



# 19<sup>e</sup> CONGRÈS NATIONAL 2019

CNGE Collège Académique

Exercer et enseigner la médecine générale

27 - 29  
NOVEMBRE  
2019

*La cité des congrès de*

NANTES

## Congrès CNGE

### Sommaire

---

**Plénière d'ouverture : Lecture sur la décision médicale partagée**

**2**

**Mercredi 27 novembre 2019, de 14h à 15h**

**Modérateur :**

Olivier Saint Lary - CNGE Collège Académique

**Intervenants :**

Pauline Jeanmougin - Nantes

Rosalie Rousseau - Nantes

Pascale Jolliet - Doyenne de la faculté de médecine de Nantes

Laurence Browaeys - Directrice à l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement,  
ARS Pays-de-la-Loire

Cédric Rat - Président du Comité Scientifique du 19<sup>e</sup> congrès national de CNGE Collège  
Académique

Vincent Renard - Président de CNGE Collège académique

Sandrine Hild - Nantes

Stéphanie Sidorkiewicz - Paris

# Plénière d'ouverture : Lecture sur la décision médicale partagée

---

**Rosalie ROUSSEAU**

Monsieur le Président et Monsieur le Vice-Président du CNGE Collège Académique.

**Pauline JEANMOUGIN**

Madame le Vice-Doyen aux Activités de Simulation de la Faculté de Médecine de Nantes.

**Rosalie ROUSSEAU**

Madame la Directrice de l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

**Pauline JEANMOUGIN**

Monsieur le Président du Comité Scientifique.

**Rosalie ROUSSEAU**

Mesdames les Docteurs Hild et Sidorkiewicz.

**Pauline JEANMOUGIN**

Mesdames et Messieurs les congressistes, maîtres de stage et internes de médecine générale.

**Rosalie ROUSSEAU et Pauline JEANMOUGIN**

Soyez les bienvenus à Nantes.

**Rosalie ROUSSEAU**

Nous sommes ravies de vous accueillir pour ce 19<sup>e</sup> congrès du CNGE Collège Académique, pour la première fois dans la cité des Ducs.

**Pauline JEANMOUGIN**

Nous souhaitons d'abord remercier l'ensemble de nos partenaires, qui ont permis cet évènement et en particulier...

**Rosalie ROUSSEAU**

L'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, le Collège des Généralistes Enseignants de Loire-Atlantique et de Vendée et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique, qui ont permis de financer l'inscription de 160 internes à ce congrès. Merci à eux.

*(applaudissements)*

Il nous paraissait primordial de permettre à un maximum d'étudiants de découvrir ce grand évènement de la discipline.

**Pauline JEANMOUGIN**

Nous remercions vivement l'Union Régionale des Médecins Libéraux des Pays de la Loire, qui a soutenu ce projet dès le début en nous permettant d'avoir l'aide précieuse et

inestimable de Madame Karine RETIERE, coordinatrice des projets à l'URML. On peut l'applaudir.

*(applaudissements)*

Nous vous conseillons d'ailleurs de visiter leur stand. Vous y découvrirez de très nombreux projets pour la médecine ambulatoire soutenus par l'URML.

### **Rosalie ROUSSEAU**

Nous remercions également la Faculté de Médecine pour l'accueil dans ses locaux du Séminaire des Jeunes Universitaires, des membres de la sous-section 5303 du Conseil National des Universités et de l'Assemblée générale du CNGE.

### **Pauline JEANMOUGIN**

Ce congrès du CNGE, à Nantes, en 2019, c'est une coordination locale à deux têtes afin de se partager le travail tout en respectant nos engagements.

### **Rosalie ROUSSEAU et Pauline JEANMOUGIN**

Ce fut un grand plaisir.

### **Rosalie ROUSSEAU**

Nous avons accompli ce travail avec bienveillance...

### **Pauline JEANMOUGIN**

Et détermination.

Nous remercions l'ensemble de nos interlocuteurs et l'ensemble de l'équipe locale d'avoir su composer avec notre binôme inédit.

### **Rosalie ROUSSEAU**

Ce congrès du CNGE, à Nantes, en 2019, c'est une Direction collégiale, avec Karine RETIERE et Céline BOUTON. Un immense merci à vous, Mesdames, pour votre implication sans faille et votre efficacité.

*(applaudissements)*

### **Pauline JEANMOUGIN**

C'est aussi une équipe d'animation motivée et pleine d'idées, investie depuis le début.

*(applaudissements)*

### **Rosalie ROUSSEAU**

Et c'est un comité d'organisation enthousiaste et soutenant.

### **Pauline JEANMOUGIN**

Un grand merci à tous et à chacun d'entre vous.

### **Rosalie ROUSSEAU**

Ce congrès du CNGE, à Nantes, en 2019, c'est toute une organisation, avec :

- 240 bénévoles à recruter, coordonner et former ;
- 412 créneaux de modération, de chargés de salles, de vestiaires et d'accueil à remplir ;
- 50 réunions de préparation depuis deux ans et 4 soirées de formation des bénévoles à animer.

### **Rosalie ROUSSEAU**

C'est aussi :

- 30 litres de café et quelques-uns de muscadet à boire ;
- 1 000 idées à la minute pour les animations sur le congrès et la soirée de clôture ;
- près de 10 000 mails envoyés et reçus par l'équipe de coordination, pour un nombre record d'inscrits au congrès.

*(applaudissements)*

L'organisation d'un évènement de cette envergure nous a procuré beaucoup de plaisir et de satisfaction.

### **Pauline JEANMOUGIN**

Et surtout une grande fierté d'avoir fédéré autant de MSU et d'internes de nos territoires et de vous voir tous réunis dans cette salle aujourd'hui.

### **Rosalie ROUSSEAU**

Dans nos deux départements, plus d'un tiers des médecins généralistes installés sont maîtres de stages des universités. Un collège vivant, qui tient la barre depuis de nombreuses années et dont nous remercions les différents membres aujourd'hui.

