

ÉDITORIAL

Quels médecins pour quelle médecine ?

A.J. SCHEEN (1)

Comment, en ce début d'année 2015, ne pas évoquer à nouveau l'imbraglio concernant le *numerus clausus* et la planification de l'offre médicale en Belgique, plus particulièrement dans la partie francophone du pays ? Cette problématique délicate avait déjà été évoquée dans l'éditorial publié en janvier 2014, intitulé «*Le temps de la réflexion... A propos de la démographie médicale et de la démographie sociétale*» (1). Depuis lors, les élections ont eu lieu et la Belgique s'est dotée de nouveaux gouvernements au niveau fédéral, régional et communautaire.

En ce qui concerne le *numerus clausus* et l'accès aux numéros INAMI, la recherche de solutions à la fois immédiates et durables s'avère difficile, sans doute en partie parce que la situation est restée en l'état pendant trop longtemps. Chacun avance des arguments qui paraissent recevables, mais qui, au final, sont assez contradictoires. Dans l'immédiat, il faut trouver une solution pour les étudiants qui sont déjà bien avancés dans le cursus de leurs études médicales et pour lesquels l'accès à un numéro INAMI demeure hypothétique. Certes, la nouvelle Ministre de la Santé publique a ouvert la porte en faveur d'une régularisation, mais à deux conditions. D'une part, il faut que la Communauté française limite drastiquement l'accès aux études médicales dès 2015. D'autre part, il faut que l'excès des cohortes de jeunes médecins francophones qui auront été régularisés soit récupéré, durant les années ultérieures, sur le quota de médecins accordé à la Communauté française et ce, par mesure d'équité vis-à-vis de la Communauté flamande. En effet, celle-ci a organisé, depuis le début, un *numerus clausus* strict et efficace au départ des études médicales grâce à un examen d'entrée sélectif de façon à respecter, autant que possible, le quota imposé par l'INAMI au niveau fédéral. Dès lors, on peut comprendre qu'elle ne soit pas prête à faire de cadeau à la Communauté française qui, après quelques hésitations, a laissé l'entrée libre aux études médicales, ce qui a abouti à un large excès de candidats par rapport au nombre

restreint de numéros INAMI accordés. Si tout le monde est maintenant d'accord qu'il faille limiter strictement l'accès aux études de médecine, le choix des modalités de cette limitation fait encore l'objet de vives discussions, pour ne pas dire de véritables tensions dans les milieux politiques. Le temps presse, pourtant, et espérons qu'une solution pragmatique, raisonnable et juste pourra être trouvée pour que les Facultés de Médecine puissent recouvrer un peu de sérénité.

L'autre problème connexe, sans doute à plus long terme, mais tout aussi, voire plus, important, est celui de la planification de l'offre médicale et de l'organisation des soins de santé. En effet, comme discuté dans notre éditorial de janvier 2014 (1), alors que l'on contingente de façon stricte le nombre des étudiants en médecine, ce qui va limiter *de facto* le nombre des futurs jeunes médecins, tout porte à croire que la Belgique devra faire face à une pénurie, à tout le moins dans certaines disciplines médicales. Force est de reconnaître, en effet, que certaines régions sont déjà en manque de médecins généralistes et cette carence ne peut que s'aggraver dans les prochaines années, compte tenu de la pyramide des âges des praticiens actuellement en place. Parmi les spécialités, certaines doivent faire face à une désaffectation alors que d'autres seraient peut-être trop bien représentées. Dans certaines disciplines, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous est déjà relativement long. D'où, l'idée de la nouvelle Ministre de la Santé d'établir un cadastre qui prendrait en compte l'activité clinique réelle des médecins et analyserait la balance entre l'offre et la demande. Ce cadastre devrait permettre de mieux réguler le flux des étudiants entrant dans le cursus médical et sortant des études pour les orienter vers telle ou telle discipline en constat de carence. Si on peut se réjouir d'une telle initiative, on ne peut s'empêcher de penser qu'il s'agira d'un travail colossal et, à vrai dire, pour le moins délicat à mener à bien. Cette réserve est d'autant plus évidente qu'il faudra tenir compte des différentes forces de pression auxquelles les promoteurs de ce projet devront faire face et des nombreuses incertitudes inhérentes aux évolutions inéluctables des normes sociétales (vieillesse de la population, notamment) et des pratiques médicales (féminisation de la profession, augmentation du

