

La leçon de Monsieur Cribier

Chers Collègues,

Sages, expérimentés ou pleins d'allant, les médecins sont gens de progrès. " Primum non nocere " est leur axiome universel. Ils ont à maîtriser les risques et non pas à être maîtrisés par eux. L'Histoire de la valve aortique percutanée, l'Histoire de Tavi est une occasion qui ne doit pas être manquée de prendre une leçon sur l'innovation. C'est une leçon des cardiologues rouennais.

Pour les patients inaccessibles à la chirurgie, remplacer la valve aortique sans enlever la valve pathologique est une idée révolutionnaire. Le faire sans sternotomie et sans circulation extra corporelle est une prouesse. Fabriquer un implant adapté relève du génie des procédés. L'idée, l'acte, et l'implant produisent une rupture dans la pratique cardiologique, une rupture que je qualifie volontiers d'innovation-rupture.

Tous ici, aujourd'hui, nous savons, l'intérêt de la valve aortique percutanée ? Pourquoi en 2002 cet intérêt n'a-t-il pas été reconnu par les instances d'évaluation ? Est-ce un manque de confiance et de clairvoyance ? Du temps a été perdu responsable d'une perte de chances pour des patients.

Une idée géniale, une découverte géniale, une innovation-rupture géniale sont, l'Histoire des Sciences nous le répète, à leur naissance, incompréhensibles, et, inacceptables par le commun des mortels, mais aussi par les médecins, accrochés à un savoir, à des convictions, à un exercice, figés par la routine. Elles sont des novations, hors des normes de la connaissance, des pratiques, des mentalités, des organisations. Elles font peur, une peur aux multiples facettes : peur de la rupture des équilibres sociaux et financiers, peur de la perte de rentes de situations, peur de la perte d'influence Au nom de la bonne marche du monde, les pouvoirs, les croyances, les habitudes rejettent la découverte à son début.

La valve percutanée a connu ce rejet. Par chance, notre professeur rouennais n'a pas eu à se renier. Le Saint Office, en notre siècle, n'a plus de pouvoir en la matière. Mais d'autres croyances sont nées paralysant trop longtemps, l'avancée du progrès. Dans notre pays, le principe de précaution est entré dans la Constitution et en son nom la suppression de tous les risques et particulièrement ceux qui sont inconnus est devenu un impératif. Il est devenu un principe législatif, un principe administratif. Ne s'applique-t-il qu'à l'environnement où doit-il être aussi un principe médical ?

La sécurité, la sauveté prennent le pas sur le bénéfice. S'agit-il de la sécurité des patients ou celle des décideurs? Cela se comprend pour une maladie ayant déjà un traitement efficace. Cela ne peut s'admettre pour une innovation bénéficiant à des patients sans solution thérapeutique. Contre la mort que l'on doit repousser peut on, doit on ne pas prendre de risques ? Les médecins n'ont pas à s'y résoudre. Les patients ne le demandent pas, bien au contraire. Primum non nocere veut dire que le bénéfice doit être supérieur aux risques. La présomption d'innovation-rupture, dans quelques rares circonstances, mérite d'être retenue.

Vous pourriez trouver qu'un ancien président d'une agence d'évaluation en santé ne devrait pas tenir de tels propos. Pourtant je les dis, parce qu'en Médecine les progrès qui révolutionnent imposent de donner au plus tôt leurs chances aux patients.

La définition du génie m'est inconnue. Nous connaissons les génies par leurs productions et Paul Valéry soutenait qu'un génie était convaincu, persévérant et travaillait dix-huit heures par jour. Dilater les rétrécissements aortiques en 1985 fut une nouveauté vite dépassée mais la pose de la première valve salvatrice en 2002 fut une innovation rupture due à la persévérance d'une conviction...

Depuis 1946 et la découverte de la Streptomycine, nous devrions nous rappeler que peu de malades suffisent parfois pour faire une démonstration. 6 malades atteints de méningite tuberculeuse, affection spontanément toujours mortelle, traités par voie intra-rachidienne, ont tous guéris. Le premier antibiotique antituberculeux efficace était découvert.

Une innovation-rupture, à son début, est plus qu'une nouveauté. Elle est un changement radical qui n'a pas besoin de grand nombre pour marquer les esprits et modifier la pratique lorsqu'elle s'adresse à des patients inaccessibles à tout autre traitement. N'était ce pas le cas de la découverte de cette valve.

La France, à la suite d'une évaluation apeurée et incompétente ne reconnaissant pas l'innovation, allait laisser se développer cette découverte sous d'autres cieux plus entreprenants. Ce n'est pas la première fois. Pourrait-il s'agir de la dernière ? Elle s'est reprise, non sans mal, 5 ans plus tard, par une nouvelle évaluation conseillant de la rembourser dans son indication première.

Le statut d'innovation-rupture mérite protection et un trajet chaque fois spécifique. Il ne peut pas se confondre avec celui d'un dispositif nouveau cherchant à égaler ou à discrètement améliorer un dispositif déjà existant. Au tout début, dans les pays où les soins sont à la charge de la communauté, une autorisation de remboursement provisoire doit être donnée. Seuls des médecins au fait des pratiques, formés aux règles de l'évaluation, insensibles à tout type d'influence, sont capables de la conseiller aux décideurs. Leur savoir médical et éthique doit leur permettre de reconnaître l'intérêt de la découverte. Ils doivent déterminer les indications, prévoir la population concernée, proposer le programme de formation des professionnels, le type de suivi, tenue d'un registre ou essais comparatifs pour déceler au plus tôt les risques à maîtriser et recommander l'organisation efficace et efficiente. Ils doivent annuellement refaire leur évaluation.

Chers collègues, la valve aortique percutanée en est encore à ses débuts. Elle connaît ses indications princeps : patients inaccessibles à la chirurgie et à haut risque chirurgical. Des essais comparatifs avec la chirurgie restent à faire pour connaître les indications de demain. La technique de pose, la durabilité des valves, leurs différences, méritent études de même que les organisations prenant en charge les patients.

Monsieur Cribier nous vous remercions pour ce que votre découverte a apporté aux patients, pour la formation que vous donnez ici à Rouen et ailleurs dans le monde aux cardiologues interventionnels qui sont vos élèves.

Neurologue j'ai appris, lorsque je cite un auteur vivant, à dire Monsieur. Je ne veux pas vous faire rougir. Puis-je vous appeler Alain?

Bravo les cardiologues de Rouen,