitaire. Aussi, il est important de valoriser l'accueil d'internes de médecine générale par des CCUMG, donc les chefs de clinique universitaire de médecine générale, directement en stage en ambulatoire. On peut également citer la formation et les séminaires qui encadrent la thèse ou les mémoires de TES qui permettent à l'interne un accès à la démarche scientifique.

Cependant, il est aussi nécessaire d'informer les étudiants en troisième cycle de la possibilité qu'ils ont de participer plus activement à cette recherche et de s'ouvrir à la voie universitaire de la médecine générale, notamment *via* la réalisation d'un Master 2 de recherche, orienté vers les soins primaires. Le message est trop peu entendu que cela est réalisable au sein du cursus de formation des étudiants et qu'il s'intègre dans leur parcours.

L'intégration dans le parcours, on la retrouve notamment *via* le biais de l'année recherche. L'année recherche est un dispositif qui permet à l'interne qui postule en Master 2, avec un projet de recherche, d'obtenir le temps et le financement nécessaires à la réalisation de ce projet de recherche. Le projet de recherche est prévu en amont par l'interne, en général concerté avec son DUMG, avec ses enseignants de médecine générale. Il peut correspondre au travail de sa thèse. Les enseignants proposent aussi des projets aux internes qui sont des travaux de thèse collaboratifs dont les internes sont invités à prendre connaissance. Et sur un versant pratique, durant cette année recherche, l'étudiant obtient un poste et il est mis en disponibilité de ses fonctions hospitalières et universitaires pour un an. C'est financé à la hauteur d'une rémunération moyenne de deuxième et troisième année d'un interne. Il bénéficie dans le cadre de son Master 2 de stages, d'une formation théorique et du stage dans un laboratoire agréé dont je parlais tout à l'heure.

Dans la pratique, l'accès à cette année est difficile, avec un nombre de places limité. La sélection des candidats se fait *via* une commission où siègent les étudiants de médecine générale aussi, en fonction de la qualité et la pertinence du projet de recherche et en faisant abstraction du classement ECN de l'étudiant, ce qui était une demande de l'ISNAR-IMG, ou de sa spécialité. Car, oui, ce dispositif est accessible à l'ensemble des spécialités pour les internes de toutes les spécialités. Cela peut être réalisé du coup dès la deuxième année de l'internat et jusqu'à un an après l'obtention du DES. Donc pour le moment, nous regrettons le faible nombre de candidatures issues de la médecine générale à ce dispositif et le nombre encore plus faible de candidatures retenues par la suite. Il nous semble particulièrement important d'informer pour inciter les étudiants à se saisir de ce dispositif et les enseignants de s'assurer que la médecine générale et la recherche en soins primaires y ont leur place.

La valorisation de la filière universitaire de la médecine générale et la promotion de la recherche en soins primaires restent au cœur des préoccupations de notre intersyndicale comme des vôtres. Lors de notre congrès annuel qui aura lieu ici même en février, un prix, le prix Alexandre Varney sera d'ailleurs décerné à un projet de recherche en médecine générale innovant. Les candidatures sont actuellement ouvertes et tout projet est le bienvenu.

Sur ce même principe de valorisation de la recherche en soins primaires, nous voulions par cette tribune souligner la thèse du mois, qui paraît tous les mois dans *Exercer*, qui est sélectionnée par FAYR-GP, qui est l'association des jeunes chercheurs en médecine générale, et qui sélectionne tous les mois une thèse pour sa pertinence dans les soins primaires.

Je vais m'arrêter là, parce que je crois que j'ai déjà monopolisé un peu la parole. Je voudrais finir cette idée que la recherche en soins primaires construit l'avenir de notre

exercice et de nos pratiques. Il nous appartient de nous en saisir et de contribuer à son rayonnement.

Avec les autres membres du bureau de l'ISNAR-IMG présents lors du congrès – vous en avez un petit nombre ici –, nous sommes disponibles pour répondre à toutes vos questions. Là, je crois que le temps va être court. Merci de votre attention à tous.

(applaudissements)

Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Merci beaucoup pour votre présentation, pour ce rappel de ce qu'il est possible de faire en médecine générale et du cursus recherche. Je crois que c'était important que vous parliez et que vous portiez ce message aussi auprès des étudiants. Nous portons ce message auprès des enseignants et des maîtres de stage qui sont ici. Je trouve que la fin de votre discours est tout à fait en lien avec tout ce que nous avons présenté aujourd'hui. Je crois qu'ici, nous sommes convaincus que faire la recherche en médecine générale, c'est faire avancer la discipline. C'est pour le bien de nos patients. Je crois que l'on va se quitter sur ces mots. On aura tout le long du congrès l'occasion de se recroiser et répondre à vos différentes sollicitations et questions sur les différents projets qui ont été présentés. Merci pour votre présence et vos questions. Désolé pour le timing, qui était un peu serré et pour le retard du coup. J'espère que ça ne va pas être compliqué de sortir d'ici. Bonne soirée et à demain.

(applaudissements)

Index

Nous vous signalons que nous n'avons pu vérifier l'orthographe des noms et termes suivants :

Jane 3