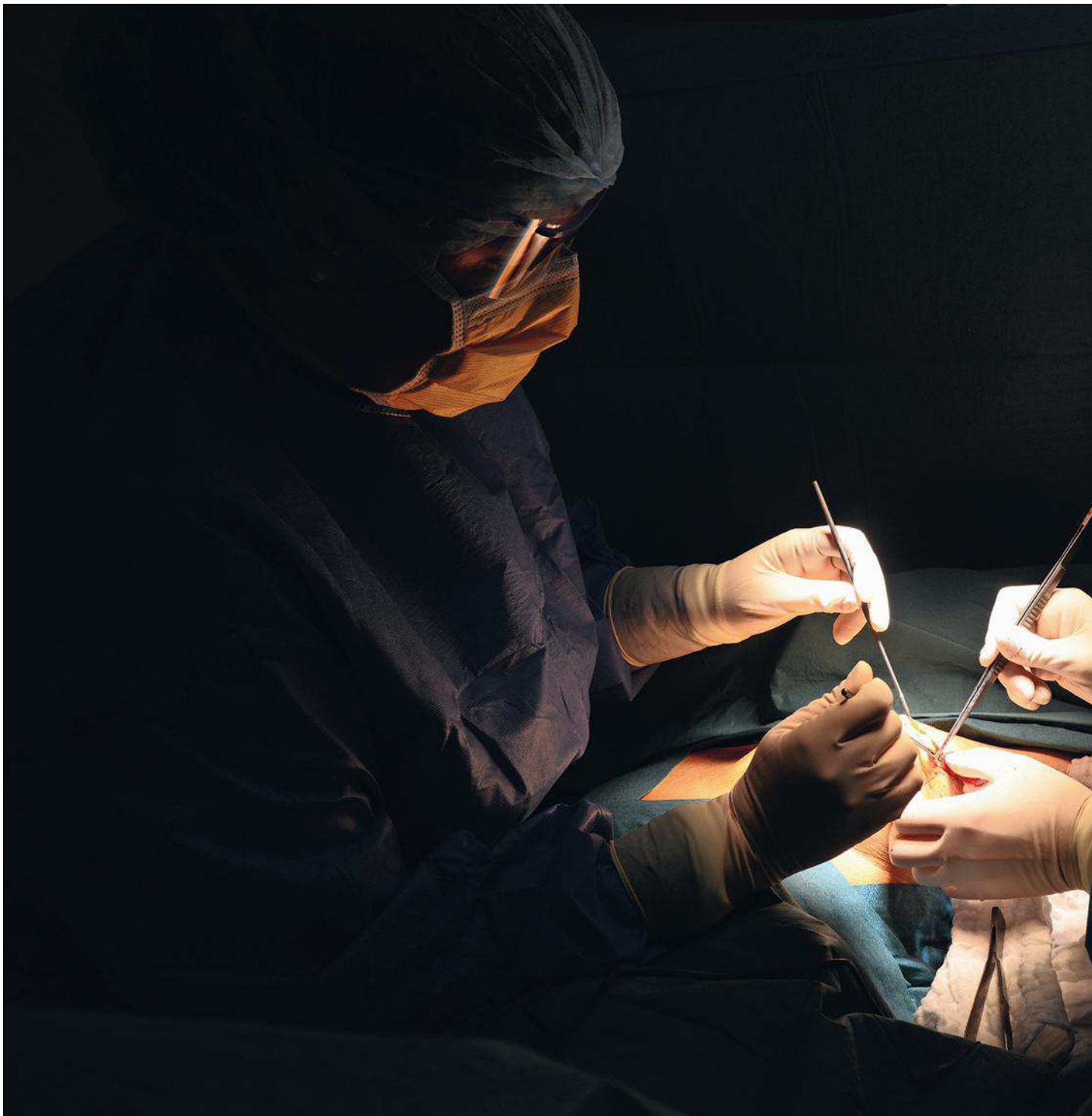


en couverture



UN SCANDALE FRANÇAIS



D. FAGET/APP

Certaines tumeurs, comme celles de l'œsophage ou du sein, exigent d'être opérées dans des établissements experts pour garantir la qualité des soins aux malades. Or la réalité est tout autre...

