Brèves du cahier 55

Publié le 11 décembre 2025 par La rédaction



©

Emmanuel Vigneron élu à l'Académie de médecine !

Nous nous réjouissons de la récente élection à l'Académie nationale de médecine d'Emmanuel Vigneron qui est membre de notre comité de rédaction et nous le félicitons pour son score de 85% des voix. Nous donnons ici une courte biographie et un résumé de sa bibliographie.

Professeur d'Aménagement sanitaire à l'Université de Montpellier, agrégé de géographie et docteur en histoire et en géographie, HDR, il a été directeur scientifique du Groupe de Prospective Santé et Territoires de la DATAR, (1998-2003), Conseiller Scientifique du même organisme et membre du Haut Conseil de la Santé Publique. Il est aujourd'hui Professeur Émérite des Universités. A partir de 2001, il a fondé et animé le groupe Santé des auditeurs de l'Institut des Hautes Études de l'Aménagement et du

Développement Durable des Territoires (IHEDATE). Il est conseiller scientifique de plusieurs associations nationales d'élus locaux. Il participe aux comités de nombreuses revues scientifiques et intervient à la demande des élus locaux dans les territoires. Il est membre du CESER Occitanie comme personnalité qualifiée extérieure.. Il est Chevalier de l'Ordre national du mérite et chevalier du mérite agricole. Il a consacré sa carrière professionnelle à l'approche territoriale de l'organisation du système de santé et des inégalités de santé ainsi que des autres services publics. En 2013 et 2014, il a participé à la mission sur « les juridictions du XXI^{e} siècle » au ministère de la Justice. Il a dirigé entre 2015 et 2018 une mission qui lui a été confiée par la DGOS du ministère de la Santé sur l'impact territorial des recompositions et coopérations hospitalières entreprises en France depuis trente ans ainsi que d'évaluation des GHT. Il a participé et participe encore aujourd'hui à des groupes de travail de l'Académie Nationale de Médecine où il a présenté trois communications.

Il est l'auteur de plus de 150 articles scientifique et d'une quarantaine d'ouvrages parmi lesquels, sur les questions de santé :

- *Hommes et Santé en Polynésie française, essai de Géographie Humaine.* Paris, CNRS, 1999 – Col. Mémoires et Documents.

- *Géographie et Statistique.* Paris PUF,1997 QSJ? n°3177.

-*Une typologie des paysages socio sanitaires en France.* (avec V.Lucas et F.Tonnellier),Paris, CREDES 1998

-*Géographie de la Santé en France.* Paris, PUF,1999, QSJ? N° 3435 (en col. avec F. Tonnellier).

- *Distance et Santé La question de la proximité des soins.* Paris PUF (septembre 2001)

- *Pour une approche territoriale de la santé.* (dir.) Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des Territoires. Préface de Claude Evin, 2003 - 287p.

- *Santé et Territoires : une nouvelle donne.* (dir.) Paris, DATAR/Aube, Bibliothèque des Territoires. Préface de Jacques Barrot, 2003 – 239p.

- *Les coopérations interrégionales des CHU* (rapport public consultable sur www.diact.gouv.fr), février 2007. . (S. Haas, E. Vigneron (codir)).

- *Les Territoires de l'hôpital*. (dir.) Paris, DATAR, 2005. (site www.datar.gouv.fr)

- *Évaluation et territoires, DATAR/DIACT - La Documentation française, coll. Travaux, Paris, juin 2007. (S. Haas, E. Vigneron (codir))*

- *Les Villes Moyennes et la Santé, Éléments pour une Stratégie Territoriale de l'Offre,* Septembre 2007 – Caisse des Dépôts et Consignations, Fédération des Maires des Villes Moyennes Paris, La Documentation Française janvier 2008. . (S. Haas, E. Vigneron (codir)).

- *Dix ans de recomposition hospitalière en France*. Dexia- Le Moniteur, oct.2009. (S. Haas, E. Vigneron (codir)).

- *Solidarités et Territoires, Atlas santé social de la France*. FEHAP/ Territorial Editions, 2010.

- *Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès*. Paris, Elsevier/Masson, 2011.

- *Les services à domicile médico-sociaux et sanitaires*. Paris, FEHAP, décembre 2011. Collection de 26 guides régionaux. 26*132 p. (réédition en 2013, avec Sandrine Haas)

- *Les Centres de Santé. Une géographie rétro-prospective*. Paris, FEHAP, 2014, 248p.

