



Les Carnets des Dialogues du Matin

FRANÇOIS GOLDWASSER

L'avenir de la cancérologie

Une illustration des crises à venir dans l'hôpital

Les Carnets des Dialogues du Matin

FRANÇOIS GOLDWASSER

L'avenir de la cancérologie

Une illustration des crises à venir dans l'hôpital

Sommaire

Avant-propos p. 5
Dominique Lecourt

L'avenir de la cancérologie p. 7
François Goldwasser

Avant-propos

C'est de la cancérologie, bien sûr, qu'il est question dans les pages qui suivent. Ses progrès sont décrits par un maître de la discipline. Ils sont, par lui, réinscrits dans une histoire des connaissances accumulées sur la maladie et des conceptions successives qu'on a pu en élaborer depuis un quart de siècle : de la clinique à l'étude moléculaire de la tumeur, puis par un mouvement qu'on peut dire inverse, de cette étude à la *personne* du patient.

Mais le plus impressionnant de cette esquisse d'un tableau d'une médecine conquérante, c'est la dimension humaine des moindres gestes médicaux. François Goldwasser pose avec insistance la question du sens pour le patient des décisions prises par les médecins. Tirant ce fil, il montre les institutions à l'œuvre, aux prises avec la transformation de maladies mortelles en maladies chroniques. Il apparaît que face à des patients de plus en plus « complexes » du fait de leur âge et de la pluralité des affections dont ils souffrent, il convient de repenser de fond en comble l'organisation hospitalière.

François Goldwasser plaide pour une médecine intégrée. Il en montre les enjeux économiques certes mais surtout éthiques. Notre société en est venue à refuser la mort ; notre médecine scientifique a oublié la personne derrière la maladie. Il est temps, pour l'avenir, de tirer toutes les conséquences de ce double déni.

Pr. Dominique Lecourt
Directeur général de l'Institut Diderot

L'avenir de la cancérologie

Nous nous trouvons aujourd'hui face une situation inédite dans l'histoire de la médecine et de la cancérologie. Des changements importants sont en train de se produire qui peuvent aboutir rapidement à plusieurs chocs violents. Je vais tenter ici de décrire cette situation inquiétante, en évoquant d'abord la forme qu'a pris le progrès médical en cancérologie, puis en décrivant les crises que nous y connaissons actuellement. Ces crises me donneront par ailleurs l'occasion de développer certains aspects qui laissent espérer dans l'avenir des changements plus positifs : je consacrerai la fin de mon propos à ces derniers, en suggérant quelques solutions possibles aux problèmes posés.

LE CONTEXTE GENERAL

Commençons par rappeler deux éléments de contexte qui constituent l'arrière-plan des transformations que je vais décrire.

1. Une société qui refuse la mort

Nous vivons actuellement, en Occident, dans un monde où la mort est niée. La société attend du progrès médical, et du cancérologue qui l'incarne, la possibilité de devenir immortel. Mourir apparaît désormais, pour le patient et pour sa famille, comme un phénomène non-naturel et anormal. Chacun espère que la mort ne surviendra plus. Ce contexte général a des effets importants sur la relation entre médecin et malade et sur les conditions des prises de décision en cancérologie.

2. La médecine a oublié la personne derrière la maladie

La cancérologie a progressé en particulier en dénonçant la médecine solitaire et en s'organisant autour du principe de la pluridisciplinarité. Les décisions y sont prises après un échange entre des expertises médicales complémentaires, diagnostiques et thérapeutiques, afin d'obtenir une meilleure représentation de la maladie et de prendre une décision précise, pour un malade donné, dans une situation déterminée. Cette pluridisciplinarité a fait l'objet d'un décret qui exige que le dossier de tout malade nouvellement diagnostiqué soit étudié lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire. Mais cette organisation se concentre essentiellement sur deux problèmes : la maladie tumorale et la recherche de la performance (diagnostique ou thérapeutique). La question du sens du soin pour la personne soignée, quant à elle, ne fait pas l'objet d'une formalisation équivalente.

LE PROGRÈS MÉDICAL EN CANCÉROLOGIE

1. Le progrès découle de notre compréhension de la maladie cancéreuse

On peut décrire l'évolution des concepts en cancérologie en distinguant deux grandes périodes. Tout d'abord, une période de « zoom » qui va de la clinique à l'étude moléculaire de la tumeur. Puis une période de « travelling arrière », qui va de l'analyse biologique à sa réintégration dans une perspective plus large qui l'inclut dans son environnement, d'abord cellulaire, puis dans celui de l'hôte tout entier, c'est-à-dire d'une *personne* qui a son propre mode de vie.

Chaque période implique une définition déterminée de la pathologie maligne, et de ces différentes représentations du cancer découlent des progrès, illustrés par des approches thérapeutiques particulières.

a - Du constat clinique à l'étude moléculaire de la tumeur

Dans les années 1960, le cancer était considéré comme une prolifération incontrôlée de cellules malignes. La solution thérapeutique consistait donc à utiliser des médicaments - les *anti-mitotiques* - bloquant cette prolifération. Par la suite, grâce aux progrès de la génétique, il est apparu que la cellule cancéreuse accumulait des mutations de son ADN. Dès lors, il parut logique d'associer plusieurs médicaments pour obtenir une efficacité optimale et surmonter ainsi les résistances génétiques aux médicaments, phénomène déjà connu avec les antibiotiques anti-tuberculeux¹. Dans les années 1990, on s'est aperçu que les anomalies à l'origine du cancer étaient également responsables de la résistance à la plupart des médicaments. On orienta la recherche vers le développement de médicaments capables de cibler certaines anomalies moléculaires des cellules cancéreuses. On parla alors de *thérapeutique ciblée*, visant une anomalie moléculaire nécessaire à la survie de la cellule cancéreuse. Les années 2000 furent marquées par l'arrivée de nouveaux médicaments issus précisément de ce ciblage de certaines anomalies moléculaires essentielles à la survie de la cellule cancéreuse.

b - Du constat biologique à sa réintégration dans son environnement

Aujourd'hui, une seconde voie de recherche, très féconde, part de l'anomalie moléculaire et élargit progressivement le champ de vision. Le cancer n'est plus simplement considéré comme un amas de cellules cancéreuses, mais se trouve rapporté à des anomalies des relations entre les cellules cancéreuses et le tissu environnant. Ainsi, plutôt que de bombarder les cellules cancéreuses ou de les cibler, on peut tenter d'empêcher