PAR STÉPHANIE BENZ

C'est une étude aux résultats affolants que le Pr Christophe Mariette présentera en octobre au Congrès européen de cancérologie de Copenhague, haut lieu de la recherche médicale. Une étude confidentielle à laquelle L'Express a eu accès, et qui fait la lumière sur une réalité qu'une très grande partie des malades du cancer ignorent, alors même que ses conséquences peuvent se révéler dramatiques. Le Pr Mariette, spécialiste des cancers digestifs, s'est posé une question simple : existe-t-il un lien entre le nombre de malades opérés pour un cancer de l'œsophage dans un hôpital ou une clinique, et leur taux de mortalité après l'opération ? Pour y répondre, le chef du service de chirurgie digestive du centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille a passé au peigne fin l'immense base de données hospitalière française, qui recense toute l'activité des établissements de soin. Ses conclusions font froid dans le dos : « Entre 2010 et 2012, 11,9 % des patients opérés dans un centre réalisant moins de 20 interventions par an sont morts dans les trois mois. Dans les centres spécialisés réalisant plus de 60 opérations par an, ce taux n'est que de 3,2 % . » Une différence énorme. Et la preuve que les malades opérés pour des cancers de l'œsophage n'ont pas les mêmes chances de s'en sortir selon les établissements où ils sont soignés. Pour les tumeurs de l'estomac, que ce professeur a également étudiées, l'écart est moindre – mais va quand même du simple au double.

La suite de l'étude permet de mesurer l'ampleur du problème : selon les données du Pr Mariette, la majorité des hôpitaux et des cliniques français opèrent moins d'une dizaine de ces malades par an. « Comme aucune réforme n'a eu lieu depuis 2012, il n'y a pas de raison que la situation ait changé », commente le professeur. Inutile de s'alarmer, diront les plus cyniques : il ne s'agit « que » des cancers de l'œsophage et de l'estomac. Seulement voilà : l'état des lieux est le même pour les tumeurs touchant d'autres organes très sensibles, tels que l'ovaire, le pancréas, le foie, le rectum ou le poumon, comme l'attestent d'autres études très préoccupantes que L'Express a pu consulter.

Trouver une solution pour donner aux patients plus de visibilité sur la spécialisation des établissements

A l'hôpital Beaujon, à Paris, le Pr Olivier Farges a ainsi épluché les statistiques des hôpitaux. Et ses conclusions sont sans détour : un malade atteint du cancer du pancréas initialement pris en charge dans un établissement peu spécialisé (moins de 25 cas par an) a moins de chances d'être opéré – faute de l'expertise et des équipements de pointe nécessaires sur place – que les patients traités directement dans des centres expérimentés. Il décèdera aussi plus vite.

L'un de ses confrères, le Pr Alain Bernard, du CHU de Dijon, a quant à lui découvert que la mortalité postopératoire ➤

en couverture

« J'ai failli y laisser la vie »

Nancy ne devrait plus être là. Bien vivante, elle est occupée à siroter un chocolat dans ce café parisien qu'elle aime tant, au cœur du Marais. Il y a un an, cette Franco-Américaine connaît subitement de gros coups de fatigue; elle perd aussi l'appétit. Les semaines passent, mais son état de santé ne s'améliore pas. Son généraliste lui prescrit une prise de sang. Les rendez-vous s'enchaînent alors très vite : échographie, scanner. Nancy est atteinte d'une tumeur à un ovaire. Massive. Le radiologue lui apprend qu'elle doit



M. CHAUMÉIL/DIVERGENCE POUR L'EXPRESS

être opérée très vite. « Là, je ne savais plus quoi faire, raconte-t-elle. Vers quel hôpital me tourner, à qui m'adresser? Rien n'est organisé, tout dépend de votre carnet d'adresses. » Paniquée, Nancy appelle un des hôpitaux recommandés par son gynécologue. L'opération est programmée très vite.

Mais à son réveil, c'est la douche froide : « Le chirurgien me dit qu'après avoir ouvert, il s'est aperçu que ma tumeur n'était finalement pas opérable et il me dirige vers une chimio; je comprends que, pour lui, je suis fichue. » Son mari la pousse à prévenir sa famille, aux Etats-Unis. Coup de chance, sa sœur

connaît des chirurgiens spécialisés : « Le premier que nous avons pu joindre nous a dit de venir tout de suite. » Avec son époux, ils s'envolent aussitôt pour Boston. Retour au bloc, pour une opération de plus de quatre heures. Résidu par résidu, patiemment, le médecin enlève toutes les traces de la tumeur qui a envahi son ventre... Un an plus tard, Nancy est en rémission et s'interroge encore : « Pourquoi le chirurgien parisien ne m'a-t-il pas orientée vers un de ses confrères ? Il y a des failles dans le système français, dont je ne soupçonnais pas l'existence, constate-t-elle. Je suis tombée dans l'une d'entre elles, et j'ai failli y laisser la vie. »