(1) Professeur ordinaire, Université de Liège.
Rédacteur en Chef de la Revue Médicale de Liège.

travail à temps partiel,...); par ailleurs, il faudra aussi tenir compte des progrès constants, mais parfois difficilement prévisibles, de la médecine, susceptibles de modifier, à terme, la prise en charge de nombreuses maladies (2). A titre d'exemple, la pratique de la médecine générale est en train de changer profondément, avec des médecins de moins en moins enclins à pratiquer la médecine en solo, comme «au bon vieux temps», et de plus en plus tentés par une médecine de groupe, mieux organisée et plus sécurisante, avec la collaboration de plusieurs confrères et consœurs et le concours de divers paramédicaux aux expertises complémentaires. En ce qui concerne la médecine spécialisée hospitalière, de nombreux bouleversements ont déjà eu lieu ces dernières années et d'autres, sans doute encore plus profonds, sont à attendre dans l'avenir. Ces restructurations seront susceptibles de transformer sensiblement l'organisation des soins de santé dans notre pays.

L'année 2014 a été particulièrement faste pour la Revue Médicale de Liège. Tout d'abord, comme annoncé dans notre éditorial précédent (1), celle-ci a été marquée par la parution d'un numéro spécial consacré aux maladies liées au vieillissement (3). Ce numéro particulièrement impressionnant, paru en mai-juin 2014, a rassemblé 30 articles (pour un total de 177 pages), envisageant quasi tous les aspects de cette thématique importante du point de vue de la santé publique (4). Nous remercions chaleureusement toute l'équipe du Service de Gériatrie du Professeur Jean Petermans et tous ceux qui ont contribué au succès de ce numéro dont la diversité et la qualité ont été unanimement appréciées. Par ailleurs, grâce à la collaboration du Professeur Philippe Coucke, Chef du Service de Radiothérapie, un volumineux numéro supplémentaire de 110 pages, avec 20 articles entièrement consacrés aux différents aspects de la radiothérapie, a été édité en début d'année 2014 (5). Ce numéro apporte une meilleure visibilité à une discipline médicale pas toujours bien connue des praticiens non spécialistes dans le domaine (6). Cette mise au point paraissait au moment opportun où le CHU de Liège débutait la construction de son nouveau «Centre Intégré d'Oncologie», projet particulièrement ambitieux. Enfin, la revue a également publié un nouveau numéro supplémentaire «Synthèse» avec 15 articles résumant quelques résultats probants de la recherche médicale menée récemment au CHU de Liège (7). Ainsi que le rappelle dans son éditorial le Professeur Michel Malaise, président du Conseil médical et à l'ori-

gine de cette initiative, en plus des missions de soins aux malades, d'innovation technologique et d'enseignement de la médecine exigées d'un hôpital académique, «il y a la recherche, peu importe qu'elle soit fondamentale, translationnelle ou clinique, qui se fait au quotidien et qui conduit à des publications. ... En 2013, ORBI, le site institutionnel de bibliométrie de l'ULg, a référencé plus de 600 publications. ... La diversité des sujets abordés dans Synthèse 2014 témoigne de la vitalité de la recherche au CHU de Liège. En plus du reste...» (8).

La Revue Médicale de Liège, en sus de nombreux articles généraux, s'est fixé comme objectif d'alimenter régulièrement les diverses rubriques mensuelles créées au cours des dernières années. Dans le décours de 2014, la revue a publié onze «Le cas clinique du mois», sept «L'image du mois», six «Le médicament du mois», cinq «Comment j'explore ...» et six «Comment je traite ...». Par ailleurs, nous avons poursuivi la publication de huit résumés de recommandations internationales de bonne pratique dans lesquels les messages clé sont synthétisés à l'intention des cliniciens. Enfin, les étudiants des masters en Médecine et en Pharmacie de l'Université de Liège sont abonnés gracieusement à la Revue Médicale de Liège, grâce au soutien généreux de la Faculté. A leur intention, la revue a fait paraître, en 2014, une série de sept vignettes cliniques, à visée thérapeutique ou diagnostique, spécialement conçues pour eux sous forme de questions-réponses. La lecture attentive de ces vignettes représente une excellente préparation aux examens intégratifs auxquels ces étudiants seront confrontés dans le décours de leur cursus universitaire. Tous les médecins qui souhaitent une formation continue clinique pratique de qualité tireront aussi certainement profit de la lecture de ces vignettes cliniques.

