

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

www.lequotidiendumedecin.fr

47^e ANNÉE - 1, RUE AUGUSTINE-VARIOT - CS 80004 - 92245 MALAKOFF CEDEX - TÉL. : 01 73 28 12 70 - ISSN 0399-2659 - CPPAP 0422 T 81257

JEUDI 9 NOVEMBRE 2017 - N° 9617

15 décembre: le retour de l'ex-taxe pro

Comme chaque année à pareille époque, les médecins libéraux doivent, sauf exceptions, s'acquitter de la Contribution foncière des entreprises (CFE). **Le temps de la gestion p. 14**



Spécial seniors: la santé au long cours

Les 70 ans et plus représentent 29% des séjours hospitaliers en aigu. Chez les plus fragiles, la collaboration des professionnels du soin est essentielle. **Les dossiers du Quotidien p. 15**

Centres contre le cancer: nouvelles frontières

Moteurs d'innovations scientifiques et technologiques qui révolutionnent les soins, les 20 CLCC s'impatientent des freins et des barrières administratives pénalisant chercheurs, cliniciens et patients. Leur fédération réclame un nouveau Plan cancer. **P.2**

● Entre big data et objets connectés, des structures à l'avant garde

● Le cri d'alarme des cancérologues sur l'accès à l'innovation



SEBASTIEN TOUJON

Retrouvez-nous en continu sur lequotidiendumedecin.fr

Éditorial

TPG, et après ?

Cette fois, c'est acté ! Après avoir hésité quelque peu, le gouvernement a donc fait adopter le report du tiers payant généralisé. Les députés ont donné quitus début novembre à cette « paix des braves ». Et les sénateurs devaient l'entériner à leur tour cette semaine.

Pour les médecins, c'est peut-être le début d'un réchauffement durable avec l'avenue de Ségur. Même si, quant à la suite, les scénarios ne sont pas écrits...

Il faudra attendre le printemps pour connaître au juste les intentions des pouvoirs publics. Or sur ce dossier chausse-trappe, le gouvernement est pris entre deux exigences contradictoires : se concilier les bonnes grâces des médecins libéraux pour avancer sur sa « Stratégie nationale de santé », mais ne surtout pas donner aux assurés l'impression d'enterrer purement et simplement la dispense d'avance de frais.

À gauche, les critiques sont en effet nombreuses qui voient dans le report du TPG plus qu'un contre-temps : la disparition d'un acquis social accordé sous la présidence Hollande. Et de son côté, la CFDT bat le rappel pour éviter que le délai ne se transforme en dédit. Emmanuel Macron va donc devoir jouer serré s'il ne veut pas une nouvelle fois être brocardé en « président des riches ». Pour son gouvernement, il s'agira donc dans les mois qui viennent d'arriver à un compromis sur le tiers payant avec les médecins de ville : les convaincre de jouer le jeu, mais sans les braquer... donc sans les contraindre.

Jean Paillard

La réforme du deuxième cycle se dessine

Suppression des ECN
à l'étude **p.4**

Le cahier de doléances des hospitaliers

Moins de tâches
administratives
réclament les PH ! **p.6**

Nouvelles recos sur la dépression

La HAS veut inciter les
généralistes à mieux uti-
liser les antidépresseurs
p.10

RCFr 2017

10^e ÉDITION

LE RENDEZ-VOUS DE L'INNOVATION ET DE L'ORGANISATION EN CANCÉROLOGIE

L'EXPERTISE EN CANCÉROLOGIE



EUROSITES GEORGE V

MARDI 21 ET MERCREDI 22 NOVEMBRE

Renseignements - Service événements
evenement@rcfr.eu - Tél. : 01 73 28 16 14

ou sur www.rcfr.eu

LES DÉFIS DES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER

D'un côté, des **innovations scientifiques et technologiques** qui révolutionnent les soins et la recherche, de l'autre, des freins et des barrières qui pénalisent chercheurs, cliniciens et patients : **les 20 CLCC** (centres de lutte contre le cancer) subissent les tensions qui affectent la cancérologie française.



L'écosystème des CLCC : des accélérateurs et des freins En matière de soins, les centres boostent les innovations

Les nouvelles technologies sont en train de révolutionner la prise en charge des patients. Florilège des projets pilotes des CLCC, en santé connectée, robotique et intelligence artificielle, qui viennent d'être primés à Montpellier.