1. Dans un cas comme dans l'autre, l'association de plusieurs médicaments permet de réduire les risques de résistance qu'aurait pu développer la cellule ou la bactérie.

que s'établissent des relations vitales entre cellules environnantes et cellules cancéreuses. Dans ce cas, nous employons des médicaments « *anti-environnement* » ou « *anti-relation tissu de l'hôte/cellule cancéreuse* ». A partir de 2005, le progrès thérapeutique a connu grâce à cette méthode une accélération. On le mesure désormais non plus d'une décennie à l'autre mais d'une année sur l'autre. Afin de couper les vivres de la tumeur en empêchant la formation de nouveaux vaisseaux, on a mis au point les premiers médicaments *anti-angiogenèse*. Ils s'opposent à la néovascularisation artérielle et à l'apport d'oxygène et de substrats vitaux dans les cellules cancéreuses. D'autres voies de recherche visent également l'environnement de ces dernières. L'action sur la relation avec l'environnement définit ainsi la deuxième grande approche thérapeutique, à côté des thérapeutiques ciblées apparues aux cours des années précédentes.

Mais l'environnement, cela signifie aussi le mode de vie. Cette idée s'est singulièrement renforcée grâce à la réconciliation des médecines alternatives et de la médecine académique classique. Aujourd'hui, dans les congrès de recherche fondamentale en cancérologie², on s'aperçoit que des notions qui étaient évoquées hors du champ de la biologie s'avèrent finalement biologiquement justes. Ainsi, les anomalies du mode de vie, en particulier en rapport avec l'alimentation, le défaut d'exercice physique, les traumatismes psychiques au cours de l'existence et le fait de rétablir ou non une vie psychique harmonieuse, ont effectivement des conséquences biologiques majeures sur la survenue d'une pathologie maligne ainsi que sur le risque de rechute. Les preuves scientifiques s'accumulent et soulignent les intrications qui existent entre diabète et cancer, entre exercice physique et efficacité des

2. Je pense en particulier au congrès de l'*American Association for Cancer Research*

thérapeutiques anticancéreuses, entre diététique et cancer, entre dépression post-traumatique et immuno-suppression.

2. Conséquences du progrès médical

a - Le progrès médical crée des maladies chroniques

Contrairement aux slogans que l'on peut entendre ici et là, le progrès en cancérologie ne se traduit guère par davantage de guérisons. Le progrès, en cancérologie comme dans beaucoup d'autres champs de la médecine, se manifeste surtout par l'émergence d'une population de personnes qui vivent avec la maladie, sur des périodes de plus en plus longues, grâce aux traitements. Ces maladies, jusqu'alors rapidement mortelles, se transforment en *maladies chroniques*. Le progrès prend donc la forme d'une chronicisation de maladies autrefois rapidement fatales. Cette chronicisation rend caduque la distinction entre les soins curatifs et palliatifs et contribue à l'émergence d'approches plus complexes ainsi qu'à un accroissement rapide des dépenses.

b - La maladie chronique rend obsolète l'opposition entre soins curatifs et soins palliatifs

La maladie chronique fait apparaître un objectif hybride : la recherche d'une survie de qualité. Si le médecin peut évaluer les chances d'augmenter la durée de vie du patient, c'est uniquement ce dernier qui peut dire ce qui représente un gain en *qualité de vie*. La chronicité implique donc d'abord un changement de paradigme. Lorsqu'il parlait de patient en situation curative ou palliative, le médecin faisait référence à une situation binaire : présence d'une procédure de soins conduisant à la guérison ou absence d'une telle procédure et survenue rapide du décès. Le progrès médical crée aujourd'hui des situations différentes, que l'on peut analyser en termes d'objectifs de la prise en charge.

Trois objectifs sont envisageables en cancérologie. Tout d'abord, un objectif *curatif*, dans le cas où il existe une procédure de soins, plus ou moins complexe, plus ou moins longue, mais dont la réalisation conduit à un

état de guérison supposée. A l'inverse, lorsqu'il n'existe pas de thérapeutique ayant un impact sur le cours naturel de la maladie et que l'objectif est exclusivement d'obtenir un confort relatif, il s'agit d'une démarche *palliative*. Enfin, troisième situation hybride : les thérapeutiques ont un effet partiel, si bien que leur objectif mêle gain quantitatif en survie et gain qualitatif en *qualité de vie*. Il s'agit là d'un compromis entre les situations précédentes.

c - L'émergence d'un problème envahissant :
la complexité

La chronicisation de la maladie tumorale et le vieillissement de la population provoquent une interdépendance fréquente entre de nombreux états morbides susceptibles de se décompenser mutuellement. Ce phénomène fait qu'il est de plus en plus difficile de prévoir le devenir du patient, les résultats de sa prise en charge et son parcours de soin. Ainsi, un patient atteint d'un cancer et d'un diabète peut voir son diabète décompensé par les soins du cancer et son cancer aggravé par l'état diabétique, qui facilite la prolifération tumorale.

d - L'explosion des dépenses

Les techniques ou les médicaments les plus performants ont des coûts mille à dix-mille fois supérieurs au coût des médicaments auxquels ils se substituent. L'une des conséquences du progrès est donc l'apparition d'une population, ni guérissable, ni vraiment menacée à court terme, vivant avec la maladie, qui nécessite des soins continus et génère des coûts prolongés importants.

LE CLOISONNEMENT DES ACTEURS EST LE NID DES CRISES

Il nous faut maintenant évoquer les conséquences de ces progrès en considérant successivement le point de vue de trois acteurs : les patients, les médecins et les gestionnaires ou payeurs.

1. Les patients attendent légitimement qu'on respecte leur autonomie

Les patients ont des droits nouveaux et de nouveaux moyens. En particulier, par le biais d'internet, ils ont désormais accès à une information pratiquement illimitée. Ils ont le droit d'accéder à leur dossier médical. Ils peuvent refuser un traitement, y compris lorsqu'il s'agit d'un traitement dont la réalisation est vitale.