- *Evaluation de l'Impact des Recompositions et des Coopérations Hospitalières (IRCH) Programme 2015-2017.* Rapports successifs du groupe de travail I, mars 2015, 27+21p. ; II, aout 2015,283p. ; III, décembre 2015 322p. ; IV et final de synthèse, février 2017 ,30+41+25p. Paris, Ministère chargé de la Santé, DGOS.

- *L'Hôpital et le Territoire.* Paris Techniques Hospitalières/FHF, 2017. 298p.

- *Les GHT : pour aller plus loin dans les coopérations hospitalières*. Paris, Berger-Levrault,

sept. 2018. (en coll. avec Cl. Esper, J.Bringer et JM Budet)

- *La Santé en France au XXIe siècle – A l'épreuve des crises*. Paris, Berger-Levrault, 420 p. octobre 2020.

La FHF, la FHP, la Fehap, Unicancer et la Fnehad, d'une même voix somment le Gouvernement de corriger sa copie.

La "cure" d'austérité inscrite dans le PLFSS 2026 s'annonce historique. C'est "*la pire cure d'économies sur l'hôpital depuis les années 2010* " puisqu'il revient à "*demander aux établissements de soigner plus avec moins de moyens* ". Dans un communiqué commun au lendemain de la présentation du texte en Conseil des ministres les cinq fédérations protestent.

Pour leurs responsables, la progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) dévolu aux établissements de santé, a□chée à 2,1%, sera en réalité "limitée à 1,6%" une fois intégrée l'augmentation des cotisations employeurs à la retraite. Par conséquent, il manquera l'an prochain pas moins de 1,1 milliard d'euros aux établissements de santé, "soit l'équivalent de 20 000 postes d'infirmiers qui ne pourront pas être pourvus alors même que les recrutements s'améliorent". À ce rythme, les fédérations ne se bercent guère d'illusion : les tarifs hospitaliers seront "*mécaniquement très négatifs*" au point que ce sera " *probablement la plus forte baisse tarifaire jamais enregistrée depuis la mise en place de la tarification à l'activité*".

Les mesures annoncées "*ne couvrent pas les besoins réels*" mais laissent un déficit de 500

millions d'euros pour les Ehpad, le handicap et les services à domicile. Or cela ne peut que compromettre là aussi "*la création d'emplois et de places indispensables à la transition démographique*". Le texte gouvernemental fera "*porter l'e□ort sur les patients sans amélioration du service rendu* ", en témoignent la hausse attendue des franchises médicales et des participations forfaitaires. Face à cela, les fédérations exhortent l'exécutif à corriger sa copie en portant à 3% la progression de l'Ondam établissements de santé, un taux qui se veut "*le niveau minimal pour préserver les capacités de soin et d'investissement*". Parallèlement à la suspension de la réforme des retraites, il est également appelé à faire de même avec la hausse des cotisations employeurs auprès de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, dont dépendent les hospitaliers. Une trajectoire pluriannuelle de financement est demandée.

Municipales : un sondage place la santé en tête des attentes des Français

Dans un sondage réalisé par l'institut CSA pour France Assos Santé, la santé est désormais citée par les citoyens comme enjeu principal des élections municipales l'an prochain, devant la sécurité ou encore les incivilités. La santé constitue la toute première attente des Français (70 %), vis-à-vis de leurs conseillers municipaux. Et ce, devant la sécurité des biens et des personnes (68 %), la lutte contre les incivilités (62 %) et la gestion des finances et de la dette de la commune (57 %). Tel est le principal enseignement du sondage réalisé par l'institut CSA pour France Assos Santé. L'enquête CSA a été réalisée, en ligne, entre le 24 septembre et le 8 octobre 2025, auprès d'un échantillon de 1 638 répondants, représentatifs de la population française âgée de 18 ans et plus.

Cette thématique de la santé s'impose dans l'écrasante majorité des régions (17 sur 18) et peu importe la taille des agglomérations. Par ailleurs, 55 % des citoyens déclarent aussi manquer d'information sur les actions menées en matière de santé par leur municipalité. 92 % d'entre eux estiment qu'il est utile de participer aux décisions et aux projets municipaux en matière de santé. Et 65 % vont jusqu'à dire qu'ils seraient prêts à

donner personnellement du temps pour représenter les patients au sein des établissements de santé de leur ville – les moins de 35 ans (77 %) et les plus de 65 ans (56 %) en tête.