Santé connectée

– **Sécurisation du retour à domicile*** : après une intervention gynécologique en ambulatoire, les patientes bénéficient d'un suivi numérique via une application smartphone IPC Connect qui leur permet de communiquer en temps réel leur journal de bord, avec notamment leur évaluation de la douleur; elles sont aussi équipées d'un bracelet connecté. « Nous avons paramétré des seuils d'alerte, rouge ou orange, qui vont déclencher l'intervention d'un infirmier, d'un médecin ou une hospitalisation », explique Eric Cini, l'infirmier coordinateur de la plateforme à l'Institut Paoli-Calmettes (Marseille).

– **Mongustaveroussy** : cette application mobile sécurisée permet aux patients d'accéder à tous leurs documents médicaux, comptes-rendus, bilans de biologie, d'imagerie ou d'anatomopathologie, ainsi que rendez-vous. Seul maître de ses données, le patient accorde l'accès aux professionnels de santé de son choix. Ce portail personnel numérique dématérialise le dossier et « il accélère la transmission des informations vers les médecins de ville », souligne Charles Guépratte, DG adjoint de Gustave Roussy. Il permet un suivi plus étroit des patients hors de l'hôpital, ajoute le Pr Michel Ducreux, coordonnateur médical. C'est un outil d'autant plus utile que se généralisent les chimiothérapies per os, souligne Maïma Mezaour, DSI de Gustave Roussy. Un programme similaire est en phase 1 à Oscar Lambret (Lille).

Robotique

– **« Cancers, vers la chirurgie de demain »*** : lancé en 2014 avec l'acqui-



Des applis qui font des CLCC des laboratoires de l'innovation

sition du robot Da Vinci Xi, le programme a innové les études MARCI pour le cancer du sein (1ère mondiale en robotique, alternative moins traumatisante et plus esthétique), EVATAR pour le cancer de la thyroïde (par voie rétro-aucriculaire, ne laissant pas de stigmate) et TORS pour les cancers ORL (par les voies naturelles). Deux autres programmes sont en cours de marquage CE, pour les chirurgies viscérale et gynécologique. « Avec une faisabilité parfaite, tous ces programmes enregistrent des résultats totalement favorables », se félicite le Dr Philippe Gorse, chef du service de chirurgie onco-faciale à l'IGR et qui en assure la coordination. L'IGR est promoteur d'études multicentriques, notamment avec Oscar Lambret (Lille).

– **VIK-e (victory in innovation for kids electronic)*** : depuis son lit en isolement, l'enfant pilote par son ordinateur un robot de télé-présence qui va lui permettre de sortir virtuellement et de se déplacer à l'extérieur. « Ce n'est pas du tout un gadget », souligne le Dr Perrine Marec-Bérard, pédiatre oncologue au centre Léon Bérard (Lyon), mais un outil qui facilite l'acceptation des soins en maintenant le lien social avec l'école, pour le suivi de la scolarité, comme avec la famille, parents, frères et sœurs. De leur côté, les soignants bénéficient d'une meilleure relation thérapeutique avec le patient. » Évaluation de cette première prévue fin 2018.

Intelligence artificielle

– **BodyComp. AI*** : pour évaluer le degré de sarcopénie du patient, l'indice de masse corporelle est approximatif, la coupe scanner au niveau de la 3^e lombaire (L3) nécessite l'intervention manuelle d'un radiologue. D'où l'intérêt de ce logiciel du laboratoire de recherche en imagerie médicale de Henri Becquerel (Rouen). « Grâce à son algorithme, il permet à un médecin non spécialiste d'obtenir une mesure rapide et automatisée utilisable dans la routine clinique », explique Romain Modzelewski, ingénieur à Henri Becquerel. La cinquième version est utilisée par les chercheurs ». Ses applications sont très attendues pour mieux ajuster la dosimétrie en chimiothérapie comme en radiothérapie, ainsi que le support nutritionnel. Sur cette problématique mondiale, Google serait en train de pointer le nez...

