



HAL
open science

La dimension économique a-t-elle une place dans la prescription des traitements antinéoplasiques en oncologie thoracique ?

Nathalie Olympios

► To cite this version:

Nathalie Olympios. La dimension économique a-t-elle une place dans la prescription des traitements antinéoplasiques en oncologie thoracique ?. Ethique. 2019. dumas-02513284

HAL Id: dumas-02513284

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02513284>

Submitted on 1 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Il est prévu notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source. Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entraîner des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

MEMBRE DE

U-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2019

N° 2019M2REM09

MEMOIRE DE MASTER 2 DE RECHERCHE EN ETHIQUE

Présenté et soutenu publiquement le 18 Juin 2019

Par

Nathalie OLYMPIOS

La dimension économique a-t-elle une place dans la prescription des traitements antinéoplasiques en Oncologie Thoracique ?

Dirigé par Jean-Claude Dupont

JURY

Mme le Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH

Président

M. Marcel-Louis VIALARD, professeur associé

M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR

Mme Caroline DESPRES, chercheuse

Mme Eva SEGURA, PhD ATER

M. Jean-Claude K. DUPONT, chercheur

Mme Charlotte NGO, MCU-PH

La dimension économique a-t-elle une place dans la prescription des traitements antinéoplasiques en Oncologie Thoracique ?

Résumé :

Contexte : L'immunothérapie a révolutionné le traitement du cancer du poumon non à petites cellules métastatique. Ces progrès se sont fait au prix d'une augmentation des dépenses compte tenu du prix élevé de ces médicaments avec une crainte que de potentiels patients bénéficiaires de ces traitements innovants soient écartés. La réalité de contrôle des dépenses publiques impose donc de faire des choix : en considérant à la fois la qualité de vie que ces médicaments procurent mais également la charge financière qu'ils représentent pour la collectivité. La réalité économique actuelle impose d'oser aborder cette problématique avec les prescripteurs.

Méthodes: Cette étude qualitative interroge la place de la dimension économique dans la prescription des traitements antinéoplasiques dans le cadre de la prise en charge du poumon métastatique. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de dix oncologues thoraciques français et deux pharmaciens hospitaliers. Les entretiens comprenaient deux parties distinctes : une vignette clinique où les interrogés devaient effectuer un choix en première et deuxième ligne métastatique et une seconde partie comprenant des questions ouvertes.

Résultats: L'analyse des entretiens souligne que l'immunothérapie a changé le paradigme de traitement du cancer du poumon métastatique mais que des efforts sont encore nécessaires pour optimiser sa juste prescription en pratique clinique. La dimension économique est source de discussions entre médecins et pharmaciens. Les interrogés sont conscients de cette problématique et considèrent qu'il y a un devoir de respect des recommandations compte tenu de la gratuité des soins. Les prescripteurs estiment qu'ils se doivent de rester au minimum informés afin de pouvoir participer activement dans les arbitrages.

Conclusion: L'augmentation des prix des médicaments innovants en oncologie est une réalité qui invite à reconsidérer les systèmes de santé et de régulation du médicament afin de permettre un accès à l'innovation pour tous les patients éligibles au sein du système de santé français. Evoquer cette problématique avec les prescripteurs apporte des éléments de réflexion inédits quant au rôle du prescripteur.

Discipline :

[Economie appliquée à la Santé / Éthique / Oncologie thoracique]

Mots clés :

[Cancer du poumon / Immunothérapie / Innovation/Prix]

Impact of financial considerations on French physicians' prescription choices for advanced non-small cell lung cancer (NSCLC)

Abstract :

Background: Immune checkpoint inhibitors have revolutionized treatment of advanced NSCLC. In France, concerns have been raised as to the financial burden of these therapies and fear that potential patients may be ruled out. The reality of budgetary restrictions implies for choices to be made considering both the quality of life these treatments procure as well as the financial burden they represent. From a physician's point of view, due to financial constraints on public health facilities, physicians' could restrain themselves from prescribing innovative expensive therapies.