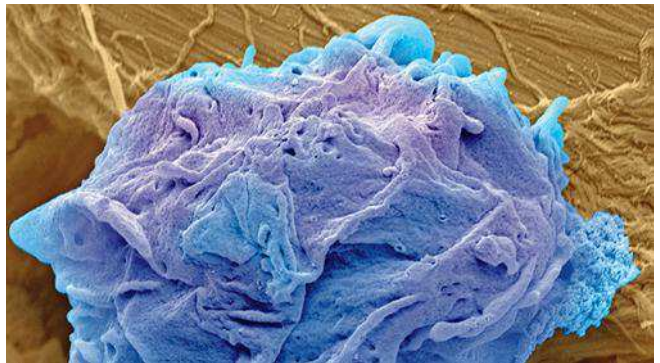
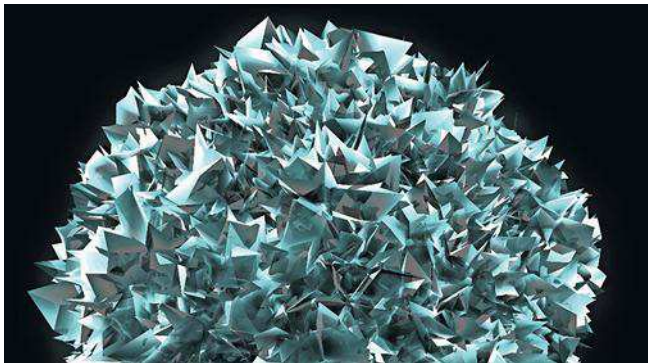
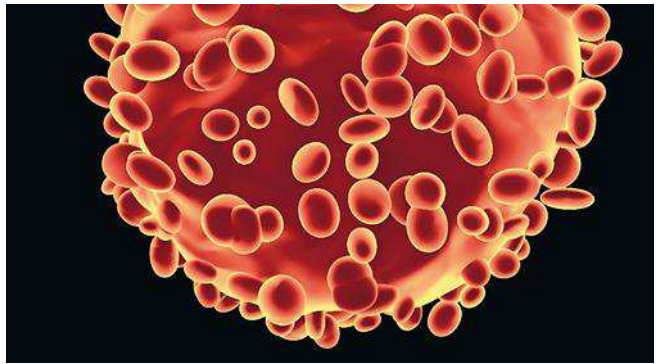
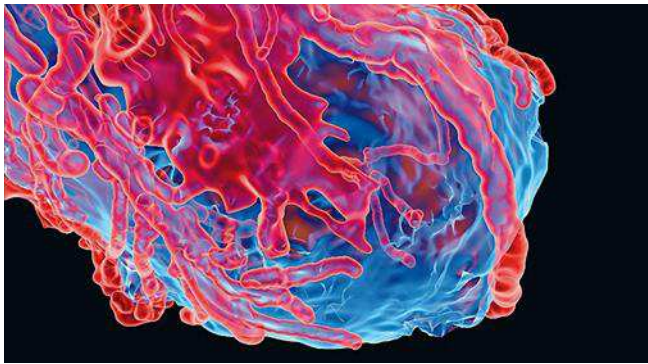
► pour les cancers thoraciques atteignait 5,25% si le patient était opéré dans un centre pratiquant moins de 13 opérations lourdes annuelles (ablation de tout ou partie d'un poumon), et 3,75 % dans un centre qui en réalise plus de 40 par an (*European Respiratory Journal*).

Un dernier exemple? Le cancer de l'ovaire. « Des études étrangères convergentes confirment l'amélioration de la survie des patientes opérées dans des centres traitant plus de 20 malades par an », souligne le Pr Denis Querleu, président de la Société européenne de gynécologie oncologique. Cette société savante recommande un volume minimal annuel d'activité pour les tumeurs de l'ovaire de 20 opérations par établissement, et de 10 par chirurgien. On en est loin, si l'on en juge par les chiffres avancés par ce professeur pour 2014 sur l'ensemble de l'Hexagone. Cette année-là, 375 hôpitaux et cliniques n'ont même pas réalisé 10 interventions...

Bien sûr, les malades ignorent tout de ces chiffres et des coulisses hospitalières. Passé le choc du verdict médical, ils cherchent sur Internet dans quel établissement se faire soigner ou se dirigent vers celui que leur indique leur spécialiste. « Il faudrait trouver des solutions pour leur donner une plus grande visibilité sur la spécialisation des différents hôpitaux ou cliniques », reconnaît le Dr Marc Grégoire, responsable à la Ligue contre le cancer. Il faudrait, oui. Car le fait d'être suivis dans un établissement peu habitué à opérer le type de tumeur dont ils sont affectés peut, on le voit, entraîner de graves conséquences. Pour le cancer du poumon, le plus meurtrier en France,