Les maisons et centres de santé plébiscités

37 % des sondés indiquent comme priorité d'abord le maintien et le développement de l'accès aux soins, en particulier chez les 50-64 ans (43 %) et les inactifs (41 %), contre 27 % pour les moins de 35 ans. Sur ce volet, l'installation de centres de santé s'impose largement avec 93 % d'avis favorables, devant le fait de prendre des mesures pour faire venir des étudiants en médecine dans la commune (91 %) ou mettre à disposition des locaux ou logements pour les professionnels de santé (90 %). La seconde priorité est la protection de leur environnement de vie, comme préserver la qualité de l'eau (96 %), mettre en place des repas sains et durables dans la restauration collective (93 %) ou protéger les enfants des expositions dangereuses durant leurs 1 000 premiers jours (89 %).

Par ailleurs, les Français réclament aussi des mesures de régulation quant à l'exposition à la consommation de produits néfastes pour la santé : prendre des sanctions envers les supermarchés qui vendent de l'alcool aux mineurs (85 %), freiner l'implantation des fast-foods à proximité des établissements scolaires (81 %) ou encore mettre en place un règlement local de publicité restrictif sur les produits qui nuisent à la santé (80 %).

Une IA prédit le risque cardiovasculaire à partir des

mammographies

Une équipe australienne a développé un algorithme d'intelligence artificielle calculant le risque cardiovasculaire à partir des rendus de mammographie et l'âge. À partir d'une mammographie de routine et de l'âge d'une patiente, une intelligence artificielle développée par des chercheurs australiens est capable de prédire le risque d'événements cardiovasculaires. Ces travaux, publiés dans *Heart*, s'appuient sur la possibilité d'objectiver la calcification artérielle mammaire (CAM) grâce à une mammographie. Mais les chercheurs relèvent que *« se fier uniquement à la CAM présente des limites [...], elle est moins précise pour prédire le risque de maladie cardio-vasculaire chez les femmes âgées ».* Cela permettrait ainsi de réaliser des dépistages « deux en un » et pourrait aider à détecter les maladies cardiovasculaires qui sont principales causes de mortalité chez les femmes dans le monde.

Nul besoin d'autres données cliniques

L'IA développée est fondée sur un algorithme d'apprentissage profond (*deep learning*) utilisant uniquement les caractéristiques mammographiques et l'âge. Le modèle a été entraîné et validé à partir de mammographies de routine réalisées sur plus de 49 196 femmes vivant dans des zones métropolitaines et rurales de l'État de Victoria en Australie, et de données associées aux dossiers hospitaliers et de certificats de décès individuels. Les chercheurs ont ensuite confronté leur IA à des comparateurs de risque cardiovasculaire traditionnels.

Des anticorps conjugués aux essais chinois, les temps forts de l'Esmo 2025

Le congrès de la Société européenne d'oncologie médicale ESMO (17 au 21 octobre 2025)

à Berlin a vu l'arrivée des anticorps conjugués dans les cancers localisés et de l'ADN tumoral circulant pour renforcer la prise en charge. La Chine, qui totalise 38 % des essais, s'impose désormais en leader dans la recherche en cancérologie.

L'arrivée des anticorps conjugués dans les cancers localisés, appelés ADC (pour antibody drug-conjugate) qui couplent un agent cytotoxique à un anticorps monoclonal se fixant à la surface de la cellule tumorale a été remarquée. Jusque-là utilisée dans les cancers avancés et/ou métastatiques, la nouvelle génération d'anticorps conjugués a apporté la preuve de son efficacité pour la première fois dans les cancers localisés.

Trois essais cliniques de phase 3 ont fait sensation en particulier : deux dans le cancer du sein HER2 + au stade précoce avec le trastuzumab déruxtécan (Enhertu, laboratoires Daiichi Sankyo et AstraZeneca) – les essais Destiny-Breast05 et 11 – et un dans le cancer de la vessie testant l'enfortumab védotine en combinaison avec une immunothérapie par pembrolizumab, l'essai Keynote-905. Les deux premiers essais concernent des cancers du sein à haut risque de récidive, les cancers HER2+ qui représentent 15 % de l'ensemble des cancers du sein. Dans Destiny-Breast11 réalisé chez 927 patientes, l'ADC administré en préopératoire a permis d'augmenter de 11,2 % le taux de réponse histologique par rapport à la chimiothérapie néoadjuvante, passant ainsi à 67,3 % par rapport à 56,3 %. Dans Destiny-Breast05 chez plus de 1 600 patientes ayant déjà reçu un traitement néoadjuvant, le trastuzumab déruxtécan administré en postopératoire a diminué de 9 % le risque de rechute par rapport à un ADC plus ancien, le trastuzumab emtansine qui est composé du même anticorps anti-HER2 mais d'un autre cytotoxique.