*(applaudissements)*

### **Pauline JEANMOUGIN**

Nous souhaitons également vous présenter les festivités préparées par l'équipe Animation, dont un concert juste avant les plénières de jeudi et de vendredi matins.

Jeudi à 10 heures 50, ici, dans le grand auditorium, vous aurez le plaisir d'entendre un ensemble de musique de chambre issu de l'Orchestre National Symphonique des Médecins et vendredi à 10 heures 50, ici au grand auditorium, nous accueillerons l'ensemble de cors des élèves du Conservatoire de Nantes.

*(applaudissements)*

### **Rosalie ROUSSEAU**

Parmi les animations, deux séances de méditation pleine conscience vous seront proposées le jeudi à 11 heures et le vendredi à 14 heures, organisées par le Docteur Jean-Eric DIETLIN, sur inscription.

Et si vous êtes sportifs, n'hésitez pas à rejoindre le *running* organisé jeudi soir, avec un départ à 18 heures 30 devant la Cité des Congrès.

Si vous êtes inscrits à la soirée, rendez-vous à 19 heures 45 vendredi devant la Cité des Congrès.

### **Pauline JEANMOUGIN**

Vous reconnaîtrez les bénévoles à la marinière que vous connaissez bien maintenant, associée à un foulard jaune. N'hésitez pas à les interpeller.

### **Pauline JEANMOUGIN et Rosalie ROUSSEAU**

Nous vous souhaitons un excellent congrès.

*(applaudissements)*

## Une intervenante

Merci beaucoup pour cette chaleureuse introduction. Je dois dire que c'est un petit peu impromptu, mais c'est aussi pour moi vraiment une très grande fierté et un honneur d'être là, parce que la médecine générale, c'est vraiment un enjeu stratégique au sein de notre système de soins.

C'est donc une très grande fierté pour Nantes d'accueillir ce congrès qui rassemble, si j'ai bien compris, plus de 2 000 participants, à la fois universitaire, titulaires ou non, maîtres de stage ou non et je dois donc vous souhaiter, tout d'abord, une bienvenue, une grande bienvenue à Nantes, dans ce territoire d'innovation.

Comme vous l'ont expliqué avec beaucoup d'enthousiasme Rosalie et Pauline, on vous a concocté - en lien, bien sûr, avec les instances nationales - un très beau programme et j'observe que ce programme tourne autour de deux ou trois axes qui ne sont pas spécifiques à la médecine générale et qui sont le soin, l'enseignement et la recherche.

Ca va évidemment trouver auprès de vous des échos, mais ça en trouve particulièrement pour notre pôle Santé. La particularité à Nantes, c'est que nous sommes organisés depuis quelques mois en pôle Santé. Ca rassemble à la fois les UFR de médecine, d'odontologie, de sciences pharmaceutiques et biologiques et de STAPS. C'est un petit peu symbolique puisqu'on est vraiment maintenant dans une médecine préventive et intégrer le STAPS revient à intégrer une composante qui forme des professionnels investis comme vous dans la prévention.

C'est donc une évolution symbolique forte, parce que les métiers de santé ont, pendant longtemps, été formés autour des professionnels de l'hôpital, qui sont des professionnels, finalement, de la maladie. Donc maintenant, on a tous à cœur d'être centrés sur le patient.

Dans les thèmes qui sont abordés reviennent l'interprofessionnalité, la multidisciplinarité et ce sont des thématiques qui sont vraiment très chères à ceux qui forment le projet de l'université de Nantes, parce que c'est en mettant du lien entre les différents professionnels de santé que l'on va améliorer le parcours de nos patients.

Donc il y a un certain nombre d'initiatives nantaises qui nous tiennent particulièrement à cœur dans le domaine de la formation, par exemple l'expérimentation qui a été développée par le professeur Pierre POTTIER sur le développement de la médecine générale, l'enseignement de la médecine générale de façon obligatoire dès le second cycle, qui est vraiment structurant pour la connaissance de votre métier.

Il y a aussi l'intégration de la simulation de façon interprofessionnelle. Par exemple, ce sont les programmes de connaissances partagées entre les pharmaciens et les internes de médecine générale, ce sont toutes les innovations pédagogiques qui ont à cœur d'impliquer dans nos programmes de formation tous les professionnels, qu'ils soient médecins, paramédicaux ou sages-femmes.

Au niveau des soins, je voudrais insister sur le développement à Nantes d'une stratégie qui a pour objectif de former le mieux possible des maîtres de stages, parce que nous sommes convaincus que c'est en mieux formant les internes en médecine générale qu'on sera attractif pour remonter le maillage de notre territoire.

Enfin, dans le domaine de la recherche, là aussi Nantes contribue, à sa mesure, à faire des propositions pour structurer la recherche, ce qui est un enjeu majeur depuis plusieurs années pour les universitaires de la médecine générale. Je voudrais donc insister sur le travail initié par Cédric Rat sur la structuration du réseau de recherches en soins primaires.

Vous savez qu'un congrès, c'est un moment où on va évidemment beaucoup travailler, parce que je pense que le programme est très dense, mais c'est aussi un moment un peu privilégié, où vous allez être un peu en dehors de votre milieu d'exercice professionnel. Vous allez pouvoir échanger, vous détendre aussi, et je pense que Pauline et Rosalie vous ont convaincus que Nantes est une très belle ville. Il y a pas mal de choses à faire, donc je vous souhaite un très bon congrès et de très belles journées. Alors, il pleuvra peut-être un petit

peu, malheureusement... ça ira mieux à Bordeaux l'an prochain. Ici, c'est un petit peu impondérable, mais on vous a commandé un petit peu de soleil pour la sortie. J'espère ce que ce sera le cas.

Un très grand merci à vous d'être présents.

**Laurence BROWAEYS, Directrice à l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement, ARS Pays de la Loire**

Monsieur le Président du Collège national, Madame le Vice-Doyen, Monsieur le Président du Comité Scientifique, Mesdames les coprésidentes du comité d'organisation, un grand merci. Je me joins aux intervenants précédents pour exprimer une grande fierté d'être présente parmi vous et de représenter l'ARS cet après-midi pour ouvrir ce congrès national.