le chirurgien doit d'abord procéder à l'ablation de la partie touchée en respectant les artères et les veines vitales à proximité. Le patient est couché sur le côté, ce qui modifie les pratiques habituelles de l'anesthésiste. Ensuite, l'équipe doit être capable de faire face aux complications postopératoires. « Nos infirmières s'occupent en moyenne de quatre ou cinq malades opérés par semaine, note le Pr Alain Bernard. Elles savent tout de suite repérer les signes avant-coureurs – fièvre, gêne respiratoire. C'est sans doute moins évident pour des équipes qui ne sont au contact que d'un ou deux malades de ce genre par mois. » S'agissant du cancer de l'ovaire, des équipes médicales peuvent être amenées à considérer des malades comme inopérables, faute, dans l'établissement, d'un chirurgien rompu au genre d'intervention requis pour cette tumeur, très technique. « Envoyer d'emblée une patiente en chimiothérapie, alors qu'elle pourrait bénéficier d'une chirurgie complète et avoir ainsi toutes les chances de guérison, c'est très choquant ! » tempête Jacques Meurette, chirurgien gynécologue et ancien vice-président du Syndicat des médecins libéraux. Lorsque l'opération a bien lieu, « il arrive que tous les tissus cancéreux ne soient pas retirés, avec le danger d'une récurrence rapide », reprend le spécialiste.

Les pouvoirs publics sont parfaitement conscients du problème. Depuis 2007, une batterie de critères de qualité a été imposée aux hôpitaux et aux cliniques, afin de garantir à tous les patients une égalité de traitement. Chaque établissement doit notamment réaliser un nombre minimal d'opérations (1), sous peine de devoir cesser de pratiquer des interventions dans la



M. KULYK/SCIENCE PHOTOLIBRARY/AFP - PASTEKA/SCIENCE PHOTOLIBRARY/AFP
S. GSCHMEISSNER/SCIENCE PHOTOLIBRARY/AFP

Depuis 2007, des règles imposées aux établissements sont censées garantir la même qualité de soins pour tous. Mais pour les tumeurs les plus difficiles à traiter (foie, pancréas, ovaire, rectum, poumon...), il faudrait aller plus loin, estiment nombre de médecins.

spécialité concernée. Il serait abusif de dire que ces règles n'ont pas eu d'effet. Mais, pour nombre de médecins, il est impératif d'aller plus loin dans la réglementation concernant les tumeurs les plus complexes à traiter. Il y a quelques mois, l'Institut national du cancer (Inca) a constitué en toute discrétion un groupe de travail dont les conclusions sont censées permettre d'édicter de nouvelles règles en 2018. Projet allant dans le sens du plan Cancer, lequel prévoit lui aussi une révision des critères actuels.

Comment font-ils ailleurs ?

« Plusieurs pays européens encadrent mieux que nous la prise en charge de certains cancers », constate le Pr Serge Evrard, de la Société européenne de chirurgie oncologique. Aux Pays-Bas, un diplôme spécialisé est nécessaire pour opérer les cancers du rectum, et seuls une dizaine de centres traitent les tumeurs de l'œsophage.

Les pays nordiques, eux, ont regroupé les opérations de l'ovaire dans un nombre restreint de centres (quatre en Norvège, par exemple, pour 5 millions d'habitants). Une étude suédoise récente montre une nette amélioration de la survie à trois ans des patientes après cette réforme. De son côté, l'Allemagne a choisi une régulation plus souple, instaurant un système de certification des hôpitaux, géré par la principale société savante consacrée à la lutte contre le cancer. Ainsi, les malades savent où se faire soigner.

Mais la question est si sensible que nul ne sait si ce chantier explosif va réellement déboucher. Car les enseignements du passé n'incitent pas à l'optimisme. En 2006, des experts avaient déjà planché sur le sujet pour l'Inca. S'appuyant sur des études et des comparaisons internationales, ils avaient proposé des règles très restrictives : un nombre d'opérations minimal plus élevé, non seulement par établissement, mais aussi par chirurgien, et surtout des critères spécifiques pour les tumeurs touchant certains organes sensibles. Devant le tollé déclenché dans le milieu médical par ces préconisations, le gouvernement avait fini par adopter des mesures moins ambitieuses...

A l'époque, l'un des experts consultés avait reçu quantité de mails d'insultes de confrères ulcérés : « Je n'osais plus aller dans les colloques car je me faisais siffler, raconte ce chirurgien bardé de récompenses, qui, échaudé, requiert l'anonymat. Nous avons simplement eu le tort de nous mettre du côté des patients. » Ce qui passe le plus mal ? Que l'administration interdise à des chirurgiens d'opérer des malades qu'eux-mêmes s'estiment capables de prendre en charge. L'enjeu est également crucial pour les dirigeants d'hôpitaux ou de cliniques. « Toute révision des critères d'autorisation peut potentiellement entraîner des arrêts d'activité et mettre en péril l'établissement concerné », reconnaît Jérôme Viguier, responsable du pôle santé publique et soins à l'Inca.