Et aussi

– **Kid calm*** : la radiothérapie nécessite l'immobilité parfaite de l'enfant, avec du matériel de contention, des masques thermomoulés du visage et, jusqu'à l'âge de six ans, le recours à des anesthésies générales; avec le système Kid calm élaboré à Paul Strauss (Strasbourg), « nous recourons à un microprojecteur qui projette un dessin animé sur l'anneau de l'appareil de radiothérapie », explique le Dr Céline Vigneron et nous obtenons un résultat positif immédiat par l'effet hypnotique de l'image chez les enfants. Un effet qui dépasse nos espérances : dans un environnement ultra-technologique angoissant, séparé de ses parents, l'enfant se trouve tout de suite rassuré. Et les salariés du service apprécient la plus grande facilité de prise en charge des petits patients. » Tous les services de pédiatrie pourraient être intéressés pour un coût modique (2500 €). **Christian Delahaye**

*Projet lauréat du Prix UNICANCER de l'INNOVATION décerné le 9 octobre au Corum à Montpellier.

Patrice Viens (UNICANCER)
« Il faut un nouveau plan cancer »

Entretien



Faisant le point sur l'émergence des nouvelles technologies et les blocages administratifs concernant l'accès aux traitements et la recherche clinique, le Pr Patrice Viens, président d'UNICANCER, demande un Plan cancer 4 pour 2018.

LE QUOTIDIEN - Les patients semblent enthousiastes au sujet de l'émergence des nouvelles technologies en cancérologie; n'y a-t-il pas aussi des motifs de préoccupation au sujet de cette "révolution copernicienne" ?

Pr PATRICE VIENS : Plus que de l'enthousiasme, les patients ont surtout des attentes auxquelles il nous faut répondre ! A l'ère des nouvelles technologies, ils veulent être soignés « hors les murs », tout en restant « connectés » et acteurs de leur prise en charge. Le patient a changé et nous devons penser l'hôpital autrement. UNICANCER, qui réunit les 20 Centres de lutte contre le cancer (CLCC), anticipe les évolutions de la cancérologie en réalisant des études prospectives, pour répondre aux attentes des patients. Cette nouvelle enquête* vient conforter cette « révolution » dont vous parlez. Les CLCC sont en train d'expérimenter des solutions « connectées ». Les retours sur leur utilisation semblent plutôt favorables : fiabilité des solutions, compréhension par des publics même âgés. En tout cas, ces solutions connectées répondent en partie aux nouveaux enjeux de coordination des soins et de suivi hors les murs des patients. Il reste cependant des difficultés juridiques telles que les autorisations CNIL, l'évaluation des dispositifs. Les financements actuels ne sont pas pérennes car dépendants d'appels à projets publics, de fonds propres, de conseils régionaux, départementaux, dons et legs etc.... et cela est un réel problème.

Tous les acteurs de la cancérologie française sont-ils en phase ? Qu'est-ce qui fait parmi eux la spécificité du modèle UNICANCER ?

Les CLCC investissent dans des équipements de pointe, lancent des essais cliniques innovants, développent de nouveaux modèles organisationnels dans tous les domaines et continuent de compléter leur offre de service, en particulier avec des programmes de suivi à distance. Je pourrai vous citer beaucoup d'exemples, comme les projets présentés par les lauréats au Prix UNICANCER de l'INNOVATION de cette année. L'innovation et la quête de l'excellence, l'humanisme, la multidisciplinarité et l'égal accès de tous à des soins de qualité constituent le « modèle » UNICANCER incarné par les CLCC.

L'INCa a pointé dans son dernier rapport les inégalités territoriales, avec des taux départementaux de mortalité très disparates (de 1 à 2); au sein des CLCC, confirmez-vous cette problématique et comment la traitez-vous ?

Les CLCC nouent de nombreux partenariats avec les hôpitaux périphériques, ce qui nous permet de couvrir largement le territoire. Le dispositif des autorisations en cancérologie doit revoir à la hausse les seuils d'activité et mieux cibler certaines pathologies rares nécessitant des centres de références. La gestion des dépenses de transport doit prendre en compte ce dernier point.

Confirmez-vous qu'il existe un blocage réglementaire en France concernant l'accès aux nouveaux traitements ?