Effectivement, ça a été dit, un congrès d'une très grande importance, qui est également très motivant pour nous, région des Pays de la Loire, où nous avons la chance d'être un territoire attractif, comme en témoignent les places attendues par chacun d'entre vous dans le cursus, puisque vous êtes très nombreux à postuler sur l'UFR de médecine de Nantes, notamment, et tout ça dans un but de mobiliser l'ensemble des ressources vers cette médecine générale, qui est tant attendue dans les territoires et notamment par les usagers. Ça a été dit, je crois qu'il faut que nous nous mobilisions autour de cela et, comme en témoigne le programme extrêmement riche qui vous est proposé sur ces deux jours, on vit actuellement une formidable transformation du système de santé, qui nous déstabilise aussi dans un certain sens. Nous avons une attente considérable, des challenges à relever, au travers de la transformation des formations, à travers les attentes envers vous, maîtres de stage, vous référents, qui êtes énormément sollicités sur les territoires.

La diversité des ateliers qui vous sont proposés tout au long de ces deux jours montre aussi l'approche de plus en plus systémique de ces formations autour de la médecine générale, qui embarque tout un tas de sujets plus ou moins innovants, plus ou moins émergents. Bien évidemment, on a parlé de la prévention, des parcours, de votre exercice qui est de plus en plus pluriprofessionnel, de l'émergence de nouveaux métiers, qui viennent aussi peu ou prou percuter votre exercice au quotidien.

Ce qui m'a interpellé, aussi, dans la diversité des modules et des ateliers qui vous sont proposés, c'est la grande attention qui est portée à votre exercice professionnel, à vos attentes professionnelles, vous internes et médecins nouvellement installés dans vos fonctions. Effectivement, les attentes des jeunes qui arrivent sur le marché du travail ou qui arrivent, vous concernant, dans vos nouveaux métiers, sont différentes. Les modes d'exercice que vous attendez sont différents et tout cela, il faut que nous en tenions compte, les uns et les autres, à la fois dans les formations qu'on vous propose et dans l'exercice partagé qui est proposé sur les territoires.

Alors on voit émerger tout un tas de nouveautés dans l'exercice, avec aussi une focale sur l'exercice regroupé, autour des CPTS, des maisons de santé pluriprofessionnelles, sur le souci, également, du lien fluidifié entre la ville et l'hôpital et, autour de cela, bien entendu, des enjeux d'innovation. Il nous faut innover dans nos modes d'organisation, mais aussi dans les technologies que nous mobilisons. Bien évidemment, la télémédecine, l'e-santé, les objets connectés et tous ces éléments viennent réinterroger chaque fois un peu plus nos pratiques.

Je ne vais pas m'attarder plus. Je voudrais vraiment, sincèrement, vous dire que j'ai été frappée par l'investissement que représente une telle journée au travers de la diversité des modules qui sont proposés. En parcourant ces modules, j'ai été frappée par l'écho que ça représentait par rapport à notre propre projet régional de santé, que nous portons, que nous déclinons au sein de l'Agence Régionale de Santé, avec ces priorités de santé que l'on retrouve en filigrane tout au long des modules. Je pense évidemment à la santé mentale, à la souffrance psychique. Je pense aux addictions, aux problématiques de précarité - comment aller vers les publics qui sont parfois démunis par rapport à l'accès aux soins - la priorité, aussi, de la prévention, de la santé des jeunes. Tout cela, on le retrouve vraiment



dans tous les modules qui sont proposés et, vraiment, je tiens à remercier, féliciter - je ne sais pas quel mot utiliser - les organisateurs et organisatrices de ce congrès parce qu'en parcourant ce programme, on voit à quel point les enjeux de transformation de système de santé, dans lesquels nous sommes déjà, se préparent et sont considérables.

Je vous souhaite d'excellents travaux, je vous remercie encore. Bonnes journées et bonnes réjouissances.

**Cédric RAT, Président du Comité Scientifique du 19<sup>e</sup> congrès national de CNGE Collège Académique**

Je m'exprime donc au nom du Comité Scientifique. Comme vient de le dire Olivier, notre rôle, c'était de faire le programme. Notre rôle à toutes les personnes qui ont bien voulu y participer, que je remercie à cette occasion-là, parce qu'effectivement, c'était un gros travail. Il fallait réévaluer les 460 soumissions de propositions de communications. Pour le faire, je vais d'abord vous présenter comment on l'a fait, puis ensuite vous présenter plus formellement le programme.

Comment on a fait ça ? On a utilisé un outil internationalement validé pour évaluer vos propositions de communications. On les a soumises à deux relecteurs qui, chacun, travaillaient de façon indépendante.

On a relu après - on a été plusieurs à relire - l'ensemble des *abstracts*. Tout ça a fait l'objet de notes, qui ont été comparées, moyennées, etc. dans un grand format Excel complètement illisible et, à la fin - il est assez facile de convenir qu'on a gardé les meilleurs - on a gardé 40 % des communications soumises, mais il fallait les regrouper. Et donc le consensus s'est fait, comme souvent, avec beaucoup de travail.

Concrètement, quel programme ? L'idée de le présenter, c'est aussi répondre à votre préoccupation de vous aider à choisir, étant entendu qu'il y a beaucoup de propositions de sessions et que, finalement, des fois on ne sait pas forcément où aller au bout d'un jour, deux jours, trois jours. L'idée est donc peut-être de vous aider, c'est une nouveauté, en créant ces pictogrammes qui sont plus ou moins lisibles :

- un pictogramme Soins, puisque nous sommes tous des cliniciens, des soignants ;
- un pictogramme sur la pédagogie, l'enseignement, puisque c'est le congrès des généralistes enseignants ;
- un pictogramme sur la recherche puisque, de plus en plus et depuis de nombreuses années, c'est un enjeu très important. Nous nous efforçons de développer la recherche. Il y a de plus en plus de très beaux projets de recherche qui sont présentés. Derrière ce pictogramme, ce sont des sessions où les communications ont un caractère structurant, probablement modélisant pour la recherche, étant convenu que l'essentiel des travaux sont, par ailleurs, des travaux basés sur les modalités de recherche. On va le parcourir ensemble.