Ainsi, la Revue Médicale de Liège a publié, au cours des douze derniers mois, plus de 880 pages, en ce compris les deux numéros spéciaux «Focus sur la radiothérapie» (5) et «Synthèse 2014» (7) décrits ci-avant. Les articles sont référencés sur Medline-Pubmed, ce qui leur offre une audience internationale non négligeable. Le Comité de Gestion de la revue est convaincu du rôle important joué par son site internet (www.rmlg.ulg.ac.be) qui connaît un beau succès, avec un nombre élevé de consultations, en Belgique et dans beaucoup de pays francophones (9).

Venons-en maintenant à l'année 2015. Le Comité de Gestion de la revue a choisi comme numéro thématique pour cette année «De la

médecine factuelle vers la médecine personnalisée». Depuis le début des années 90, la médecine factuelle («Evidence-Based Medicine» ou EBM des auteurs anglo-saxons) a fait une percée irrésistible qui a profondément changé le paysage médical, en particulier dans le domaine de la pharmacothérapie. La Revue Médicale de Liège a consacré, en 2000, deux volumineux numéros spéciaux à cette véritable révolution (10). Tout nouveau médicament doit prouver son efficacité et sa sécurité dans une série d'essais cliniques contrôlés *versus* un placebo ou une molécule active de référence, suivant des critères stricts d'attribution au hasard des traitements («randomisation»), de suivi en «double-aveugle» et d'analyse statistique irréprochable définie *a priori* (11). Par ailleurs, tout praticien est sensé suivre les recommandations, elles-mêmes fondées sur un niveau de preuves plus ou moins élevé, bâti en fonction des résultats des essais cliniques contrôlés (10, 11).

Ces essais cliniques concernent des cohortes de patients de plus en plus importantes. Même s'il existe des critères d'inclusion et d'exclusion assez bien détaillés pour la sélection des patients enrôlés dans ces essais, il est évident que la population recrutée reste hétérogène, à la fois sur le plan génotypique et phénotypique et, par conséquent, en termes de réponse au traitement. Il en résulte que les résultats moyens obtenus avec les différents traitements testés peuvent s'avérer relativement décevants puisqu'ils correspondent à la moyenne des bons répondeurs et des mauvais répondeurs. Et ces résultats, finalement moyens, suscitent de plus en plus de réticences en ce qui concerne le remboursement de ces nouvelles molécules, elles-mêmes de plus en plus onéreuses. Dès lors, l'industrie pharmaceutique devra sans doute, dans bien des cas, changer de paradigme à l'avenir. Plutôt que d'essayer de rechercher (de plus en plus vainement, d'ailleurs) un médicament actif dans l'ensemble de la population (ouvrant donc les perspectives d'un marché considérable), elle devra plutôt réorienter sa stratégie vers la recherche de médicaments ciblés, particulièrement actifs dans une frange bien spécifique de la population («niche»). Encore, faut-il repérer ces patients bons répondeurs.