En soi, le volume d'activité ne constitue pas, bien sûr, la garantie absolue d'une bonne prise en charge. Mais il facilite le respect d'autres critères de qualité, tels que la formation ➤

« Un risque moindre de récidives »

Richard Villet, chef de service à l'hôpital des Diaconesses (Paris), ancien président de la Société française de sénologie.

La réglementation actuelle garantit-elle de bonnes conditions de soin pour toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein ?

Non, on ne peut pas dire cela. Certes, depuis 2007, les chirurgiens doivent respecter de nombreux critères de qualité pour être autorisés à opérer les tumeurs du sein, et notamment le fait qu'au moins 30 opérations par an soient réalisées dans leur établissement. Mais ce seuil est bas : la Société européenne



M. DOVIC POUR L'EXPRESS

des spécialistes du cancer du sein recommande au moins 50 opérations par an et par chirurgien.

Le volume est-il un critère important ?

Oui. Même si le geste chirurgical n'est pas très technique dans le cas du cancer du sein, le risque de récurrence à cinq ou dix ans est moindre

pour les femmes opérées dans des centres très spécialisés, selon des études scandinaves. C'est sans doute plus lié à l'infrastructure qu'au nombre d'actes : il faut une équipe complète avec des radiothérapeutes, des chimiothérapeutes, des biologistes, des hormonothérapeutes pour prendre la bonne décision

de soin ; de l'imagerie avant et pendant l'opération pour bien repérer les lésions ; un accès à la chirurgie plastique... Tout cela fonctionne mieux avec un volume de patientes suffisant. Par ailleurs, comme il n'existe pas en France de diplôme spécifique pour la chirurgie du sein, un nombre minimal d'actes par an permettrait de valider la compétence du praticien, à condition de trouver une solution pour les jeunes qui s'installent.

La proximité géographique est-elle toujours primordiale ?

Non, car d'un point de vue strictement médical, elle ne s'impose pas pour tous les cancers. Ainsi, pour les tumeurs du sein, le suivi postopératoire n'est pas très lourd. Ce débat sur la proximité est un combat d'arrière-garde.

► des infirmières ou l'équipement de l'établissement. Dès lors, un certain nombre de questions se posent : faut-il regrouper dans des centres spécialisés les opérations les plus délicates ? Relever le nombre minimal d'opérations par établissement ? Imposer des seuils spécifiques pour certains organes ? Tout cela fait bondir Philippe Cuq, coprésident du syndicat de chirurgiens le Bloc : « Qui peut sérieusement affirmer qu'un chirurgien est bon parce qu'il opère 31 tumeurs par an, mais qu'à 29 il est mauvais ? » Et ses collègues gynécologues d'alerter sur les situations de monopole, et donc d'absence de choix pour les malades, si une réglementation plus ferme obligeait des établissements à cesser certaines activités.

Les regroupements risquent également d'accentuer les déserts médicaux. « Les patients devraient parcourir de plus grandes distances pour se faire soigner, attention à ne pas leur compliquer la vie », avertit le Dr Anne Mallet, de la Fédération de l'hospitalisation privée. Les malades pourraient aussi subir un retard au diagnostic en raison de la surcharge des services experts. « Il y a un équilibre à trouver entre ces écueils et la qualité du geste opératoire », fait valoir le Pr Norbert Ifrah, ex-président de la Fédération nationale de cancérologie des

« Qui peut affirmer qu'un chirurgien est bon parce qu'il opère 31 tumeurs par an, mais qu'à 29 il est mauvais ? »

hôpitaux publics (nommé depuis à la tête de l'Inca). Pour le ministère de la Santé, c'est toute la difficulté : garantir la qualité des soins tout en préservant l'équilibre territorial.

