



Newsletter ... chorale.

Olivier Farges, chirurgie hépato-biliaire, CHU Paris

1 - Le journal « Le Monde » publie dans son édition du 25 octobre 2016 l'évolution du taux d'incidence standardisé de 19 cancers solides au cours des 30 dernières années. Certaines courbes sont inquiétantes : la progression du cancer du sein chez les femmes de 30-49 ans (c'est-à-dire à un âge où le dépistage n'est pas systématisé) ou celle du cancer du pancréas (pour lequel il n'existe pas de dépistage). Pour le cancer du foie, la forte augmentation de l'incidence tend à se stabiliser ... ce que les hépatologues avaient prédit. Ces hépatologues sont-ils pour autant rassurés ? Pas vraiment : quatre études de population rapportent au même moment une hétérogénéité de recours au dépistage et au traitement du CHC<sup>1-4</sup> alors qu'ils sont standardisés au niveau national, européen, international.

La chirurgie a été la première discipline pointée du doigt dans ces variations géographiques de recours aux traitements courants. Dès 1936, une étude anglaise montrait que la fréquence de l'amygdalectomie variait d'un facteur 20 entre deux villes distantes de 10 km<sup>5</sup>. Ces différences ont été confirmées pour d'autres interventions types, il n'y a pas de preuve que ce phénomène se soit estompé au cours des dernières années, et si ce phénomène a fait l'objet de deux publications récentes dans le Lancet<sup>6,7</sup>, c'est bien sûr qu'il n'est pas retreint aux traitements chirurgicaux ... Le dépistage et le traitement du VHC n'y échappe pas plus que le dépistage et le traitement du CHC.

Tous les médecins ont bien sûr conscience qu'au-delà de la théorie (ou de l'expérience des centres experts), il y a une réalité de terrain : les conditions socio-économiques et environnementales des patients ainsi que leurs réticences, parfois fondées ; l'offre et l'accès aux soins ainsi que la conviction des spécialistes et leur expertise ; l'absence de valorisation de l'activité de recours, ...

2 - Le Journal Officiel publie ces jours-ci le décret fixant la nouvelle réglementation du troisième cycle des études de médecine et un arrêté va suivre, fixant la réglementation des futurs Diplômes d'Etudes Spécialisées. Cet arrêté sera probablement inspiré des directives fixées par le Directeur Général de la Santé dans un courrier daté du 18 Juillet 2016<sup>8</sup>, texte fondateur car il fixe pour la première fois ce qui est attendu de nos futurs médecins. Il y est en particulier question de leur « *rôle global de prévention, sécurité sanitaire, comportements favorables à la santé, accompagnement des patients porteurs de maladies chroniques pour une meilleur observance* », du « *plan national de sécurité des patients mettant l'accent sur les démarches de qualité nécessairement liées à la sécurité des soins et à la protection de la santé des citoyens* » ainsi que de « *développement des compétences des professionnels de santé en matière de sécurité sanitaire et environnementale* ».

Beaucoup de médecins semblent avoir anticipé cette (r)évolution. À commencer par les hépatologues : la revue « Hepatology » s'apprête à publier deux articles qui soulignent l'évolution des pratiques en hépatologie, la nécessité de mieux définir les besoins en termes de compétences<sup>9,10</sup>, et la mise en place d'outils pour y parvenir. L'AFEF n'est pas en reste avec son site « AFEF Medical Education » et la campagne de presse organisée en septembre et octobre derniers.

Sous l'impulsion de la conférence des doyens, des plateformes numériques d'enseignement et d'évaluation pour les étudiants du 3<sup>ème</sup> cycle seront effectives d'ici un an. On y pratiquera des « serious games » et les centres de simulation permettront l'acquisition de compétences, qui ne seront pas seulement techniques.

3 - En début d'été, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont défini le périmètre géographique des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), dont l'objectif est de « *passer d'une stratégie concurrentielle à une stratégie de groupe afin de garantir à tous, une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité* ». Des conventions sont en cours entre les UFR et ces GHT et, un peu partout sur le territoire, les réflexions ont débuté sur le projet médical de ces GHT.

Rares sont probablement les médecins qui s'y intéressent ... et pourtant il y est aussi question du nombre d'étudiants entrant dans une spécialité, de leur formation, de l'activité de recherche et de recours au sein des nouvelles régions.

Les « *jeunes* » seront bien sûr concernés, mais les « *vieux* » (disons les « actifs » car les projections démographiques des ARS reposent désormais sur une retraite des médecins à 70 ans et les députés ont voté vendredi dernier un amendement qui autorise des dérogations à l'âge limite de 72 ans dans le cadre du cumul emploi-retraite pour les médecins hospitaliers) le seront aussi : les terrains de stage (dont la campagne d'agrément va prochainement débiter) vont se diversifier au sein de ces GHT, y compris en libéral. Les étudiants y seront (devront y être) formés à l'activité de recours et leur thèse d'exercice (qui devra être soutenue beaucoup plus précocement qu'aujourd'hui afin de leur permettre d'achever leur DES sous statut d'Assistant de 3<sup>ème</sup> cycle) devra être encadrée en dehors des CHU.

L'occasion de renforcer une recherche sur le recours au dépistage et au traitement du CHC ou du VHC ?

Le journal « Le Monde » publie dans son édition d'octobre 2026 ...

#### Références

1. Goutté N, Sogni P, Bendersky N, et Coll. Geographical variations in incidence, management and survival of hepatocellular carcinoma in a Western country. *J Hepatol*. 2016 Oct 20 [Epub ahead of print]
2. Chidi AP, Bryce CL, Myaskovsky L, et Coll. Differences in Physician Referral Drive Disparities in Surgical Intervention for Hepatocellular Carcinoma: A Retrospective Cohort Study. *Ann Surg* 2016;263:362-8.
3. Farvardin S, Patel J, Khambaty M, et coll. Patient-reported barriers are associated with lower hepatocellular carcinoma surveillance rates in patients with cirrhosis. *Hepatology*. 2016 Aug 17 [Epub ahead of print]
4. Goldberg DS, Taddei TH, Serper M, et coll. Identifying barriers to hepatocellular carcinoma surveillance in a national sample of patients with cirrhosis. *Hepatology*. 2016 Aug 17 [Epub ahead of print]
5. Glover JA. The incidence of tonsillectomy in school children. 1938. *Int J Epidemiol*. 2008; 37(1):9–19.
6. Birkmeyer JD, Reames BN, McCulloch P, Carr AJ, Campbell WB, Wennberg JE. Understanding of regional variation in the use of surgery. *Lancet*. 2013 Sep 28;382(9898):1121-9.
7. McCulloch P, Nagendran M, Campbell WB, Price A, Jani A, Birkmeyer JD, Gray M. Strategies to reduce variation in the use of surgery. *Lancet*. 2013 Sep 28;382(9898):1130-9.
8. [http://cncem.fr/sites/default/files/documents\\_en\\_ligne/note%20DGS%203e%20cycle.pdf](http://cncem.fr/sites/default/files/documents_en_ligne/note%20DGS%203e%20cycle.pdf)
9. Mikolajczyk AE, Farnan JM, McConville JF, et Coll. Novel educational interventions in residency increase knowledge of chronic liver disease and career interest in hepatology. *Hepatology*. 2016 Aug 10 [Epub ahead of print]
10. Russo MW, Koteish AA, Fuchs M, et Coll. Workforce in hepatology: Update and a critical need for more information. *Hepatology*. 2016 Sep 15. doi: 10.1002/hep.28810