Le principe d'autonomie, c'est-à-dire le droit qu'a le patient de participer aux décisions qui le concernent, est régulièrement mis en avant. Il implique qu'on s'interroge à chaque fois, dans la prise de décision, sur le sens du soin pour la personne. Le rapport bénéfice/risque permet alors de mesurer le bénéfice attendu et le risque encouru. Or, actuellement, il est difficile d'obtenir que figure systématiquement dans les dossiers médicaux l'évaluation du rapport bénéfice/risque, partie de la réflexion qu'on juge purement technique et médicale. Pourtant, faire prévaloir le principe d'autonomie, c'est interroger le sens du soin pour la personne malade et donc nécessairement se demander si le rapport bénéfice/risque a un sens pour elle.

D'autre part, nous voyons émerger actuellement une population âgée, voire très âgée, qui souffre de nombreuses maladies associées et se trouve en situation de vulnérabilité. Nous devons alors surmonter une relative contradiction, ou en tout cas une véritable difficulté, qui consiste à développer l'autonomie dans la décision de personnes qui sont en situation de vulnérabilité croissante.

On peut résoudre ces problèmes en affirmant que le médecin demeure le véritable expert de la maladie. Car que veut dire « expert de la maladie » ? Une personne qui n'est qu'informée ne sait pas. Savoir, c'est *faire l'expérience*. On peut acquérir cette expérience de deux manières : soit en étant un professionnel de santé - on accumule de l'expérience - , soit en faisant l'expérience de la maladie sur soi, en tant que malade. De sorte que la personne malade ne peut savoir que de trois manières : soit en faisant confiance au médecin, soit en s'appuyant sur le témoignage de malades qui sont passés par là, soit

en faisant l'expérience de la maladie par elle-même. Mais si le malade n'est pas vraiment expert de sa maladie avant d'en avoir fait l'expérience, il est par contre le seul *expert de sa vie*. Le médecin ne peut pas préjuger de ce qui est important pour lui. Cela a été démontré par une étude clinique aux États-Unis. Le cancérologue devait deviner le souhait du malade dans le cas où une chimiothérapie avait moins de 10% de chances d'être efficace, où elle ne pouvait de toute façon pas l'être longtemps et s'avérait, en revanche, très toxique. Une fois informé du rapport bénéfice/risque, le patient allait-il accepter la chimiothérapie ? Le médecin s'est trompé une fois sur deux. Il a supposé une fois sur deux, à tort, que le malade l'accepterait ; ou, au contraire, qu'il la refuserait alors qu'il l'a acceptée. Cette étude montre que le médecin ne peut pas parler à la place de la personne malade de ce qui est important pour elle. Actuellement, le staff médical raisonne essentiellement en termes de « performance » et ne prévoit pas d'interroger systématiquement le sens qu'a une décision pour la personne (est-elle raisonnable pour elle ?). Le patient doit donc s'inviter dans le processus de décision !

2. L'hyperspecialisation médicale et le défaut de formation à l'éthique de la décision exposent à une perte de sens

À côté de la nouvelle place des malades, il convient de considérer l'évolution de la pratique des médecins. Plusieurs difficultés importantes, de plus en plus graves, nécessitent des réformes de fond.

La médecine a évolué par spécialisations et hyperspecialisations successives, par spécialités d'organe, par techniques, par méthodes de diagnostic ou de traitement. Ainsi, au sein d'une même spécialité, apparaissent des sur-spécialisations : cardiologues-rythmologues, cardiologues-greffeurs, etc.

Cette spécialisation permet d'améliorer la maîtrise d'un savoir-faire mais elle réduit de plus en plus le point de vue de chacun, ce qui rend le spécialiste de moins en moins apte à faire la synthèse de la complexité du cas.

Ainsi, la spécialisation nécessaire, parfaitement adaptée en cas de problème unique, devient une faiblesse par le cloisonnement qu'elle induit, lorsqu'il faut faire une synthèse globale de paramètres multiples exigeant des expertises distinctes.

En outre, la formation médicale néglige l'apprentissage de la relation d'aide ainsi que le rôle central de l'éthique médicale et de la prise de décision, qui sont pourtant au cœur de la pratique médicale.

Trois études menées aux États-Unis, au Canada et en France ont prouvé que la capacité éthique des étudiants en médecine diminuait au cours des études médicales. Parmi les hypothèses avancées pour expliquer ce résultat alors que les étudiants reçoivent davantage de cours théoriques qu'autrefois sur ces questions, l'une consiste à souligner l'écart qui existe entre la pratique et le modèle théorique. Je ne dis donc pas que les médecins ont trop de pouvoir, il en faut pour être audacieux ; je prétends par contre que certains en abusent ou l'exercent mal. La difficulté consiste à savoir replacer au cœur de la prise de décision médicale le respect de la personne malade, du principe d'autonomie et à élaborer les conditions d'un véritable dialogue médecin/malade.

Tous ces éléments nous conduisent à une conclusion : le bateau est ivre ! Le médecin peut tout entreprendre sans poser de questions, sans se poser de questions, sans rendre de comptes, et ce dans un contexte d'attente irréaliste d'immortalité. Je disais au départ que le patient n'est pas disposé à entendre qu'il est mortel. Ceci alimente deux dérives. La première, c'est l'*obstination déraisonnable*, terme qu'on préfère désormais à celui d'*acharnement thérapeutique*. L'obstination déraisonnable consiste à mettre en œuvre des traitements qui n'ont pas de sens pour la personne qui les reçoit tandis qu'ils peuvent avoir une cohérence purement technique vis-à-vis de la maladie. C'est un véritable viol dans le champ de la médecine.

L'autre dérive, c'est l'explosion des dépenses qui en est le corollaire. Au XIX^e siècle, le médecin avouait modestement qu'il y avait des limites à ce qu'il pouvait faire. Aujourd'hui,

on préférera tenter une chimiothérapie de la dernière chance plutôt que d'admettre qu'il y a des limites à ce que l'on sait faire ou à ce que l'on peut faire. Entre autres raisons, cet état de fait peut s'expliquer parce qu'il y a désormais un absent de taille, totalement retiré hors du champ de l'hôpital, de la ville et de la vie quotidienne : la mort. Dans le dialogue médecin-malade, évoquer l'enjeu vital, la mort, avec ce qu'elle a de normal ou d'insupportable, est devenu une difficulté embarrassante pour les médecins autant que pour les malades.

3. L'attente des gestionnaires et des payeurs est légitime également

Leur première attente, compréhensible et souhaitée également par le praticien hospitalier, porte sur une amélioration de l'efficience, une meilleure utilisation de l'outil de travail et un meilleur rapport qualité du soin/utilisation de l'outil. Tout cela aboutit à un certain nombre de mesures qui semblent légitimes : des regroupements, des fermetures d'hôpitaux, etc.