Les réactions des associations de patients et des professionnels de la cancérologie ont été vives ces derniers jours sur ce sujet : il faut trouver un équilibre entre le juste prix de l'innovation lorsqu'elle est réelle et la capacité de la rendre accessible à tous et ainsi donner la possibilité à tous nos patients d'avoir une chance supplémentaire de guérir d'un cancer.

Dans le cadre de la préparation de la stratégie nationale de santé, nous avons répondu présent à la large concertation lancée par la ministre Agnès Buzyn. La cancérologie a prouvé qu'elle est un formidable terrain d'innovations thérapeutiques et technologiques. Il nous paraît donc essentiel qu'en déclinaison de la Stratégie nationale de santé, un nouveau plan cancer, prenant le relais du Plan cancer 3 en cours, soit élaboré par l'Etat en 2018.

Propos recueillis par Ch. D.

Recherche clinique : les Big Data changent la donne

« C'est une révolution dans la recherche comparable à celle du séquençage de la totalité du génome humain », assure Christophe Jamain, responsable de la recherche fondamentale à UNICANCER. ConSoRe (pour Continuum soins-recherche), explique le directeur des systèmes d'information d'UNICANCER, Emmanuel Reytrat, est un moteur de recherche multi-site interopérable, c'est-à-dire qu'il est totalement indépendant des systèmes d'information des établissements qui participent à sa construction et peut donc être alimenté par des documents internes des CLCC comme par des éléments externes, en provenance d'autres établissements, ou de la ville. »

Créé en 2013, ConSoRe est partie de quatre centres pilotes (Dijon, Lyon, Montpellier et Paris) et a atteint cette année Marseille, Lille, Bordeaux et Nancy. Aujourd'hui, il est capable de

retrouver des critères de sélection disséminés dans des centaines de milliers de dossiers de patients. Il offre ainsi une visualisation synthétique de l'histoire pathologique de chacun, dès l'apparition d'une tumeur, la survenue d'une récurrence, d'une métastase ou d'un second cancer. À partir des fouilles qu'elle effectue, la plateforme constitue des cohortes de patients pour alimenter les études cliniques. Et avec le préscreening de données, elle permet un gain de temps précieux dans la prise en charge, en proposant des thérapies nouvelles.

À la différence de ConSoRe, le programme ESME (Epidémiologie-stratégie médico-économique), lancé en 2014 par R&D UNICANCER dans les CLCC, centralise des données sur les stratégies thérapeutiques anonymisées issues de la vie réelle, c'est-à-dire des centres et des médecins traitants,

dans certains cancers. « Notre objectif, précise le Dr Mathieu Robain, directeur du programme, c'est de constituer un outil d'aide à la décision en santé qui complète les données des essais cliniques randomisés ». « Nos partenaires industriels peuvent interroger la base, avec des procédures filtrées par la communauté scientifique et les instances déontologiques », ajoute Christian Caillet, directeur de la R&D UNICANCER; les chercheurs et les cliniciens utilisent ESME pour développer leurs travaux et étayer leurs publications; les autorités de santé y recourent pour évaluer les traitements expérimentaux. » Affaire à suivre pour les immunothérapies.

Le programme s'applique actuellement aux cancers de l'ovaire, il débute pour les cancers du poumon non à petites cellules. Son extension suivra pour les cancers de la prostate et colorectaux. **Ch. D.**

80 %

C'est le nombre Français qui accepteraient d'être équipés d'objets connectés (81%) et pensent que la santé connectée est une opportunité pour la prévention (82%) et pour la qualité des soins (76%). Une même proportion (79%) préféreraient, en cas de cancer, être soignés chez eux et ne se rendre que de temps en temps à l'hôpital. (Enquête Odoxa pour UNICANCER en septembre 2017).

Le cri d'alarme des cancérologues

● Dans l'accès des patients aux nouvelles molécules, mais aussi pour le lancement des essais cliniques, les cancérologues des CLCC lancent l'alerte sur un « système administrativement bloqué ». Longtemps fer de lance de la cancérologie, la France serait-elle en train de perdre la bataille de la compétitivité internationale ? C'est la crainte sur laquelle alertent aujourd'hui des chercheurs et cliniciens des CLCC. Dans un courrier envoyé à Agnès Buzyn, que le Quotidien s'est procuré*, ils dénoncent « les graves difficultés » qu'ils rencontrent « en termes de retards dans l'évaluation et donc dans l'autorisation et le démarrage effectif des essais cliniques en France » et ils en appellent « de manière pressante » à la concertation pour sortir d'une situation « qui pousse les promoteurs à conduire leurs essais hors de France ».