Deux pictogrammes finalement plus thématiques :

- l'interprofessionnalité, je ne développerai pas trop, puisque l'ARS en disait un mot. C'est aujourd'hui quelque chose qui correspond à notre exercice, qui est progressivement moins de la médecine générale et de plus en plus un exercice de soins primaires et en équipes ;
- la décision médicale partagée, une thématique qu'on a souhaité flécher un peu plus qu'habituellement, notamment parce qu'on a deux grands témoins qui nous font l'honneur de venir du Canada - en fait, on ne savait pas trop le nom à mettre - qui parlent de l'engagement des patients, de la communication avec les patients, de la place des patients dans notre exercice et notamment dans la décision partagée. Nos deux grands témoins prendront la parole en clôture. Il s'agit de Marie-Thérèse LUSSIER et France LEGARE.

Le programme, il est fait comme ça : il y a tout le temps des sessions de Soins et certaines ont été citées précédemment, je n'y reviens pas (psychothérapie, la diversité de ce qu'on connaît en médecine générale, fin de vie, exercice en téléconsultation). Il y a donc une grande diversité d'exercice et donc à chaque heure il y a des sessions de Soins.

Des sessions centrées, ensuite, sur l'enseignement. Là aussi, on en trouve à chaque heure, avec la diversité de nos situations, qui sont celles parfois de MSU, maîtres de stages. Vous trouvez, par exemple, jeudi, La maîtrise de stage dans tous ses états. Il y a aussi le soutien des étudiants en difficulté, qui est une grosse problématique dans nos départements de médecine générale : quel suivi des internes en difficulté ? Ce sont des choses qu'on voit beaucoup, qui ont été beaucoup soumises. Evaluer la compétence communication, etc. Je pointe simplement avec vous la plénière Pédagogie, sur la phase d'approfondissement, demain dans l'après-midi.

Des temps sur la recherche, citons *Chercheurs en soins premiers*, par exemple et *Dossiers médicaux : extraire des données*. C'est un gros enjeu pour notre discipline d'arriver à exploiter les données qu'on collecte dans nos cabinets médicaux. On pourra citer aussi *Du recueil des données à la publication*, qui est quelque chose de difficile, d'aller jusqu'à la publication, Olivier nous le disait précédemment, avant de commencer ce congrès. Et deux plénières sur les grands projets de recherches. On a des collègues, notamment étrangers, qui viennent nous proposer des projets de recherches en soins premiers. *Publications phares*, avec cette année, par exemple, une publication de dernière minute, qui a été sélectionnée, passée dans le BMJ, dont vous avez forcément entendu parler dans les médias.

Un axe sur les collaborations interprofessionnelles. Là aussi, il y en a à toute heure : sur les CPTS, sur les nouvelles organisations coordonnées, sur des exemples de collaborations interprofessionnelles, par exemple en cancérologie, sur la réalisation de projets interprofessionnels, l'exercice en maison de santé. Vous trouverez cela au fil des trois jours.

Pour finir, des sessions centrées sur la communication avec les patients, sur la décision partagée, avec juste après moi Sandrine et Stéphanie, qui vont intervenir sur la décision médicale partagée. L'exemple du cas du dépistage du cancer du sein, qui est abordé dans la deuxième partie de l'après-midi, mais aussi des temps sur les préférences des patients, sur la prévention, l'éducation, dans lesquels on implique beaucoup nos patients.

Voilà, j'espère que ça vous plaira. On vous souhaite un bon congrès, au nom du Comité Scientifique.

### **Vincent RENARD, Président de CNGE Collège Académique**

Bonjour à toutes et tous. Je suis ravi de voir cette magnifique salle remplie, ce qui traduit le succès extrêmement important de ce 19<sup>e</sup> congrès.

Mesdames les Présidentes du Collège Régional des Enseignants de Médecine Générale de Loire-Atlantique - Vendée, chère Pauline, chère Rosalie,

Monsieur le Président du Collège de la Médecine Générale,

Mesdames et Messieurs les membres du Collège de Loire-Atlantique - Vendée, qui nous accueillez,

Monsieur le Président du Comité Scientifique du Congrès,

Mesdames et Messieurs les membres du Département de Médecine Générale de l'UFR de Nantes,

Madame le Vice-Doyen de la Faculté, représentant Madame le Doyen, à qui nous souhaitons un prompt rétablissement ;

Mesdames les grands témoins, nos amies québécoises, chère France et chère Marie-Thérèse,

Monsieur le Président de la sous-section 5303 ;



Monsieur le Président du CIFRES,  
 Monsieur le Président du SNEMG,  
 Madame la Présidente de l'ISNAR,  
 Madame la Présidente de REAGJIR,  
 Monsieur le Président de FAYR-GP,  
 Madame la Présidente du Centre National d'Appui et à la Qualité de Vie des Etudiants en Santé ;

Mesdames et Messieurs les Doyens et représentants de la francophonie,  
 Madame la Directrice de l'Appui à la Transformation de l'Accompagnement de l'ARS, Pays de la Loire,  
 Mesdames et Messieurs les invités du CNGE,  
 Mesdames et Messieurs les membres du CNGE,  
 Mesdames et Messieurs les étudiants,  
 Mesdames et Messieurs les participants à ce congrès,  
*(applaudissements)*

Je suis donc très heureux d'ouvrir ce 19<sup>e</sup> congrès. Tous les ans, à l'occasion de ce congrès, nous pouvons évoquer à la fois des anniversaires et célébrer des records. Cette année n'y déroge pas. Nous n'y dérogeons pas pour les anniversaires, puisqu'il y a dix ans, l'année 2009 voyait la nomination des premiers titulaires de la discipline dans les suites de la loi fondatrice du 8 février 2008 et du décret du 28 juillet de la même année.