Methods: This qualitative study questions the impact of financial considerations on prescription choices made by thoracic oncologists. Ten French oncologists and two hospital pharmacists voluntarily underwent a semi-structured interview conducted by a student in an Ethics Master Degree. Interviews consisted in two distinct parts: one clinical case where treatment choices had to be made in first-line and second-line advanced NSCLC setting and a second part consisted in open-ended questions.

Results: Qualitative analysis of the interviews brings out that immunotherapy has radically changed the history of cancer treatment but that efforts are still necessary to improve its prescription in real-world setting. Financial matters are a source of discussions between fellow physicians and clinical pharmacists. Physicians are aware of this issue and consider they have a duty to strictly respect guidelines particularly in a French universal healthcare system. They consider they ought to remain at least aware of these issues in order to participate in healthcare arbitration discussions.

Conclusion: Arising costs of innovative drugs in oncology is a reality that forces to reconsider healthcare and drug regulation systems in order to be able to provide access to innovation for all eligible patients in the French universal healthcare system. Addressing this issue with physicians provides important insight on physicians' role in that matter.

Keywords :

[Lung cancer / immunotherapy / innovation / Drug prices]

Il faut au contraire savoir comment agir et comment partager justement. Or cela représente un travail ardu, plus considérable que de savoir ce qui est bon pour la santé. Car là aussi, le miel, le vin, l'ellébore, la cautérisation, l'amputation sont choses faciles à savoir. Mais comment user de ces moyens pour garantir la santé, à quel malade les appliquer et à quel moment, c'est tout le travail, pas moins, exigé pour être médecin.

Aristote, *Ethique à Nicomaque*.

Ὁ βίος βραχύς, ἡ δὲ τέχνη μακρὴ, ὁ δὲ καιρὸς ὀξύς, ἡ δὲ πείρα σφαιερὴ,
ἡ δὲ κρίσις χαλεπή. Δεῖ δὲ οὐ μόνον ἑωυτὸν παρέχειν τὰ δέοντα ποιεῖντα,
ἀλλὰ καὶ τὸν νοσέοντα, καὶ τοὺς παρεόντας, καὶ τὰ ἔξωθεν.

La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, le jugement difficile. Il faut non seulement que le médecin fasse ce qui convient, mais encore que le malade, ceux qui l'approchent, et tout ceux qui l'environnent, concourent au même bût.

Hippocrate, *Aphorismes*, section I, aphorisme 1.

Remerciements

A Madame la Pr Marie-France Mamzer pour m'avoir aidée à orienter ma réflexion dès les prémices de ce travail, pour son accueil et ses enseignements au cours de ce Master.

A Monsieur Jean-Claude K. Dupont, pour la qualité de son enseignement, la pertinence de ses remarques qui ont su éclairer mes intuitions et enfin pour ses encouragements essentiels en fin de parcours.

A l'ensemble des membres du jury pour avoir accepté de juger mon travail.

A l'ensemble des enseignants pour leur disponibilité, leur conseils et la grande qualité de leurs enseignements.

Aux professionnels de santé qui ont répondu à mes sollicitations, un grand merci pour leur disponibilité et la qualité de nos échanges.

A mes compagnons de route de master, pour cette année riche en couleurs passée à vos côtés, pour la richesse de nos discussions éthiques – ou non, pour votre amitié et tous ces jolis souvenirs passés et à venir.

A ma famille et mes amis pour avoir supporter mes élucubrations éthiques toujours plus présentes.

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	6
INTRODUCTION	9
CONTEXTE	10
I. LE CANCER EN FRANCE AUJOURD’HUI.....	10
<i>Epidémiologie</i>	10
<i>Amélioration de la survie</i>	10
<i>Augmentation des dépenses</i>	11
II. MECANISMES DE REGULATION	12
<i>Circuit du médicament en France</i>	12
<i>Particularité des médicaments innovants onéreux</i>	13
<i>Régulation des prix en France</i>	15
<i>Un marché du médicament en expansion</i>	15
III. CONTEXTE ACTUEL DE CONTROLE DES DEPENSES PUBLIQUES	16
<i>Historique</i>	16
<i>Polémiques</i>	16
IV. L’IMMUNOTHERAPIE : UN CHANGEMENT DE PARADIGME EN CANCEROLOGIE	17
<i>Historique</i>	18
<i>Principe</i>	19
<i>Domaines d’applications actuelles</i>	20
<i>Perspectives</i>	21
<i>Les enjeux de l’immunothérapie</i>	22
V. MODELE DU CANCER DU POUMON METASTATIQUE	25
<i>Epidémiologie</i>	25
<i>Formes anatomopathologiques</i>	25
<i>Prise en charge et avènement de l’immunothérapie</i>	26
<i>La place du pembrolizumab</i>	27
PROBLEMATIQUE	28
MATERIEL ET METHODES	29

