



# PROPOS INTRODUCTIF DU PRÉSIDENT

## *CHAIRMAN'S INTRODUCTORY REMARKS*

Par Claude HURIET\*

Mesdames, Messieurs,

On m'a confié la présidence de la première table ronde dont le thème est le suivant : L'état des lieux de la médecine personnalisée, où en est-on ici et ailleurs ? Cette table ronde réunit quatre personnes, deux chercheurs, un anthropologue, et le président qui n'est ni l'un ni l'autre. Nous disposons chacun de 15 minutes pour intervenir afin de permettre quelques échanges à l'issue de nos présentations.

**En guise d'introduction, je présenterai trois réflexions concernant "le bon usage des mots", l'explosion médiatique et les conséquences de la médecine personnalisée sur le dialogue médecin-malade.**

### I. LE BON USAGE DES MOTS

Depuis quelques années, un nouveau vocabulaire surgit, de nouveaux mots, des expressions nouvelles apparaissent, ainsi qu'un décalage entre les mots et les concepts. Je prendrai quelques exemples. On parle de médecine de précision et aussi, d'ailleurs, d'"agriculture de précision" qui comporte les mêmes objectifs, c'est-à-dire adapter au niveau des parcelles et en fonction des données pédologiques l'utilisation des pesticides et des engrains en recourant aux techniques de l'imagerie, de l'informatique et à la géolocalisation ! Médecine de précision, médecine personnalisée... Le professeur Angelo Paci, dans sa présentation, évoque une possible évolution dans le temps de la médecine de précision aujourd'hui à la médecine personnalisée demain. Je constate que, pour le moment, l'un et l'autre de ces termes sont utilisés indifféremment. Traitements "ciblés", traitements "personnalisés". Les traitements ciblés sont antérieurs aux traitements personnalisés et ne constituent pas un élément essentiel des traitements personnalisés. Les traitements ciblés sont effectués en radiothérapie, par la finesse et la

convergence des faisceaux de rayons, afin que l'irradiation soit concentrée sur la tumeur.

Les nano-médicaments et les nano-particules constituent, eux aussi, des moyens de traitement ciblés indépendamment des traitements personnalisés.

Les traitements personnalisés sont adaptés à un patient donné en fonction de la "signature génétique" de la tumeur et des données du séquençage tumoral et constitutionnel.

### II. DEUXIÈME CONSIDÉRATION : L'EXPLOSION MÉDIATIQUE

Dans nos sociétés modernes est apparu un nouveau droit, le droit à l'innovation dont on revendique le bénéfice. Mais, du fait de la médiatisation, le citoyen se considère comme un expert, expert en progrès, expert en science, expert en médecine, et il récuse l'idée même de risque. Or il n'y a pas d'innovation sans risque. L'innovation médiatisée suscite les espoirs du citoyen, ses impatiences, mais aussi des illusions et des déceptions. La médecine personnalisée n'y échappe pas.

### III. TROISIÈME RÉFLEXION : LES CONSÉQUENCES SUR LES RELATIONS MÉDECIN-MALADE

Attention à la déception, car des traitements personnalisés, il n'y en a pas et il n'y en aura pas pour tout le monde ! Mais alors, comment un patient qui se verra prescrire une chimiothérapie "courante" dont il connaît les inconvénients et les limites, pourra-t-il accepter de ne pas bénéficier d'un traitement "personnalisé" ? Cette inégalité devant la maladie sera pour lui et pour ses proches incompréhensible et intolérable. Jean-Claude Ameisen abordera cette situation dramatique cet après-midi.

**J'aborde maintenant le deuxième sujet qui m'a été confié : recherche et médecine personnalisée.**

Mon intervention s'appuie sur mon expérience de législateur et celle de président de l'Institut Curie.

\* Sénateur honoraire - Professeur agrégé en médecine  
Co-auteur de la loi n°88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.



CLAUDE HURIET

En matière de recherche biomédicale et d'essais cliniques, on le sait, la méthodologie comporte quatre phases, dont deux s'appuient sur des comparaisons, la troisième comportant une analyse statistique des grands nombres nécessitant des cohortes de plus en plus nombreuses, observées sur des périodes de plus en plus longues, afin de déceler des risques "même exceptionnels", comme la loi l'exige. Or, la double exigence de cohortes nombreuses – quelques centaines ou quelques milliers de patients – et de traitements comparatifs est impossible à satisfaire pour les essais cliniques de traitements personnalisés.

En tant que président de l'institut Curie, j'affirme en outre que la recherche dans ce domaine ne peut être qu'une recherche "intégrée" associant étroitement, dans un *continuum*, recherche-soins, médecins et chercheurs et incluant des bio-informaticiens. C'est le domaine de "la recherche translationnelle".

Avec le séquençage du génome, qui est de plus en plus rapide et de moins en moins coûteux, des masses considérables de données sont obtenues et stockées dans des Big-Data. Des questions se posent concer-

nant la protection de ces données et la survenue éventuelle d'un seuil au-delà duquel on sera dans l'incapacité d'exploiter utilement de telles bases de données. Les bio-banques et les centres de ressources biologiques, outils indispensables pour le développement de la médecine personnalisée, amènent à s'interroger sur le consentement des personnes qui acceptent que "leur" tumeur et des éléments biologiques qui leur appartiennent soient utilisées à des fins de recherche, en cas de "changement de finalité" d'une autre recherche. Avec Emmanuelle Rial-Sebbag, qui intervient cet après-midi, nous menons campagne, vainement pour l'instant, en faveur de ce que nous proposons d'appeler le consentement optionnel.

Du point de vue de l'éthique, le concept de médecine personnalisée, s'il reconnaît la personne "en tant que telle", entraînera, pour longtemps encore, une inégalité d'accès aux soins tant qu'il n'y aura pas de traitement personnalisé pour tous ! Gardons-nous d'entretenir l'illusion sur ce point. Expliquons pourquoi et que chacun contribue à faire progresser la recherche. ■