Je rappelle à toutes et tous qu'autant ce que nous portons en termes de valeurs et de principes remonte à l'histoire de la médecine, autant les conditions pour la transmettre, pour développer son enseignement et sa recherche, remontent tout au plus à quelques années. Les étudiants ont parfois l'impression d'arriver sur un terrain stable et balisé. N'oublions pas qu'il s'agit d'une construction récente et évolutive et, que de ce point de vue, tout le monde ici présent est appelé à participer à la poursuite de son développement.

Anniversaire et aussi célébration des records, puisque cette année, nous franchissons allègement la barre des 2 000 participants et que Nantes restera dans l'histoire comme le congrès où plus de 2 000 participants sont venus au congrès du CNGE et un petit coup d'œil dans le rétroviseur marque les progrès de ce point de vue là accomplis et ce que recèle dans cette participation la construction de la discipline universitaire.

Nantes porte aussi l'histoire plus lointaine de nos origines gauloises romanisées, celles du peuple des Namnètes - du temps où la spécialité médecine générale n'existait pas encore - d'Argiotalus, premier guerrier namnète identifié, de la Gaule chevelue beaucoup mieux incarnée par les organisatrices du congrès que le président du Comité Scientifique, sans offense. La capilliculture est plus prévisible et moins complexe que la médecine et notamment que la spécialité des soins premiers qu'est la médecine générale, c'est pour ça que je me suis permis cette petite licence.

Ce 19<sup>e</sup> congrès succède avec une logique et un enchaînement implacables au 18<sup>e</sup>, dont nous rappelions l'année dernière qu'il était celui de la majorité et donc celui de la responsabilité et de la maturité.

Responsabilité de se fonder sur les valeurs d'une médecine tournée vers le patient, vers le prendre soin des patients et le bénéfice pour la société. A l'heure où les avancées technologiques, de la télémédecine jusqu'à l'intelligence artificielle, font miroiter aux décideurs des intérêts qui ne deviendront des avantages qu'au service d'un système de santé organisé, la médecine générale et les soins premiers doivent garder la ligne de l'intérêt du patient et du contrepied de la marchandisation de la santé.

*(applaudissements)*

Maturité de progresser en termes d'enseignement et de recherche, avec modestie, en imposant l'idée de la place de la médecine générale dans l'université, dont nous sommes les représentants convaincus et libres.

Ces valeurs, cette responsabilité, cette maturité vont être parfaitement incarnées par le temps fort inaugural de ce 19<sup>e</sup> congrès : la lecture sur la décision médicale partagée. Dans l'évolution contemporaine, cette réflexion s'impose à nous et ses conséquences nous invitent à plus d'efficacité, à plus de respect et plus que jamais à la gestion de la complexité.

Je disais l'année dernière à Tours que la réflexion et les échanges nécessitaient aussi de ne pas se prendre trop au sérieux. Je n'évoquerais pas pour autant, Olivier, je n'évoquerais pas cette année les plus célèbres proboscidiens, plus célèbres à Nantes qu'à Tours, d'ailleurs. J'évoquerais, en revanche, cette magnifique énergie, riche et communicative, qui fait de cette assemblée, fort nombreuse ici, la plus grande concentration de midi-chloriens qu'on ait jamais vue dans l'empire de la médecine.

*(applaudissements)*

C'est donc avec la force que déclare ouvert le 19<sup>e</sup> congrès de la médecine générale.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Bonjour à tous. Il y du monde.

Nous avons l'immense honneur et le plaisir d'être devant vous ce jour pour l'ouverture de ce 19<sup>e</sup> congrès du CNGE et nous tenions tout d'abord à remercier chaleureusement le Conseil Scientifique pour cette invitation.

Quelques mots de présentation. Je m'appelle Stéphanie SIDORKIEWICZ. Je suis maître de conférences des universités et j'exerce dans un cabinet de groupe à Paris.

### **Sandrine HILD**

Bonjour à tous. Je m'appelle Sandrine HILD. Je suis chef de clinique universitaire au département de médecine générale de Nantes et j'exerce dans une maison de santé à La-Roche-sur-Yon.

Nous nous sommes rencontrées toutes les deux il y a un an, au congrès du CNGE de Tours, à l'occasion d'une réunion portant sur la thématique de cette plénière. Un an plus tard, nous voilà réunies pour vous faire part de quelques notes de lecture au sujet de la décision médicale partagée.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Pour cette lecture, nous suivrons un plan assez classique.

D'abord, une courte introduction, ainsi que quelques définitions. Nous reviendrons ensuite sur quelques idées reçues, que vous avez peut-être, autour de la décision médicale partagée.

Nous aborderons brièvement les outils d'aide à la décision et nous finirons par quelques réflexions et questions.

### **Sandrine HILD**

Nous nous sommes longtemps interrogées sur ce qu'on allait bien pouvoir vous raconter sur la décision médicale partagée, que vous ne sachiez déjà.

Alors, pour vaincre le syndrome de la page blanche, nous avons ouvert une certaine revue francophone de la discipline pour y trouver un peu d'inspiration.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Et chance ou heureux hasard, l'éditorial du numéro de septembre 2019 parlait de décision partagée et tombait donc à point nommé. On sait que vous l'avez probablement déjà tous lu, donc on va juste se contenter d'en lire un court extrait.

### **Sandrine HILD**

*« Il a fallu apprendre à écouter, et apprendre à se taire, apprendre à faire exprimer et à se faire entendre. Il a fallu tâtonner, se tromper, recommencer.*

*Il a fallu acquérir et maîtriser des outils spécifiques, pour qu'enfin la décision partagée devienne une routine admise, pratiquée par tous et largement enseignée.*

*Mais bien sûr, il eût été trop simple pour que les choses s'arrêtassent là. »*

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Au-delà du plaisir non négligeable que nous a procuré la lecture de cet éditorial qui contient un verbe conjugué au subjonctif imparfait, nous nous sommes demandé comment et pourquoi la décision partagée s'était-elle imposée comme un concept incontournable de cette dernière décennie.