Certains imaginent déjà d'autres solutions. Comme la labellisation, sur la base du volontariat, de « centres experts ». Cette formule permettrait au moins aux patients de savoir où se faire soigner selon leur tumeur et son avancée. Mais elle implique, évidemment, que ces centres obtiennent des moyens supplémentaires pour accueillir de nouveaux patients. D'autres tablent sur une évolution de la formation des jeunes chirurgiens : « Ils doivent apprendre à opérer, mais aussi à savoir détecter toutes les tumeurs opérables et à orienter leurs malades vers les centres aptes à les prendre en charge. Ce sont deux tâches aussi nobles l'une que l'autre », insiste Olivier Farges, de l'hôpital Beaujon. Beaucoup espèrent surtout que l'évolution du paysage hospitalier suffira à régler le problème. Sous la pression économique, les cliniques se regroupent et le gouvernement mise sur la grande réforme hospitalière du quinquennat, la création des « groupements hospitaliers de territoire », pour inciter les hôpitaux proches à mieux travailler ensemble (voir page 31). « Mais il faudra certainement cinq ou six ans » pour juger des améliorations, estime le Dr Thierry Godeau, le représentant des médecins des hôpitaux publics. D'ici là...

(1) 30 interventions pour les cancers digestifs, urologiques, thoraciques, et les cancers du sein ; 20 pour les cancers gynécologiques ou ORL.

D'UN HÔPITAL À L'AUTRE

Depuis 2013, les services de chirurgie digestive de Seclin et de Lille, dans le Nord, échangent compétences et patients. Avec de vrais résultats.

PAR DIANE CACCIARELLA

Les médecins, Roxane les connaît bien. Cette grand-mère de 74 ans a été mariée toute sa vie avec l'un d'entre eux. Sur son lit d'hôpital, un « Je t'aime mamie » punaisé au-dessus de son oreiller, la vieille dame se remet tranquillement de son opération d'une tumeur au rectum. Avant son intervention, elle avait déjà poussé souvent la porte du petit établissement de Seclin. « C'est près de chez moi, et je sais qu'ils travaillent avec le centre hospitalier régional universitaire de Lille, dit-elle. Du coup, ils ont les compétences du CHRU, et si toutefois on ne peut pas se faire soigner à Seclin, on peut aller rapidement à Lille. C'est rassurant. » Seclin, ses 80 lits en chirurgie, ses 25 chirurgiens et son parking où les proches des malades peuvent se garer facilement : rien à voir avec le gigantisme du CHRU lillois, situé à 10 kilomètres de là.



Eric Laberenne (lunettes) et Edouard Vinatier, à Seclin. L'hôpital traite désormais 50 cancers digestifs par an, au lieu de 35 avant 2013.