Lors de la table-ronde consacrée en décembre dernier aux innovations en cancérologie, L'Institut Gustave Roussy avait déjà fédéré les professionnels contre « les évolutions réglementaires récentes, les délais d'approbation des études trop longs, des financements publics contingentés qui menacent l'accès précoce des patients français à l'innovation. » « Des traitements existent, constate le Dr Aurélien Marabelle,

« Nous sommes victimes d'un système administrativement bloqué

directeur clinique du programme d'immunothérapie de Gustave Roussy. Ils ont prouvé une bien meilleure efficacité que les standards actuels et ont été approuvés par les autorités européennes et américaines, mais c'est au niveau français qu'il y a blocage. Les malades français n'y ont pas accès dans les cancers fréquents, face auxquels les cancérologues sont assez démunis. »

« Nous sommes victimes d'un système administrativement bloqué, explique le Dr Eric Angevin (DITEP, département d'innovation thérapeutique de Gustave Roussy), un système terriblement dépourvu de vision d'avenir et de schéma directeur à cinq ans, dans un monde où l'innovation bouleverse les protocoles thérapeutiques et où émergent de nouveaux acteurs internationaux. Des situations aberrantes surviennent : des patients peuvent être privés du traitement dont ils bénéficiaient par une ATU, parce qu'une AMM est accordée pour une indication autre que celle de l'ATU. »

Le SOS adressé par les chercheurs à la ministre de la Santé pointe deux services administratifs qui causent les graves difficultés qu'ils rencontrent : les CPP (comités de protection des personnes), d'une part, pas en mesure de rendre leurs avis dans les délais légaux, compte tenu des dysfonctionnements administratifs reconnus par la DGS (Direction Générale de la Santé) ; l'ANSM (Agence nationale de sécurité

du médicament), d'autre part, qui rencontre également « de grandes difficultés pour rendre des décisions d'autorisation dans les délais légaux ». Marisol Touraine avait promis en 2016 la création d'une cellule dédiée aux essais cliniques de phase 1, mais cet engagement s'est traduit par l'embauche d'un seul agent. Résultat, explique le Dr Angevin : « L'Agence traite au fil de l'eau une flopée de dossiers qui la mobilise sur des génériques, si bien que les autorisations d'essais nous arrivent lorsque les indus-

triels ont décidé d'aller voir ailleurs. » Le DG de Gustave Roussy, Alexander Eggermont, et le directeur de la R&D Unicancer, Christian Caillot demandent instamment « de nouvelles dispositions réglementaires pour accélérer le démarrage des essais cliniques ». Ch. D.

* Lettre du 12 octobre signée par le Dr Christophe Massard, responsable du comité essais précoces de Gustave Roussy, ainsi que par les présidents de France Biotech et de l'Afcr (entreprises de la recherche clinique).



A l'IGR, chercheurs et cliniciens s'impatientent

SEBASTIEN TOUBON

Cancérologie

PUBLI-COMMUNIQUÉ

HPV : des virus à ne pas négliger

Les HPV ou papillomavirus humains sont une famille de virus dont certains sont impliqués dans les cancers ano-génitaux^(1,2). Ces virus ont une contagiosité importante, une forte prévalence et une prophylaxie disponible pour les plus fréquemment impliqués dans les cancers ano-génitaux. Focus sur ces virus omniprésents.

Des virus fréquemment impliqués dans des lésions cancéreuses

Au cours de leur vie, **plus de 75 % des hommes et femmes** sexuellement actifs seront exposés à un papillomavirus⁽³⁾. La **forte contagiosité** et le mode de transmission, de ces virus par rapports sexuels, avec ou sans pénétration, ou contacts intimes, sont responsables de cette dissémination dont le préservatif ne protège que partiellement^(2,3). L'exposition à ces virus n'est pas sans conséquence puisqu'ils sont associés à l'apparition d'environ 5 % des cancers au niveau mondial⁽⁴⁾. Parmi les 150 virus que compte la famille des HPV, une quinzaine sont en effet à **haut risque oncogène** et peuvent engendrer des cancers de l'utérus, du vagin, de la vulve, de l'anus, du pénis et de la sphère ORL^(1,5). On estime que **5 700 nouveaux cas** de cancers sont attribuables aux HPV tous les ans en France⁽⁶⁻⁸⁾.