### **Sandrine HILD**

Le concept de décision médicale partagée résulte de multiples évolutions sociétales. Grâce aux progrès de la médecine, nous sommes passés de patients souffrant de maladies aiguës plus ou moins curables, à des patients souffrant de maladies chroniques et parfois même de patients souffrant de plusieurs maladies chroniques à la fois.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Parallèlement, le nombre de données publiées a augmenté de façon exponentielle et l'accès à ces données est de plus en plus aisé, que ce soit pour nous, médecins, ou pour les patients.

### **Sandrine HILD**

Enfin, ces nombreuses révolutions ne pouvaient avoir lieu sans changements dans la relation médecin / patient et dans le rôle du médecin dans la société.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

C'est dans ce contexte que de nouvelles possibilités auparavant inimaginables ont fait irruption dans le paysage médical et dans la vie des patients. Ainsi, nous sommes amenés tous les jours à répondre à de nouvelles questions dans notre pratique clinique, pour lesquelles il n'y a pas forcément toujours de bonne réponse.

### **Sandrine HILD**

Quel serait l'antidépresseur le plus adapté pour ce patient ?

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Est-il conseillé de participer au dépistage organisé du cancer du sein par mammographie ?

### **Sandrine HILD**

Ce patient doit-il opter pour un traitement chirurgical pour soigner au mieux sa hernie discale ?

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Face à de telles questions, la décision médicale partagée prend alors tout son sens.

### **Sandrine HILD**

Alors, pour débiter cette présentation, plongeons-nous dans la définition de la décision médicale partagée.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Tout d'abord, revenons sur les mots. En anglais, on dit *shared decision making*. *Making* comme un processus, pour montrer qu'il s'agit d'une démarche active, qui dure dans le temps.

En français, on peut trouver plusieurs traductions : décision médicale partagée ou encore prise de décision partagée, qui traduit peut-être un peu mieux cette notion de processus. Nous utiliserons donc préférentiellement ce terme pour la suite de notre présentation.

### **Sandrine HILD**

La prise de décision partagée se distingue du modèle paternaliste traditionnel, où le médecin décide seul pour le patient et diffère du modèle simplement informatif, où le patient prend seul sa décision une fois informé.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Et pour reprendre la définition de la Haute Autorité de Santé, la prise de décision partagée se définit comme un processus entre un professionnel de santé et un patient face à un choix, un choix individuel qui propose plusieurs solutions acceptables et les données disponibles de la science n'apportent pas d'argument formel pour ou contre la mise en œuvre de telle ou telle stratégie. Le patient, quant à lui, reçoit l'accompagnement nécessaire pour exprimer ses préférences, ses priorités, ce qui lui permet de choisir la meilleure stratégie pour lui-même, pour ce patient unique.

### **Sandrine HILD**

Les étapes qui permettent d'aboutir à cette prise de décision partagée sont illustrées par ce schéma. Il comprend trois étapes.

Premièrement, il faut introduire la notion de choix.

Deuxièmement, il faut décrire les options disponibles, leurs avantages, leurs inconvénients, possiblement à l'aide d'un support.

Et enfin, il faut aider le patient à définir ses préférences et à prendre part à la décision.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Place maintenant à quelques idées reçues. Cette diapositive aurait pu s'intituler *Tout ce que vous pensez tout bas de la décision médicale partagée sans oser nous le dire*.

### **Sandrine HILD**

Pour cette partie, nous nous sommes largement et librement inspirées d'un article de France LEGARE intitulé *Les douze mythes concernant la prise de décision partagée*. Nous en profitons pour saluer chaleureusement France LEGARE et Marie-Thérèse LUSSIER, qui sont nos grands témoins de ce congrès et surtout nos plus grandes sources d'inspiration pour cette présentation.

(applaudissements)

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Première idée reçue : certains d'entre vous se disent peut-être, bon OK, mais en fait, je pratique déjà la prise de décision partagée.

### **Sandrine HILD**

Bien entendu, ce congrès réunissant l'élite de la médecine générale française, vous pratiquez tous déjà la prise de décision partagée. Cependant, pour vous donner quelques chiffres, au-delà de la Cité des Congrès de Nantes, la littérature nous dit qu'en France, en 2014, seuls 43 % des patients ayant une incapacité ou une maladie chronique pensaient avoir été impliqués dans la décision de traitement.

Une autre étude, réalisée aux Etats-Unis en 2018, retrouvait que seuls 17,4 % des hommes ayant eu un dosage de PSA avaient participé à une prise de décision partagée.

Par ailleurs, il ressort que plus le niveau de connaissance des patients est élevé, plus la prise de décision partagée est mise en place. Il ressort aussi que la réalisation des trois étapes n'est effectuée que par 50 % des médecins.

Deuxième idée reçue : certains d'entre vous se disent peut-être également que c'est parce que tous les patients ne veulent pas être impliqués.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Cela est en partie vrai, mais pas tout à fait exact formulé ainsi.

En effet, il ne serait pas exact de dire que les patients ne participent pas à la prise de décision partagée par volonté. Il s'agit le plus souvent d'une incapacité qui pourrait faire écho à l'espace de la relation thérapeutique dans lequel se trouve alors le patient. En effet, quand on s'intéresse aux barrières rapportées par les patients qui ont été publiées dans une revue systématique en 2014, celles-ci comportaient :

- la peur d'endosser la responsabilité d'une « mauvaise décision » ;
- le fait de ne pas vouloir déranger le médecin ;
- ou encore la volonté d'être un « bon patient », qui serait une personne passive et compliant.

### **Sandrine HILD**

Tout de même, le patient peut parfois vous demander : et vous, docteur, vous feriez quoi, à ma place ?