Leur seconde attente concerne une réflexion raisonnée sur les prescriptions de médicaments onéreux et l'évolution vers un contrôle des prescriptions.

J'ai évoqué la situation des malades, celle des médecins et les attentes légitimes des gestionnaires. Voyons maintenant comment ces différentes tendances peuvent entrer en collision.

LES COLLISIONS

1. Première collision :

la dérive du principe d'autonomie dans un contexte centré sur l'efficience expose à la déshumanisation

Un premier problème se pose dès lors qu'on prend au pied de la lettre la notion d'autonomie. Dans ce cas, parler de patient ou de malade ne signifie plus rien. On préfère parler d'« usagers » qui circulent dans un établissement,

lequel devient « un établissement de soins », prestataire d'actes, et non plus un « hôpital », lieu d'accueil et d'hospitalité. La relation soignant-soigné peut alors dériver vers la relation d'un prestataire de service de santé à un usager-consommateur. Le médecin-prestataire ne se définit pas comme quelqu'un qui s'engage dans une relation de soin, mais comme quelqu'un qui accomplit une prestation. Or, la relation de soin est une relation d'aide. On admet que la personne qu'on a face à soi est en situation de détresse et qu'elle justifie d'une aide inconditionnelle de notre part. Si l'on réduit la relation soignant-soigné à une relation d'usager à prestataire, ce principe tombe, l'empathie et l'humanité du soin disparaissent progressivement de la relation.

2. Deuxième collision :

le croisement de la demande d'autonomie des patients et de la carence d'éthique médicale aboutit au désengagement soignant et à l'euthanasie

Une demande semble émerger clairement : le malade souhaite qu'on prenne en compte son autonomie de décision, qu'on le respecte en tant que personne. Malheureusement, de manière concomitante, l'offre médicale est affaiblie par des carences graves en éthique et en capacité d'accueil.

Le premier problème qui s'ensuit est une rétraction de l'engagement soignant. Deux causes l'expliquent : la survalorisation de l'acte par rapport au soin, c'est-à-dire la valorisation du « *cure* » au lieu du « *care* »³ et, d'autre part, une mauvaise interprétation du terme *autonomie*.

Le terme *autonomie*, dans son usage éthique, désigne une autonomie dans la décision. Autrement dit, il implique que le personnel soignant n'entreprene rien pour le patient tant que celui-ci n'est pas d'accord pour recevoir

3. On oppose classiquement deux dimensions du soin : l'acte technique et médical, qui vise à la suppression de la pathologie (*to cure* en anglais), et la prise en charge attentive d'une personne fragile et vulnérable (*to care* en anglais).

le soin. C'est une exigence de respect de la personne et de recherche systématique d'un consentement éclairé. Mais, en médecine et en soins infirmiers, l'autonomie est définie aussi par opposition à la *dépendance*. Si vous êtes autonome, cela signifie que vous pouvez vous débrouiller seul (pour la toilette, pour vous nourrir, vous déplacer...), ce qui amène un retrait de l'engagement soignant. Puisque vous êtes autonome, vous pouvez prendre vos rendez-vous vous-même, appeler le taxi vous-même, etc. Ce n'est pas forcément faux, mais l'engagement soignant, visant à aider l'autre, ne doit pas partir de ce présupposé. Ceci n'est évidemment pas l'esprit de la revendication du respect du principe d'autonomie. On assiste donc à un quiproquo dangereux. L'attente des patients n'est pas une demande de moindre engagement soignant, mais une demande de respect pour eux-mêmes en tant que personnes.

Une autre dérive visible est le retrait des médecins de l'engagement dans la prise de décision. Ecouter si une proposition fait sens pour le patient est nécessaire, mais n'exclut pas qu'on engage sa responsabilité dans un conseil et une recommandation précise : faut-il pratiquer une amputation ? Faut-il vraiment commencer un traitement qui fait chuter les cheveux ? Le médecin ne peut s'en tenir à suivre simplement ce qui satisfait le patient, il doit affirmer, en tant qu'expert de la maladie et en tant que personne dialoguant avec une autre personne, ce qu'il pense être le mieux, quitte à prendre le risque de se tromper. L'exercice médical exige de la modestie ET de l'engagement. Or, lorsque deux options thérapeutiques sont envisageables, le patient est de plus en plus souvent confronté à une absence de prise de position du médecin.

Le patient, vulnérable face à la carence d'éthique et au défaut d'accueil, est en outre exposé à un abus de pouvoir médical. Cet abus prend souvent la forme d'une obstination déraisonnable. Insister pour plus d'autonomie dans un contexte où l'abus de pouvoir médical n'est pas corrigé expose à de gros risques. Une illustration

caricaturale de ce risque concerne la demande de légalisation de l'euthanasie. Elle expose à un renforcement des défauts du système.

Les personnes qui revendiquent le droit de mourir dans la dignité perdent de vue le fait que la demande de mort du patient peut être induite et largement influencée par son environnement relationnel. Un environnement relationnel aidant, soignant, suscitera moins de demandes de mort qu'un environnement désespérant et excluant. L'exclusion de l'accès au soin, d'une part, et l'obstination déraisonnable, d'autre part, désespèrent le patient qui se sent alors négligé et préfère mourir. Cette demande, totalement induite par le système, doit-elle être considérée comme une urgence éthique et comme un droit ? Il ne le semble pas.

En outre, le manque d'anticipation dans la prise en charge de la complexité engendre des situations de crise. Lors de leur venue aux urgences, les malades sont confrontés à la rareté des lits d'accueil ; lits qui auraient dû être présents pour faire face à tout imprévu. L'accès à l'hospitalisation pose d'énormes difficultés, d'autant plus qu'un certain nombre de patients se trouvent rejetés, notamment lorsqu'ils ne relèvent pas de ce qu'on appelle un « problème aigu nécessitant des soins immédiats ». Si bien que désormais certaines personnes ont intérieurisé le fait qu'elles seront rejetées et ne se présentent tout simplement plus aux urgences. Exemple flagrant : le cas des hépatites alcooliques aiguës. Une étude supposait que les personnes qui ont une hépatite alcoolique aiguë allaient aux urgences. Elle a montré qu'en réalité, comme il s'agissait souvent de personnes sans-domicile-fixe qui avaient l'habitude d'être rejetés, elles n'y allaient plus ; il n'y avait donc plus de cas d'hépatite alcoolique aiguë aux urgences. Autre illustration du même phénomène : l'augmentation très importante du nombre de décès aux urgences. Ce n'est pas que les urgentistes soient devenus moins compétents ou qu'il y ait davantage d'arrêts cardiaques. Beaucoup plus de gens en fin de vie se retrouvent dans une situation non anticipée et viennent

en catastrophe aux urgences. Évidemment, attendre 12h aux urgences sur un brancard quand on souffre est intolérable et génère du désespoir. Là encore, ce sont les défauts du système qui induisent la demande d'euthanasie. Autrement dit, les demandes d'euthanasie sont largement induites et amplifiées par un système pernicieux. Légaliser l'euthanasie sans interroger et corriger au préalable les défauts du système aboutirait donc à les amplifier dramatiquement.