Des cancers liés à la persistance des infections à HPV

L'exposition aux HPV peut avoir lieu tout au long de la période d'activité sexuelle⁽²⁾. Le pic d'infection se situe quant à lui avant 25 ans, dans les cinq années suivant les premiers rapports intimes, période notamment propice à des changements fréquents de partenaires⁽³⁾. Par la suite, l'infection à HPV,

qui est asymptomatique, peut régresser spontanément. Cela correspond à 90 % des cas. Les persistance de l'infection à HPV représentent donc environ **10 % des infections**. C'est la **persistance des infections à haut risque oncogène** qui est à l'origine de l'apparition de lésions précancéreuses et cancéreuses. Ces dernières peuvent elles-mêmes régresser spontanément ou continuer à évoluer vers des cancers invasifs^(9,10). Le délai dans lequel peuvent apparaître les lésions dysplasiques puis cancéreuses varie en fonction du génotype du virus impliqué. Plusieurs décennies peuvent être nécessaires pour évoluer vers un cancer invasif^(9,10).

La prévention primaire, un outil de lutte contre les HPV

La protection contre le cancer du col de l'utérus repose à la fois sur la vaccination, qui vise à prévenir des infections à HPV, et sur le dépistage par frottis cervico-utérin. Réalisé tous les 3 ans entre 25 ans et 65 ans, après deux examens normaux à un an d'intervalle, le frottis permet de détecter des lésions précancéreuses ou des cancers à un stade précoce et de les traiter^(3,11). La vaccination ne se substitue pas au frottis. Et inversement, le frottis, qui détecte les lésions existantes, ne se substitue pas à la vaccination. Ce sont deux



Pour aller plus loin

- Environ 5 700 nouveaux cas de cancers par an en France relatifs à 6 localisations de cancers sont liés à des HPV à haut risque oncogène⁽⁶⁻⁸⁾
- Les **génotypes HPV à haut risque oncogène*** sont responsables d'environ 100 % des cancers du **col de l'utérus**⁽⁵⁾
- Les **génotypes HPV 16 et 18** sont associés à 70 % des **cancers du col de l'utérus** et à la majorité des cancers extra-cervicaux liés à HPV^(1,5,6)

* Génotypes 16, 18, 31, 33, 34, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 et 68⁽¹⁾

moyens complémentaires de protection⁽¹¹⁾.

Par contre, aucun dépistage n'existe en population générale pour les autres cancers liés aux HPV. Seule la vaccination apporte une protection. Par ailleurs, le préservatif ne protège pas complètement de ces virus qui se transmettent également par le contact de peau à peau⁽⁷⁾. Les mesures appropriées de précaution vis-à-vis des infections sexuellement transmissibles doivent cependant continuer à être prises. La vaccination est donc le moyen le plus efficace pour prévenir les infections aux virus HPV responsables de la majorité des lésions précancéreuses et cancéreuses de la zone ano-génitale. La vaccination

est recommandée par les autorités de santé pour les jeunes filles de 11 à 14 ans révolus, un rattrapage est possible de 15 à 19 ans révolus. Le plus tôt possible est le mieux, avant l'exposition aux HPV car il s'agit d'un vaccin prophylactique. Chez les plus jeunes, le schéma vaccinal peut être réduit à 2 doses du fait d'une meilleure immunogénicité. Les recommandations préconisent également la vaccination pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et ce jusqu'à 26 ans⁽¹¹⁾. En effet, les hommes sont également concernés par les cancers HPV induits, comme les cancers de l'anus, du pénis et de la sphère ORL⁽⁶⁾.

Information communiquée par MSD Vaccins.

UNICANCER en chiffres

- 20 établissements de santé
- 19 000 salariés
- 2,4 milliards d'euros de recettes
- plus de 500 essais cliniques actifs incluant 5 400 patients, promus en 2016
- plus de 135 000 patients hospitalisés par an