La recherche de biomarqueurs est prometteuse, car elle est susceptible de mieux catégoriser les patients. Cette approche ouvre la voie à la médecine prédictive (12). La «théranostique» est la contraction des termes thérapeutique et diagnostique (13). La pharmacogénomique, la pharmacogénétique, la pharmacoprotéomique et la métabolomique jouent déjà, et vont certai-

nement jouer à l'avenir, un rôle important dans le développement de la médecine dite personnalisée. En effet, cette dernière est sensée utiliser des informations individuelles, et, donc, propres à un patient spécifique, concernant des gènes, des protéines, des activités enzymatiques, des particularités cellulaires pour diagnostiquer, mais aussi traiter, une maladie (14, 15). Les progrès les plus spectaculaires de la médecine personnalisée concernent actuellement l'oncologie, avec l'avènement de thérapies ciblées, appelées à supplanter de plus en plus les chimiothérapies classiques (16). Cependant, si la médecine personnalisée offre déjà beaucoup de promesses dans plusieurs disciplines, elle n'en est qu'à ses balbutiements dans de nombreuses autres. Par ailleurs, elle est encore grevée actuellement d'importantes limitations et elle devra surmonter divers obstacles, dont son applicabilité en pratique clinique au lit du patient et son coût (17). Ces différents aspects de la médecine personnalisée seront discutés dans le numéro spécial qui paraîtra en mai-juin 2015 et qui s'avère déjà prometteur.

Depuis quelques années, la couverture des numéros de l'année en cours est sensée illustrer, de près ou de loin, la thématique du numéro spécial. Le Comité de Gestion a opté pour l'image d'une personne *a priori* comparable aux autres et apparemment perdue dans la foule, mais dont certaines caractéristiques individuelles permettent de la voir sous un éclairage particulier qui la met particulièrement bien en évidence (fig. 1). Cette image illustre deux aspects de la pratique médicale, la médecine de masse et la médecine individualisée, si possible personnalisée. Si l'on en revient à la thématique développée en début de cet éditorial, elle pourrait également illustrer le problème de la stricte sélection des étudiants en médecine. A notre avis, repérer parmi la masse des candidats à l'entrée des études «le jeune» qui fera, à terme, un excellent médecin restera toujours une gageure et ce, même si la décision est reportée à la fin de la première année du cursus! Nous tenons à remercier le photographe, Monsieur Claude Ernotte, de nous faire bénéficier, à nouveau, de ses talents artistiques pour la réalisation de cette belle couverture qui vous accompagnera tout au long de l'année 2015.

Nous invitons, dès à présent, les fidèles lecteurs de la revue à renouveler leur abonnement dans les meilleurs délais. Quant aux autres, nous leur lançons un vibrant appel pour qu'ils rejoignent la Revue Médicale de Liège en souscrivant un abonnement dont le prix est, délibérément, resté modeste. Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à la Faculté de Médecine

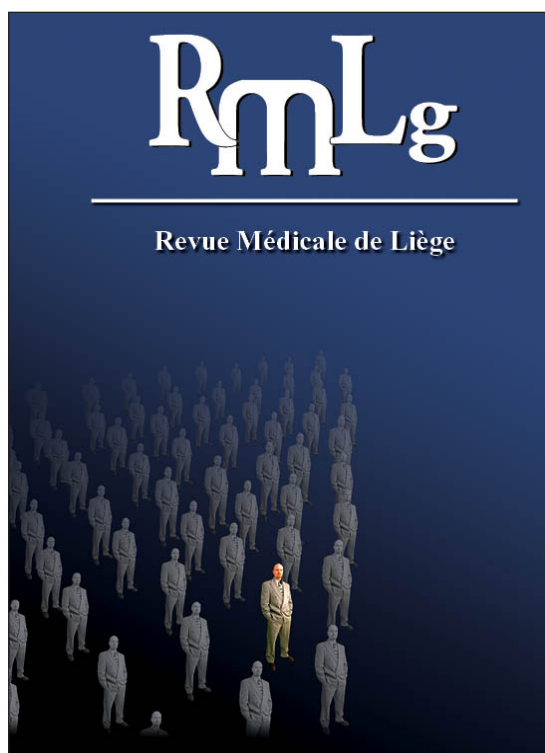


Figure 1. Couverture de la Revue Médicale de Liège, proposée pour l'année 2015, illustrant symboliquement deux aspects de la médecine, la médecine de masse et la médecine personnalisée (composée par Mr Claude Ernotte).

et aux différentes firmes pharmaceutiques qui apportent leur soutien inconditionnel à notre revue, en respectant totalement la liberté rédactionnelle, gage d'une information scientifique indépendante de qualité. Et la liberté d'expression a tout son sens en cette période dramatique !