3. Troisième collision :

L'émergence des patients complexes face à une réduction de l'offre d'accueil expose à leur exclusion et à un effet cascade

Le développement des soins ambulatoires en hôpital de jour est un progrès pour le patient et un gain d'efficience pour l'hôpital. Mais la création de ces lits de jour s'est faite au prix de la fermeture de lits de plus de 24 heures, aboutissant pour un établissement à une réduction de sa capacité d'accueil. Or, les lits de moins de 24 heures ne sont pas toujours une alternative satisfaisante car ce ne sont pas les mêmes patients qui peuvent en bénéficier. Une personne peut ainsi être d'autant plus difficilement soignée en ambulatoire qu'elle est vulnérable, physiquement ou socialement. Elle est alors menacée d'exclusion si un accès aux soins n'est pas prévu selon une autre modalité.

Un autre effet de la réduction des capacités d'accueil est qu'elle provoque un *effet cascade*. Actuellement, en raisonnant en termes exclusivement gestionnaires et en fonction d'un acte de soin isolé, sans intégrer la continuité des parcours, on aboutit à une pression pour faire sortir le patient le plus vite possible, pression qui s'avère préjudiciable et finalement inflationniste. Ainsi, un malade ne nécessite plus de présence en réanimation car son état est grave mais stable. Il peut sortir. Le malade va donc dans un service de soins aigus, mais le service de soins aigus ne possède pas les moyens de surveillance du service de réanimation. Le service de soins aigus

considère que le malade va mieux. Il transfère alors le malade en service de soins de suite, mais ce dernier n'a pas les moyens du service de soins aigus. Il transfère donc le malade à son domicile où il finit par se ré-aggraver avant de revenir aux urgences. Et l'urgentiste se trouve confronté à la recherche d'un lit, activité qui monopolise aux urgences un médecin hospitalier à temps-plein. Le passage trop rapide, sous la pression gestionnaire, vers une structure moins intensive, est délétère pour le patient, épuisant pour le médecin, et aboutit finalement à des surcoûts par ré-hospitalisations ou complications.

4. Quatrième collision :

la complexité de la personne malade, dans une médecine hyperspecialisée et cloisonnée, l'expose à l'exclusion ou à un parcours chaotique

Les patients vivent plus longtemps et leurs pathologies sont de plus en plus complexes, puisqu'ils accumulent simultanément des maladies chroniques : une pathologie cardiaque, plus un cancer, plus un diabète, par exemple. Cette situation se banalise. Mais les médecins, très spécialisés, ne peuvent faire seuls la synthèse de trois pathologies lourdes. Or la plupart des établissements de santé ne disposent pas de l'ensemble des expertises correspondant aux pathologies du patient. Et lorsqu'un hôpital les possède, ces spécialités ne sont pas organisées pour intervenir de concert. Il est donc indispensable de repenser l'organisation des soins.

Des patients de plus en plus vulnérables se présentent dans un hôpital de plus en plus technique, où l'organisation des soins est totalement cloisonnée et où l'on raccourcit les temps de présence des patients. Leur complexité se heurte à l'organisation de la médecine actuelle car l'analyse de la complexité exige de la lenteur. Cela conduit à différentes formes d'exclusion. Deux malades m'ont été, en quelque sorte, offerts pour illustrer cet exposé, pas plus tard qu'hier.

La première personne est atteinte d'une mélancolie

délirante et d'un cancer de l'ovaire. Le psychiatre dit : « Je ne peux pas la prendre en charge ; elle a un cancer. » Et le cancérologue répond : « Je ne peux pas la prendre en charge ; elle a une psychose. » Où doit-elle être hospitalisée ? Quelles équipes vont intervenir ? Comment ?

Dans le second cas, la difficulté est plus banale et concerne les conditions de la prise de décision. La personne a un stent coronarien, est sous aspirine et sa pathologie cardiaque l'expose à un risque anesthésique important. D'autre part, elle a développé un cancer du rein localisé, curable par chirurgie. Le cardiologue est en ville, l'anesthésiste en chirurgie et le cancérologue en cancérologie. À aucun moment, le rapport bénéfice/risque ne va être appréhendé par les trois expertises conjointement ou simultanément. Le patient est renvoyé d'une consultation à l'autre. Au bout de quatre mois, aucune décision n'a encore été prise à son sujet. Donc, là aussi, par défaut d'organisation, le patient complexe se trouve exclu du soin.

La complexité du patient et le cloisonnement des spécialités exposent le malade à des parcours chaotiques, à une prise en charge incomplète et à une absence de synthèse, de vision globale et d'anticipation.

5. Cinquième collision :

le refus des limites renforce l'explosion des coûts

L'explosion des coûts résulte d'un mélange détonnant qui aboutit à un refus des limites du soin :