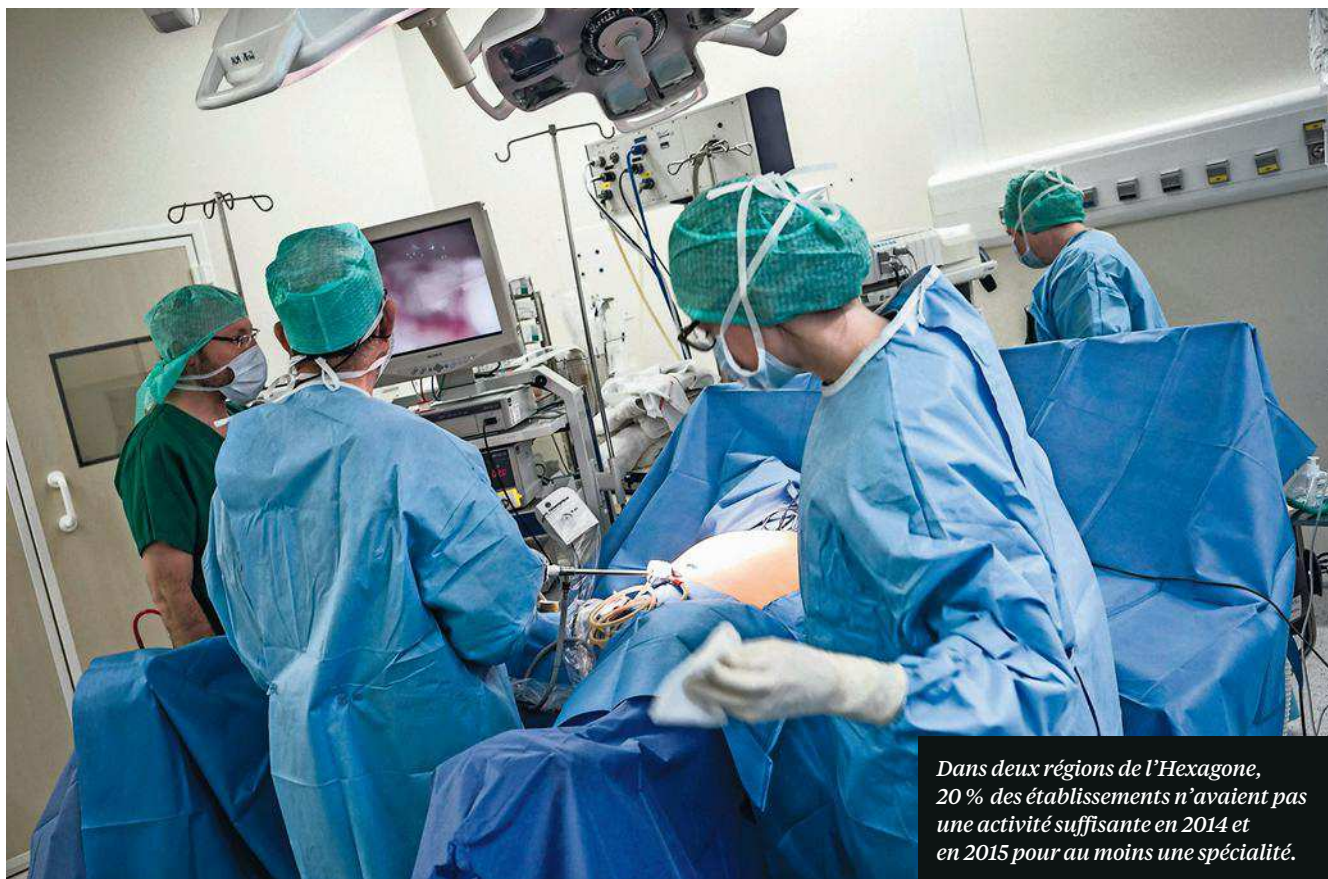


« Le CHRU envoie un chirurgien à mi-temps à Seclin, ce qui permet d'y augmenter l'activité »

Pr Guillaume Piessen, chirurgien au CHRU de Lille

son chef de service. En échange, Seclin envoie au CHRU les cas lourds : œsophage, pancréas, estomac. En trois ans, nous avons traité cinq malades pour un cancer du pancréas et dix pour des tumeurs à l'estomac et à l'œsophage en provenance de Seclin. » Chacun y trouve son compte : le mastodonte lillois soigne sa réputation d'établissement de pointe pour les pathologies difficiles à traiter, tandis que Seclin préserve son autorisation de pratique pour les opérations de cancers digestifs. « Avant 2013, Seclin opérait 35 cancers digestifs par an, aujourd'hui on est à 50, 55 », confirme Edouard Vinatier, assis dans son bureau où s'empilent les dossiers. En dessous de 30 cancers par an, l'agence régionale de santé aurait pu interdire à l'établissement d'exercer cette chirurgie.

Les patients aussi peuvent se réjouir de cette association. Grâce aux techniques nouvelles importées du CHRU, l'équipe d'Edouard Vinatier a pu opérer de nouveau la « queue » du pancréas, par exemple. « Avant, on avait des surprises avec des malades qu'on nous envoyait en réanimation et dont on ne comprenait pas pourquoi ils n'avaient pas été opérés plus tôt, ajoute son confrère de Lille, Guillaume Piessen. Maintenant, on se fie au jugement des équipes de Seclin. » Chaque vendredi, les chirurgiens du petit établissement de la périphérie lilloise rencontrent un collège de praticiens du CHRU : chirurgiens, radiologues et spécialistes de chimiothérapie. Ils leur présentent les cas de cancers qu'ils ont à traiter. Et ils réfléchissent, ensemble, à la meilleure façon de relever le défi. **■**



Dans deux régions de l'Hexagone, 20 % des établissements n'avaient pas une activité suffisante en 2014 et en 2015 pour au moins une spécialité.

UNE RÈGLE PAS TOUJOURS RESPECTÉE

Pour avoir le droit d'opérer des cancers, les établissements doivent en principe réaliser un nombre minimum d'interventions chaque année.

« Quoi ? Vous me dites que ce chirurgien continue à opérer des cancers du sein, alors qu'il sait très bien que notre établissement n'est plus autorisé à le faire ? » Au bout du fil, l'embarras puis la colère de cette directrice de clinique de l'ouest de la France sont palpables. « Je lui ai déjà envoyé plusieurs courriers recommandés pour lui rappeler qu'il devait arrêter. Maintenant, c'est terminé : je ne veux plus qu'il collabore avec notre structure ! » s'emporte la jeune femme, avant de raccrocher brutalement.

Cette anecdote l'atteste : les règles de prise en charge de certains cancers ne sont pas encore respectées partout à la lettre. L'Express a obtenu des statistiques sur les interventions

concernant les tumeurs du sein, extraites de l'immense base de données hospitalières recensant tous les actes réalisés par les hôpitaux et les cliniques de France. Nous avons contacté chacun des établissements affichant en moyenne moins de 30 opérations par an au cours des trois dernières années, le plancher au-dessous duquel un hôpital ou une clinique n'est pas habilité à traiter des malades dans cette spécialité. Tous ceux pour lesquels le très faible nombre d'interventions s'expliquait à l'évidence par des erreurs d'enregistrement dans la base, ou par des tumeurs découvertes de façon fortuite, à l'occasion d'une autre opération, ont été éliminés.