La Revue Médicale de Liège repose sur le travail inlassable d'une équipe efficace. Permettez-moi de remercier, comme chaque année, toutes les personnes qui contribuent à son succès, en particulier P. Lancellotti, Rédacteur en Chef adjoint, H. Kulbertus, Rédacteur en Chef Honoraire qui continue à relire attentivement de nombreux manuscrits, G. Piérard, trésorier attentif, V. D'Orio, Doyen de la Faculté de Médecine et, enfin, tous les membres du Comité de Gestion pour leurs précieux conseils. Nous exprimons également notre gratitude à Linda Gilson et Liliane Lenaerts, deux secrétaires particulièrement attentionnées, à Monique Marchand qui gère le site internet avec brio, et à Jean-Pierre Félix pour l'aide efficace apportée dans la gestion des publicités et des tirés à part.

Permettez-moi, au nom des membres du Comité de Gestion de la Revue Médicale de Liège, de souhaiter à tous les lecteurs une bonne et heureuse année 2015 !

BIBLIOGRAPHIE

1. Scheen AJ.— Editorial. Le temps de la réflexion ... A propos de la démographie médicale et de la démographie «sociétale». *Rev Med Liège*, 2014, **69**, 1-3.
2. Scheen AJ.— Editorial. La Revue Médicale de Liège dans une société et une médecine en mutation. *Rev Med Liège*, 2012, **67**, 1-3.
3. Numéro thématique.— Le vieillissement : défis et controverses. *Rev Med Liège*, 2014, **69**, 229- 406.
4. Scheen AJ, Petermans J.— Editorial. Bien gérer les coûts des soins de santé aux personnes âgées : un des défis majeurs pour le 21^{ème} siècle. *Rev Med Liège*, 2014, **69**, 229- 232.
5. Supplément I.— Focus sur la radiothérapie. *Rev Med Liège*, 2014, **69**, Suppl I, 1-110.
6. Coucke P.— Editorial. Augmenter la visibilité de la radiothérapie. *Rev Med Liège*, 2014, **69**, Suppl 1, 1-2.
7. Synthèse 2014.— *Rev Med Liège*, 2014, **69**, Hors série 1-77.
8. Malaise MG.— Editorial «Synthèse 2014». La recherche scientifique : en plus du reste ! *Rev Med Liège*, 2014, **69**, Suppl 2, 1-2.
9. Marchand M, Scheen AJ.— Editorial. Le site internet www.rmlg.ulg.ac.be, une vitrine pour la Revue Médicale de Liège. *Rev Med Liège*, 2007, **62**, 61-62.
10. Numéros spéciaux.— De la médecine factuelle aux recommandations thérapeutiques. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 201-477.
11. Scheen AJ.— Evidence-based medicine. Apport des essais cliniques contrôlés. *Rev Med Liège*, 2000, **55**, 216-219.
12. Mathieu T, Bermont L, Boyer JC, et al.— Champs lexicaux de la médecine prédictive et personnalisée. *Ann Biol Clin (Paris)*, 2012, **70**, 651-658.
13. Landais P, Méresse V, Ghislain JC.— Evaluation and validation of diagnostic tests for guiding therapeutic decisions. *Thérapie*, 2009, **64**, 187-201.
14. Chan IS, Ginsburg GS.— Personalized medicine: progress and promise. *Annu Rev Genomics Hum Genet*, 2011, **12**, 217-244.
15. Abul-Husn NS, Owusu Obeng A, Sanderson SC, et al.— Implementation and utilization of genetic testing in personalized medicine. *Pharmacogenomics Pers Med*, 2014, **7**, 227-240.
16. Collignon J, Jérusalem G.— Les traitements ciblés remplaceront-ils la chimiothérapie? *Rev Med Liège*, 2012, **67**, N° Spec, 29-36.
17. Godman B, Finlayson AE, Cheema PK, et al.— Personalizing health care : feasibility and future implications. *BMC Med*, 2013, **11**, 179.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr A.J. Scheen, Département de Médecine, CHU Site Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.