- l'hypertechnicité des soins : de nouvelles techniques et de nouveaux médicaments, de plus en plus onéreux, sont proposés comme principal axe thérapeutique.
- la chronicité des maladies, qui aboutit à prescrire les traitements pendant des périodes de plus en plus longues.
- la difficulté du malade, de son entourage et des médecins à évoquer sans désespérer, l'absence de bénéfices, la perspective de la mort, et donc à arrêter un traitement onéreux inefficace pour mettre en place un

projet palliatif au bon moment. Le cancérologue, apprenant de l'infirmière que le patient n'est plus perfusible, proposera par exemple une chimiothérapie orale. Il est plus facile pour lui de clore, sans susciter de débordement émotionnel, une consultation par une ordonnance illusoire que de l'ouvrir sur une discussion, souvent longue, pour penser la fin de vie. Car il s'agit d'une consultation très pénible, y compris pour le médecin ; une consultation très dure car il faut ne pas désespérer tout en restant honnête. La marge de manœuvre est étroite. Apprendre aux médecins la signification, l'enjeu et les bases de la gestion des émotions et de l'annonce des mauvaises nouvelles apparaît comme une nécessité fondamentale de la formation, trop longtemps négligée. Beaucoup de médecins considèrent qu'être humain, c'est être simplement gentil. Mais non ! Etre humain, c'est considérer que la personne, l'autre, ici le patient, a sa place. Une conversation évoquant la proximité de la mort est riche en émotions et n'est pas une conversation facile à mener ; elle demande des repères, un accompagnement, une initiation. Une des grandes difficultés pour un interne, quand il devient chef de clinique, est de savoir passer ce cap. Disposer d'un cadre de formation pour aider le clinicien dans cette situation conduirait à l'arrêt de nombreux traitements inutiles et onéreux.

6. Sixième collision :

la médecine fondée sur les preuves⁴ exclut le patient complexe et interdit sa prise en charge

L'éloignement du payeur rend difficile toute correction opportune. Le payeur analyse la situation du mieux qu'il

4. Médecine fondée sur les preuves, ou evidence based medicine (EBM). Cette médecine considère comme valides les seuls traitements et médicaments qui ont été soumis à une évaluation par essais cliniques randomisés, sur des populations statistiquement significatives.

peut, mais il n'est pas dans la pièce de consultation. Il va raisonner globalement ; il ne va pas raisonner sur des cas singuliers ou sur des parcours de soin. Il est obligé de proposer des attitudes systématiques. L'existence de médicaments qui coûtent mille fois plus cher qu'auparavant rend indispensable de les prescrire à bon escient, donc aussi de les stopper à bon escient. Arrêter les soins, simplement à temps, et écouter les souhaits de non-obstination sont des moyens de réduire les dépenses sans limiter l'accès aux médicaments efficaces. Actuellement, ce n'est cependant pas en remettant en question la persistance d'un traitement inutile qu'on envisage de restreindre les remboursements, mais plutôt en agissant sur l'accès au traitement et en intervenant dans la définition de son utilité. Or la pertinence d'un traitement avec un médicament pour une personne complexe donnée ne peut pas se déduire simplement à partir des obtentions d'autorisation de commercialisation de ce médicament, comme cela arrive souvent aujourd'hui.

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament est l'aboutissement de la démarche de développement d'une firme pharmaceutique, fondée sur une réflexion commerciale. Si ce médicament est également efficace dans le traitement d'une autre maladie mais que ce n'est pas là une application rentable, la firme ne cherchera pas à prouver l'efficacité de son médicament sur ce point, même lorsqu'il est réellement actif. L'AMM d'un médicament est très restrictive quant à son champ d'action et assujettie à sa rentabilité.

En raison de la complexité croissante des patients atteints de polyopathologies, la plupart des malades que nous avons face à nous n'entre pas dans le champ très strict défini par l'AMM. Le cas d'une personne qui présente un certain nombre de critères d'exclusion des essais thérapeutiques, comme par exemple un problème cardiaque grave et un diabète sévère en plus d'un cancer, ne pourra pas être traité de la même manière que celui d'autres malades atteints d'un

simple cancer. Le malade complexe ne peut pas faire l'objet d'études cliniques parce qu'il n'y a pas de populations homogènes de malades complexes. Ces malades présentent des complexités de nature différente. La chronicité de la maladie (qui implique la prise de plusieurs traitements successifs) nous conduit elle-aussi à rencontrer une proportion élevée, et rapidement croissante, de patients qui se situent au-delà de la médecine fondée sur les preuves. Le risque est d'exclure certains patients de l'accès aux molécules innovantes.

Non seulement fonder les autorisations de traitement sur l'AMM est incompatible avec le soin dû aux patients complexes mais c'est aussi, contrairement à une idée reçue, une démarche inflationniste : les preuves, obtenues à partir d'études cliniques dont le promoteur est un industriel, privilégient des schémas posologiques onéreux ainsi que le remplacement de traitements peu onéreux par des traitements beaucoup plus coûteux, auxquels ils ne sont pas directement comparés. En voici deux exemples : un médicament vendu quelques euros a été commercialisé par une firme.

Cette même firme sort ensuite un produit très voisin, très onéreux, mille fois plus cher, mais pour lequel elle démontre l'efficacité dans le traitement du cancer de la vessie en seconde intention. Pour l'autre médicament, elle n'avait pas pris la peine de faire cette démonstration. En théorie, si je veux prescrire en demeurant dans le cadre de l'AMM, je suis obligé de prescrire le médicament onéreux, alors que l'expérience clinique des années passées m'indique que celui qui coûte beaucoup moins cher est tout aussi efficace.

On rencontre souvent une autre situation dans laquelle les preuves d'efficacité se fondent sur un essai clinique qui valide une modalité d'administration en réalité excessive. Si j'applique l'AMM pour rester dans le cadre de remboursement du produit, je vais donc prescrire le produit à des doses beaucoup plus élevées que nécessaire. Par exemple, il existe des anticorps

monoclonaux⁵ pour lesquels la demi-vie du produit est de trois semaines⁶, alors que l'AMM impose une administration hebdomadaire. Il n'existe aucun cas, en médecine, où il faut donner un produit plus vite qu'il n'est éliminé. L'idée de considérer l'AMM comme la référence des bonnes pratiques, c'est à la fois restreindre le champ de la réflexion médicale et, *in fine*, se rendre totalement dépendant de logiques commerciales. Les malades sont de plus en plus complexes et il existe une infinité de situations cliniques singulières, de sorte que l'expertise d'un cancérologue ne saurait reposer sur l'application stricte de l'AMM mais, au contraire, doit se fonder sur sa capacité à individualiser les cas, y compris en l'absence de données validées disponibles. Le médecin doit argumenter sa décision, la faire valider collégialement, mais sans nier son savoir-faire ni la singularité de la personne malade. Or, aujourd'hui, le payeur attend des établissements de recours (je dis bien « de recours »)⁷ que ne soient remboursés les médicaments que s'ils sont prescrits dans le cadre de l'AMM. C'est là une procédure inadaptée. Ainsi, les plus experts, ceux supposés être l'ultime recours pour gérer la rareté ou la complexité, s'ils intègrent cette rareté et cette complexité dans leurs choix thérapeutiques, pénaliseront leur établissement puisque celui-ci verra leurs prescriptions non remboursées. Il faudrait identifier, dans chaque région, des centres de

5. Les anticorps monoclonaux sont des anticorps produits artificiellement par la fusion d'un lymphocyte B et d'une cellule cancéreuse, qui permettent de cibler les antigènes spécifiques de certaines tumeurs : ils sont utilisés notamment pour traiter les lymphomes.