Dans le cancer de la vessie, il s'agissait de cancers très précoces, *« qui peuvent aussi être considérés selon les définitions comme des états précancéreux »,* a précisé dans une conférence de Gustave Roussy le Pr Fabrice André, directeur de la recherche à l'institut et président de l'Esmo. Dans Keynote-905, le Padcev combiné au pembrolizumab a diminué de 60 % le risque de récidive par rapport à la chirurgie seule : 74,7 % n'avaient pas de récurrence à 2 ans contre 39,4 %. *« Administrée à un stade très précoce, l'immunothérapie peut éviter un cancer et se rapproche ainsi de la prévention »,* fait-il remarquer. Le Dr Carole Helissey ajoute : « *Les anticorps conjugués s'imposent en première ligne avec l'immunothérapie dans le cancer de la vessie métastatique* ». Les résultats vont tous dans la même direction. *« La nouvelle génération d'anticorps conjugués est en train de remplacer la chimiothérapie exclusive dans les cancers précoces »,* a souligné en conférence de presse le Pr Jean-Yves Blay, président d'Unicancer et

directeur général du Centre Léon Bérard à Lyon.

L'ADN tumoral circulant comme biomarqueur

Outre les ADC cités plus haut, l'utilisation de l'ADN tumoral circulant a apporté les premières données issues d'essais randomisés chez des patients déjà traités et sans maladie apparente pour guider la suite des traitements : soit pour décider de donner une immunothérapie en cas de trace d'ADN (essai IMvigor dans le cancer de la vessie), soit pour faire une désescalade s'il n'y en a pas (AGITG Dynamic-III dans le cancer du côlon). Les résultats sont encore hétérogènes, positifs pour décider de renforcer le traitement mais pas encore concluants pour la désescalade. *« Ce n'est pas un élément de suivi standard mais on s'en rapproche,* avance le Pr Jean-Yves Blay. *Ces biomarqueurs vont rapidement s'imposer ».*

Autre tendance lourde, la montée en puissance des laboratoires chinois, qui sont passés de 4 % des essais cliniques en 2014 à 38-39 % en 2024. *« Les Chinois sont désormais devant les États-Unis et l'Europe en termes de nombre d'essais réalisés en oncologie,* confirme le Pr Blay. *Les études sont sophistiquées, les molécules originales, la démonstration convaincante ».* C'est ainsi le cas par exemple dans le cancer du poumon de l'anticorps bispécifique ivonescimab ciblant PD-1 et VEGF, à la fois immunothérapie et anti-angiogénique, testé dans l'étude Harmoni-6 présentée en session présidentielle.

Des pistes pour transposer les résultats chinois

Face à des résultats aussi probants, faut-il alors s'astreindre à les reproduire dans une étude jumelle dans une population occidentale ? *« Ce n'est pas possible de passer outre »,* répond le Pr Blay car ne rien faire, c'est s'exposer à ce que les résultats ne soient pas généralisables. Un son de cloche un peu différent du côté des spécialistes de Gustave Roussy. *« Si on fait ça à chaque fois, on perd des années pour les patients »,* estime ainsi le

Pr Benjamin Besse, directeur de la recherche clinique de Gustave Roussy.

Deux pistes sont avancées. *« Il est possible d'amender les essais en demandant d'ajouter un pourcentage de patients avec des participants non chinois,* expose le Pr André. *Autre possibilité à laquelle réfléchissent les méthodologistes, une étude de phase 2b permettrait de valider rapidement les résultats ».* Des pays comme l'Allemagne ne rembourse que si la population de l'étude inclut au moins 5 % de participants allemands, fait remarquer le Pr Besse !! *« C'est une bonne nouvelle qu'un grand pays s'intéresse à la découverte de médicaments en oncologie »,* veut se réjouir le Pr André. Une situation au mieux d'émulation si ce n'est de compétition, alors que *« l'implantation des industriels chinois va se renforcer dans les années à venir »,* prévient le Pr Blay.