Face à un patient qui ne se sent pas en capacité de faire un choix, le médecin peut bien entendu donner son avis, engager dans une direction, si elle correspond aux valeurs du patient, dont le médecin aura précédemment engagé l'expression.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

De la même façon, une étude publiée en 2019 s'est intéressée aux idées formulées par les patients ayant une maladie chronique, pour améliorer le système de santé français. Les chercheurs ont posé une unique question à environ 3 000 de ces patients.

La question était la suivante : si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous pour améliorer votre prise en charge ? Et si on regarde de plus près les résultats pour améliorer les résultats au niveau de la consultation, la majorité des idées formulées était regroupée sous la *thématique Créer le contexte pour de réelles discussions avec les parents*.

### **Sandrine HILD**

Alors, à ce moment-là de la présentation, vous vous dites « Bon, peut-être, d'accord, mais ça prend vraiment trop de temps. »

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Eh bien oui et non. Oui et non, car deux revues de la littérature ont mesuré cette durée, la durée réelle des consultations lorsque les médecins pratiquaient la prise de décision partagée.

La revue de 2017 concluait à une augmentation de durée de 2,6 minutes, il s'agissait d'une médiane.

La revue de 2019 retrouvait une absence de durée significative pour neuf des douze études incluses.

Alors, enfin, nous finirons par cette question un peu rhétorique : la prise décision partagée est-elle une pratique avancée de l'approche centrée sur le patient ?

### **Sandrine HILD**

Eh bien oui. Comme l'affirme un article publié en 2013, la prise de décision partagée serait le pinacle de l'approche centrée sur le patient. Mais attention, il ne s'agit pas, dans la prise de décision partagée, de tenter de nier l'asymétrie fondamentale de la relation médecin / malade. Il ne s'agit pas non plus de laisser l'entière responsabilité de la décision au patient et, pour citer un discours devenu désormais célèbre dans l'histoire de la médecine générale du 21<sup>e</sup> siècle, la prise de décision partagée pourrait être vue comme le point G de l'annonce centrée sur le patient.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

En tant qu'expert de l'approche centrée sur le patient, le médecin est au centre de la prise de décision partagée. Il va guider le patient entre vraies et fausses informations, entre réel bénéfice et absence de preuve.

Il met en place une stratégie pour ce patient, celui qui est en face de lui au moment de la consultation. Cela implique de se former pour maîtriser les habiletés de communication, mais aussi pour rester à jour des connaissances.

Vue ainsi, la prise de décision partagée reste à responsabilité médicale et délibérative et véritablement engagée.

### **Sandrine HILD**

Maintenant que vous êtes tous convaincus et allez vous lancer dans la prise de décision partagée, nous allons passer aux outils d'aide à la décision, en abordant leur impact et leur utilisation.

Une revue Cochrane mise à jour en 2017, évaluant les outils d'aide à la décision, a inclus 105 études portant sur plus de 31 000 personnes. Les outils d'aide portaient sur 50 décisions différentes. Ils ont été comparés aux soins habituels tels que la délivrance d'informations générales ou l'absence d'intervention.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Nous allons vous présenter ici brièvement les principaux résultats.

### **Sandrine HILD**

Les outils amélioraient significativement le niveau de connaissance des patients.



### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Les outils d'aide amélioraient également significativement la concordance entre les préférences des patients et les décisions prises.

### **Sandrine HILD**

Ils permettaient d'augmenter significativement le nombre de décisions auxquelles les patients avaient participé et les rendaient donc actifs.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Et enfin, en termes de décisions concrètes concernant le dépistage, les outils d'aide à la décision dans les études incluses ont diminué le nombre de patients choisissant de réaliser un dosage de PSA.

### **Sandrine HILD**

Du côté de l'impact sur la qualité des soins, une étude menée en Espagne en 2016 auprès des médecins généralistes a porté sur la prescription appropriée de médicaments. Dans le groupe témoin, les médecins avaient uniquement accès aux critères *start and stop*. Dans le groupe Intervention, les médecins étaient formés à la prise de décision partagée et étaient munis d'un outil d'aide à la décision.

Au bout de six mois, la proportion de patients ayant une prescription appropriée de médicaments était significativement plus élevée dans le groupe Décision partagée (avec 32,5 %) que dans le groupe témoin, avec 27,5 %.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Alors, à quoi ressemblent ces fameux outils ? Vous en connaissez sans doute de nombreux. Nous avons donc décidé de vous en présenter deux.

Ici, vous voyez un outil conversationnel développé par l'équipe de la Mayo Clinic destiné à être utilisé en consultation pour choisir un traitement antidépresseur.

Il s'agit d'un système de cartes. Chaque carte correspond à une thématique à aborder, ou non, avec le patient. Ici, par exemple, la carte Impact sur le poids, qui liste et compare tous les traitements antidépresseurs disponibles. Les chercheurs qui ont développé l'outil ont rapporté qu'il permettait d'aborder des thématiques habituellement moins abordées, par exemple, ici, la sexualité.

En revanche, on peut noter qu'il n'y a pas de carte qui permette de comparer les antidépresseurs entre eux en termes d'efficacité. Nous avons choisi de présenter cet exemple un peu pour rappeler que les outils ne sont que le reflet des données disponibles, évidemment. Par ailleurs, ils sont évidemment adaptés à chaque langue et chaque système de santé. Par exemple, la carte qui parle du coût serait sans doute une variable moins pertinente si l'on développait le même outil pour le patient en France.

### **Sandrine HILD**

Dans ce second exemple, il s'agit d'un site Internet qu'une patiente peut consulter avant d'aller en consultation. Elle peut visualiser les chiffres associés aux bénéfices et aux risques du dépistage organisé du cancer du sein.

L'idée d'un tel outil est que les informations chiffrées qui sont transmises en consultation peuvent être difficiles à comprendre pour les patients. Or les études montrent que la présentation d'iconographies améliore grandement la clarté et la compréhension.