6. La demi-vie d'un médicament désigne le temps nécessaire pour que sa concentration dans le corps diminue de moitié : on considère généralement qu'un médicament est totalement éliminé au bout de 5 demi-vies.

7. Un établissement de recours est un établissement de référence, pour un territoire donné (département, région), auquel les autres établissements peuvent adresser un patient lorsque son cas exige des compétences spécifiques dont ils ne disposent pas eux-mêmes. Il est donc le lieu de traitement privilégié des patients complexes.

recours, désignés pour gérer la complexité et la rareté et donc autorisés à s'écartez du champ de la preuve au profit de l'analyse de cas. Et plutôt que d'interdire l'accès à un médicament onéreux lorsqu'il peut être efficace, il vaut mieux s'engager à l'arrêter très vite s'il est inefficace.

PROPOSITIONS POUR REPONDRE AU DEFI POSE PAR LA COMPLEXITE

Les évolutions mentionnées ci-dessus sont, prises séparément, tout à fait réjouissantes : expression croissante du principe d'autonomie des personnes, augmentation de la longévité, apparition de traitements plus efficaces... Néanmoins, il convient d'être vigilant face aux risques concrets et quotidiens de leurs dérives. Ces changements doivent être intégrés dans une vision globale, à laquelle chaque acteur pris séparément (patient et associations de patients, médecins et soignants, payeurs) n'accède que très partiellement. Or, nous l'avons vu, les légitimes demandes des patients peuvent se retourner contre eux, les légitimes recherches de gains d'efficience peuvent nuire à la qualité du soin et même à la réalité des économies recherchées (effet cascade). Les préoccupations de maîtrise des dépenses, appliquées à un acte au lieu d'être envisagées à l'intérieur d'un parcours ; la référence thérapeutique (AMM, preuves) définie à partir de malades simples mais inadaptée aux patients complexes, peuvent aboutir à des résultats absurdes.

1. Comment aborder ces situations complexes, singulières, de manière efficace, efficiente, avec une gestion raisonnée et réaliste des moyens ?

La *médecine intégrée* est une réponse à la complexité. À petite échelle, nous avons expérimenté cette médecine intégrée en favorisant l'intégration de cancérologues+médecins de soins palliatifs et de cancérologues+cardiologues : cancérologues+médecins de soins palliatifs dans les situations d'incurabilité ; cancérologues+cardiologues

pour le suivi de malades sous médicaments anti-angiogéniques, car ces médicaments ont une toxicité artérielle et cardiaque élevée et sont indiqués chez des patients qui ont, souvent, en plus de leur cancer, une pathologie cardiaque.

Une des raisons qui justifient l'intégration des cancérologues et des médecins de soins palliatifs tient à la distinction qu'on doit opérer entre ce qui relève d'une persévérance légitime en situation d'incurabilité et ce qui relève d'une obstination déraisonnable. Les enjeux en sont multiples : enjeu éthique pour la personne malade, enjeu thérapeutique pour le projet de soin, enjeu structurel pour l'organisation du soin et enjeu financier pour les dépenses mobilisées.

Cela nous a conduit à proposer une nouvelle pluridisciplinarité. J'ai dit précédemment que s'était établie une pluridisciplinarité centrée sur la maladie tumorale et la performance (diagnostique ou thérapeutique). Cette seconde pluridisciplinarité pose une question tout à fait différente : celle du traitement *le plus raisonnable* en fonction des risques et *du souhait de la personne*. Une fois défini le traitement le plus performant, il s'agit d'examiner s'il fait sens et s'il est adapté à la personne visée.

En effet, cet entrelacs de situations incurables et complexes pose un problème: faut-il persévérer ? Faut-il innover ? Ou faut-il se contenter de soulager ?

Actuellement, le médecin, face à de telles situations, est souvent solitaire. Le malade, quant à lui, ne dispose pas, dans sa réflexion, d'un accès à toutes les options innovantes ou aux soins palliatifs. La médecine intégrée est donc un gain qualitatif pour le patient qui aboutit à une mobilisation rationnelle des moyens.

Je souhaite mentionner ici une autre illustration de la réconciliation de la qualité du soin avec les coûts, grâce à la médecine intégrée. Lorsqu'une réflexion collégiale sur le sens du soin est associée à un maintien du lien hors les murs, même simplement téléphonique, nous nous sommes aperçus à l'hôpital Cochin que cela diminuait de 60% le recours aux urgences ; le coût de la

prise en charge de la cohorte de patients suivis a été ainsi réduit de 200 000 euros par an. De toute évidence, cette interrogation sur le sens du soin et ce maintien du lien humain est rentable dans l'acception la plus élémentaire du terme.

2. Le projet Ariane

Nous en sommes donc arrivés à envisager une expérimentation, avec la création prochaine du centre Ariane. Il s'agira d'un centre expérimental de médecine intégrée. Il se présentera comme une porte d'entrée, un accueil commun pour tout patient qui souffre d'une pathologie maligne. On y soumettra le patient à une évaluation de l'ensemble de ses caractéristiques de personne malade afin d'établir avant tout traitement son degré de vulnérabilité et de complexité. A l'issue de cette évaluation pourront émerger quatre situations :

- 1) La situation où le malade n'est pas vulnérable et relève de soins mono-disciplinaires - j'ai envie de dire « à l'ancienne ». Le patient a besoin d'un traitement précis, relevant d'une seule spécialité, médicale ou chirurgicale, et il pourra rentrer chez lui.
- 2) La situation du patient vulnérable, mais nécessitant des soins mono-disciplinaires. Des mesures préventives d'accompagnement de sa vulnérabilité seront mises en place par anticipation.
- 3) La situation où le patient n'est pas vulnérable, mais où son état requiert des soins « pluri-étapes » qui nécessitent de mettre en mouvement successivement plusieurs spécialités ; une coordination du parcours améliorera alors la vie du patient et l'efficience du système.
- 4) La situation où le patient est vulnérable et où son état nécessite un parcours multi-étapes ; dans ce cas, une évaluation répétée couplée à la coordination du parcours sera nécessaire.