Résultat ? Presque dix ans après l'adoption de ces règles – mises en place par le ministère de la Santé afin d'améliorer la qualité des soins auprès des malades –, une quarantaine d'hôpitaux et de cliniques (presque 10 % des établissements autorisés à traiter le cancer du sein) ne s'y conformaient toujours pas à la fin de l'année 2015. Et la conclusion peut être élargie aux autres cancers pour lesquels une autorisation est nécessaire (digestifs, thoraciques, urologiques...). Nous avons en effet obtenu des informations confidentielles pour deux régions de l'Hexagone : 20 % des établissements ne respectaient pas la réglementation en vigueur en 2014 et en 2015 pour au moins une spécialité. En clair, ils n'avaient pas la « masse critique » minimale considérée comme nécessaire par les pouvoirs publics pour pouvoir traiter les patients de façon optimale.

Les conséquences pour les patients ? Les établissements concernés assurent évidemment qu'il n'y en a pas. La plupart

travaillent en réseau avec des structures plus grosses, notamment pour la chimiothérapie et la radiothérapie. Mais la réponse risque fort de ne pas convaincre Isabelle, accueillie dans l'une de ces unités hospitalières peu actives dans le domaine du cancer du sein. Alors que ses soins se sont bien déroulés, la suite a été moins convaincante : son deuxième rendez-vous de suivi, prévu en mai à l'hôpital, a été annulé sans explications. « On m'a simplement réorientée vers ma généraliste. Quand je suis allée la voir, elle m'a demandé quels examens je voulais faire ! Mais qu'est-ce que j'en sais, moi ? Là, je me suis dit qu'il fallait quand même que je trouve un spécialiste », soupire-t-elle. Sauf que, renseignement pris, le seul autre médecin susceptible de la recevoir dans l'hôpital où elle a été opérée est en arrêt maladie au moins jusqu'en août...

Ce sont normalement les agences régionales de santé qui sont chargées de faire la police et de s'assurer du bon respect de la réglementation. Et, de fait, elles suivent de près l'activité des hôpitaux, assure le ministère de la Santé. Mais les autorisations, délivrées pour cinq ans, sont difficiles à retirer en cours de route. En outre, d'après nos informations, leur appréciation est plus ou moins souple selon le contexte local. Parfois, la faible activité est due au départ d'un praticien, dont le remplacement peut prendre un peu de temps. Dans d'autres cas, les autorisations peuvent être maintenues afin de ne pas fragiliser davantage un établissement déjà en difficulté. « Certaines petites structures sont indispensables au bon maillage

du territoire, pour préserver l'accès aux soins. Elles ont peut-être une faible activité en cancérologie, mais si nous leur retirions leurs autorisations, elles auraient encore plus de mal à attirer des praticiens, ce qui mettrait en péril l'ensemble des services chirurgicaux », souligne, sous couvert d'anonymat, le responsable d'une agence. Ce serait alors la spirale du déclin : moins de patients, moins de recettes, éventuellement un déficit qui se creuse...

Les enjeux sont donc lourds pour les établissements concernés – au point que, dans le privé, certains n'hésitent pas à contester les décisions des agences. « Les discussions peuvent être musclées », reconnaît Anne Mallet, de la Fédération de l'hospitalisation privée. Parfois, elles vont jusqu'au contentieux. Dans ce cas, il peut arriver que l'établissement continue à prendre en charge des patients

Chargées de faire la police, les agences régionales de santé suivent de près l'activité des hôpitaux

malgré l'avis défavorable des pouvoirs publics, en attendant que le jugement soit rendu. Et puis, comme toujours, il y a les récalcitrants, ceux qui ont perdu leur autorisation ou qui n'en ont jamais eu, et qui opèrent des malades au lieu de les réorienter vers un établissement plus spécialisé. Ceux-là, heureusement, restent rares. **S. B., avec D. C.**

« Il n'y a pas de fatalité aux maux dont souffre notre pays. »



Photo © TSF - Stapherill / Renard

« Un ouvrage destiné au grand public. »
L'Express

« Un pavé dans la mare pour le débat de la présidentielle 2017. »
Le Figaro

« De l'intelligence à l'état pur. »
Le Point

« Rétablir la paix sur tous les fronts des débats économiques. »
Le Monde

« Un livre fondateur. »
Challenges

Jean Tirole

ÉCONOMIE du BIEN COMMUN

PRIX NOBEL D'ÉCONOMIE

puf