Mais un outil d'aide n'est pas seulement une plaquette d'information, au même titre que la prise de décision partagée n'est pas seulement un échange d'informations scientifiques. Après avoir parlé du choix, du bénéfice et du risque de chacune des options, l'outil d'aide ouvre la discussion sur les valeurs et les préférences du patient.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Nous tenions à présenter nos excuses à Monsieur le Président du CNGE pour cette diapositive remplie de mots anglais, mais à ce jour, il n'existe pas d'outil d'aide disponible en français, mais promis, l'équipe DEDICACE travaille très fort pour combler ce cruel manque.

### **Sandrine HILD**

Pour conclure sur les outils d'aide, nous voulions souligner qu'ils ne sont ni nécessaires ni suffisants pour réaliser la prise de décision partagée. C'est à chacun de se les approprier comme il le souhaite.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Nous finirons enfin cette lecture par quelques réflexions.

Nous voulions revenir sur le fait qu'informer les patients sur les meilleures données actualisées de la science peut s'avérer complexe, notamment quand il s'agit de concepts délicats comme l'incertitude ou le risque. La difficulté réside dans le fait d'informer sans influencer le jugement du patient.

### **Sandrine HILD**

Dans cet exemple, un jeu était proposé à des participants. Ils gagnaient s'ils tiraient un haricot rouge dans l'un des deux flacons. Le petit flacon contenait 1 haricot rouge et 9 haricots blancs. Le grand flacon contenait 6 haricots rouges et 94 haricots blancs. Chacun des flacons était étiqueté avec le nombre de haricots rouges et le pourcentage de haricots rouges qu'il contenait. Étonnamment, la majorité des patients a tiré dans le grand flacon. Or c'était le mauvais choix.

Les participants ont expliqué avoir choisi le grand flacon, car c'est celui qui contenait le plus grand nombre de haricots rouges.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Pour vous donner un deuxième exemple, sur l'exemple de droite vous voyez un graphique illustrant le bénéfice du dépistage par mammographie exprimé en risque relatif à gauche et en risque absolu à droite. Bien que souvent utilisé par les chercheurs dans les publications et par les industriels, le bénéfice exprimé en risque relatif est bien plus spectaculaire que le risque absolu, mais il accroît la perception du bénéfice et du risque par les patients et, de ce fait, n'est pas recommandé.

A travers ces deux exemples, nous voulions rappeler qu'informer les patients de façon honnête et compréhensible représentait pour nous un vrai défi.

### **Sandrine HILD**

Et alors que l'on parle de risque, de pourcentages, d'incertitudes, qu'en est-il des patients ayant un faible niveau de littératie ?

Certes, il est bien plus confortable de réaliser de la prise de décision partagée avec un patient qui a un bon niveau de connaissances. Et pourtant, une méta analyse a montré que la prise de décision partagée profite d'autant plus à ceux qui sont à un faible niveau de littératie. Les outils sont encore plus importants pour eux, à condition qu'ils soient adaptés et la meilleure solution pour qu'ils le soient, c'est d'associer les patients dès le début de leur création.

La prise de décision partagée pose aussi la question de la transférabilité de ce modèle parmi les patients issus d'une autre culture. Ils n'ont pas la même vision de la maladie ni de l'impact des traitements. Ils n'ont pas la même vision du rôle du médecin.

Enfin, le défi est encore plus grand dans le cas d'une barrière de la langue, avec une possible influence de la décision par le traducteur lui-même.

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Pour terminer, voici quelques questions en suspens et quelques réflexions que nous vous livrons.

La plupart des outils sont centrés Décision et Maladie, alors quelle articulation et quelle utilisation chez des patients qui sont de plus en plus nombreux à être multimorbides ?

### **Sandrine HILD**

Qui doit être en charge de développer les outils ? Comment évaluer leur validité, le niveau de preuve des données, leur rigueur scientifique ?

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Afficher « Décision médicale partagée » dans un titre ou un outil suffit-il à garantir sa qualité et une meilleure approche centrée sur le patient en consultation ?

La décision médicale partagée n'est-elle qu'une affaire de médecins généralistes ? Si, en tant que médecins généralistes, nous sommes souvent considérés comme les chefs d'orchestre du parcours de soins du patient, à nous d'avancer et de collaborer avec nos confrères d'autres spécialités, mais aussi avec tous les professionnels de santé pour que l'approche centrée sur le patient devienne la norme et que les prises de décisions soient partagées à toutes les étapes du parcours de soins du patient.

### **Sandrine HILD**

Une question pour les généralistes enseignants que nous sommes : quelles formations peut-on proposer aux internes et quelles formations initiale et continue recommander aux médecins ?

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Enfin, quels effets sur les critères de jugement clinique ? Si on a vu que les décisions médicales partagées pouvaient prendre 2,6 minutes de plus, comment montrer que ces 2,6 minutes de plus sont efficaces en matière de qualité et de sécurité des soins afin de convaincre nos décideurs de nous donner du temps ?

Pour conclure cette présentation, nous voulions revenir sur cette notion essentielle qu'est le temps et vous proposer une invitation. L'idée de cette invitation nous est venue suite à la lecture d'un article publié dans le JAMA en 2019 et qui nous disait...

### **Sandrine HILD**

*« Le temps n'est pas une simple ressource, ses minutes ne sont pas insignifiantes ni interchangeables comme les dollars ou les euros (...) le temps pour les soins est précieux. »*

### **Stéphanie SIDORKIEWICZ**

Alors l'invitation que l'on vous propose pendant ces trois jours de congrès, c'est de prendre le temps. De prendre le temps de flâner et de se perdre dans les allées des posters.

### **Sandrine HILD**

De prendre le temps de parler à un collègue à qui vous ne parlez pas assez souvent, en lui demandant : « Et toi, ça va ? ».

**Stéphanie SIDORKIEWICZ**

De prendre le temps du partage, de prendre le temps de vous ressourcer pour, demain, trouver le temps de la décision médicale partagée dans vos consultations. Alors à vous tous...

**Sandrine HILD**

Chères consœurs, chers confrères, chers internes...

**Stéphanie SIDORKIEWICZ et Sandrine HILD**

Nous vous souhaitons un excellent congrès.

*(applaudissements)*