De cette façon, on modifie le parcours du malade atteint de cancer : il commence par avoir une consultation avec un médecin référent, spécialiste d'organes ou cancérologue. Un projet thérapeutique est alors envisagé.

Il entre ensuite dans le centre Ariane. Il est « passé en revue » en un lieu unique par une équipe pluridisciplinaire, non pas centrée sur la maladie mais sur la personne. Il va rencontrer un gériatre, un cardiologue, un diabétologue, une assistante sociale, un psychologue, une diététicienne... On rend ainsi possible une réelle compréhension de la complexité de la personne et de ses besoins qui doit aboutir à une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) spécifique entre des professionnels qui, d'habitude, ne dialoguent pas, ou seulement de façon éloignée, parce qu'ils ne travaillent pas dans les mêmes services. La synthèse de cette analyse de vulnérabilité sera présentée ensuite à la réunion de concertation pluridisciplinaire qui vise à définir le meilleur traitement de la maladie (RCP de cancérologie spécialisée, « classique »), mais qui, cette fois, pourra intégrer les données du terrain. Le coordinateur et l'accompagnateur du parcours de soins, dans ces conditions, ce ne sera plus uniquement un médecin référent. Ce sera un médecin référent et une infirmière référente de parcours. Le médecin sera le référent pour la maladie, il prendra en charge la maladie, et le malade ira le voir en consultation comme d'habitude. L'infirmière référente du parcours, quant à elle, s'assurera de la cohérence du parcours dans le temps. Le centre Ariane propose ainsi une réponse à la complexité croissante : la médecine intégrée. « Intégrée » s'oppose ici à « à la demande ». Une médecine intégrée est une médecine où les spécialistes ne vont pas intervenir en fonction du problème qui survient mais de manière systématique, avant qu'il ne survienne, en ayant pensé ensemble la personne malade dans sa globalité et son parcours de soins dans sa continuité.

Dans un même lieu, un rapprochement, en un temps donné, d'expertises éloignées permet une évaluation, une synthèse et une décision. On rapproche de manière ponctuelle des personnes qui ne travaillent pas ensemble, avant de les répartir à nouveau dans l'hôpital. C'est là une forme nouvelle de pluridisciplinarité qui est centrée sur la complexité de la personne et non sur la maladie. La prise

en compte précoce de cette complexité permet de prévenir certaines complications, d'anticiper un parcours et de le sécuriser. Le retentissement de ces procédures sur les durées de séjour est un des modes d'évaluation de leur efficience. En cas d'hospitalisation pour une chirurgie orthopédique consistant en une ostéosynthèse sur une métastase osseuse de l'humérus, en l'absence d'évaluation de la complexité et d'anticipation de l'aval, la durée d'hospitalisation prévisible est de dix jours. Elle chute à trois jours si ce travail d'anticipation a eu lieu.

Ainsi, la démarche que nous proposons de mettre en œuvre à titre expérimental dans le centre Ariane, réconcilie deux nécessités que l'on a souvent opposées : l'efficience dans l'utilisation des ressources et la qualité du soin à la personne.

CONCLUSION

Je conclurai en rappelant que le progrès en cancérologie dérive des nouvelles approches de la maladie, d'un regard qui, pendant des décennies, s'est de plus en plus focalisé, du malade à la tumeur, de la tumeur à la cellule, de la cellule aux altérations moléculaires, tandis que s'annonce désormais un mouvement inverse qui revient de la cellule cancéreuse à l'environnement cellulaire, puis à la personne dans sa globalité, en considérant son environnement et son mode de vie.

Le progrès médical génère chronicité, complexité et coûts. Une des réponses possibles face à cette complexité est une médecine intégrée qui réconcilie une prise en charge globale de la personne et l'efficience dans l'organisation des soins.

Retrouvez l'intégralité du débat sur www.institutdiderot.fr

Les publications de l’Institut Diderot

Dans la même collection

L’avenir de l’automobile

Louis Schweitzer

Les nanotechnologies & l’avenir de l’homme

Etienne Klein

L’avenir de la croissance

Bernard Stiegler

L’avenir de la régénération cérébrale

Alain Prochiantz

L’avenir de l’Europe

Franck Debié

L’avenir de la cybersécurité

Nicolas Arpagian

L’avenir de la population française

François Héran

Les Notes de l’Institut Diderot

L’euthanasie, à travers le cas de Vincent Humbert

Emmanuel Halais

Les Dîners de l’Institut Diderot

La Prospective, de demain à aujourd’hui

Nathalie Kosciusko-Morizet,

Secrétaire d’Etat à la Prospective

et au Développement de l’économie numérique.

L'avenir de la Cancérologie

C'est de la Cancérologie, bien sûr, qu'il est question dans les pages qui suivent. Ses progrès sont décrits par un maître de la discipline. Ils sont, par lui, réinscrits dans une histoire des connaissances accumulées sur la maladie et des conceptions successives qu'on a pu en élaborer depuis un quart de siècle : de la clinique à l'étude moléculaire de la tumeur, puis par un mouvement qu'on peut dire inverse, de cette étude à la personne du patient.

Mais le plus impressionnant de cette esquisse d'un tableau d'une médecine conquérante, c'est la dimension humaine des moindres gestes médicaux. François Goldwasser pose avec insistance la question du sens pour le patient des décisions prises par les médecins. Tirant ce fil, il montre les institutions à l'œuvre, aux prises avec la transformation de maladies mortelles en maladies chroniques. Il apparaît que face à des patients de plus en plus « complexes » du fait de leur âge et de la pluralité des affections dont ils souffrent, il convient de repenser de fond en comble l'organisation hospitalière.

François Goldwasser plaide pour une médecine intégrée. Il en montre les enjeux économiques certes mais surtout éthiques. Notre société en est venue à refuser la mort ; notre médecine scientifique a oublié la personne derrière la maladie. Il est temps, pour l'avenir, de tirer toutes les conséquences de ce double déni.

Pr. Dominique Lecourt, Directeur général de l'Institut Diderot



François Goldwasser

“

Président de la fondation Martine Midy,
professeur en médecine à l'université Paris Descartes,
chef de l'unité de Cancérologie de l'Hôpital Cochin,
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.