I. DESCRIPTION DE L'ETUDE.....	29
<i>Principe général</i>	29
<i>Description des entretiens</i>	29
II. PRESENTATION DE LA VIGNETTE.....	30
III. HYPOTHESES DE RECHERCHE	31
III. SELECTION DES INTERROGES	32
IV. ASPECTS REGLEMENTAIRES.....	32
V. METHODES D'ANALYSE DES RESULTATS	32
VI. MODIFICATION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN.....	33
RESULTATS	34
I. DESCRIPTION DE LA POPULATION INTERROGEE	34
II. RESULTATS DE L'ANALYSE VERTICALE.....	35
IV. RESULTATS DE L'ANALYSE HORIZONTALE	36
<i>Rôle du médecin en lien avec cette problématique</i>	46
<i>Propositions</i>	48
<i>Vision de l'accès à l'innovation en France</i>	49
<i>Conclusion</i>	50
V. ENTRETIENS AVEC LES PHARMACIENS	51
<i>Déroulement et analyse des entretiens</i>	51
<i>Pharmacienne 1</i>	51
<i>Pharmacien 2</i>	54
DISCUSSION.....	57
I. DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE	57
<i>Sélection des interrogés</i>	57
<i>Analyse des résultats</i>	57
<i>Critiques</i>	57
<i>Perspectives vis-à-vis de ce travail</i>	58
II. SYNTHESE ET DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS	58
<i>L'immunothérapie : un espoir</i>	59
<i>Changement de paradigme de la prise en charge du cancer du poumon métastatique</i>	62
<i>L'importance de la casuistique</i>	64
<i>Le respect des recommandations</i>	66
<i>La discussion avec les autres professionnels</i>	67
<i>Les connaissances des cliniciens en médico-économie</i>	68
<i>Un système de santé « magique » : l'exception française</i>	69
III. LE ROLE DU MEDECIN DANS LES ARBITRAGES	71
<i>Le serment</i>	71

<i>Le médecin : un lanceur d'alerte ?</i>	71
<i>Justice et médecine</i>	72
<i>Justice distributive et équité</i>	74
<i>Comment faire un choix ?</i>	74
<i>Responsabilité médicale</i>	75
CONCLUSION	78
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS	80
BIBLIOGRAPHIE	81
TABLE DES FIGURES	88
ANNEXES	I
ANNEXE 1 : MAIL ENVOYE POUR LA DEMANDE D'ENTRETIEN	I
ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN.....	I

Introduction

En France, le cancer reste la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme. Néanmoins, malgré une grande disparité entre les différentes localisations cancéreuses, on note globalement une amélioration de la survie. Cette amélioration résulte d'un diagnostic plus précoce des pathologies cancéreuses mais également du renforcement de l'arsenal thérapeutique des médicaments antinéoplasiques.

Parmi les traitements antinéoplasiques innovants, les immunothérapies, ont révolutionné la prise en charge de certains cancers notamment le cancer du poumon et le mélanome. Ces traitements, radicalement différents des chimiothérapies, ont également un coût nettement supérieur à ces dernières. D'après un rapport du Conseil économique social et environnemental (CESE), le surcoût attendu lié aux nouveaux traitements anticancéreux pourrait être estimé de 1 à 1,2 milliard d'euros par an. Ainsi, des inquiétudes existent quant à l'élévation des prix et la crainte que de potentiels patients bénéficiaires de ces traitements innovants soient écartés.

L'objectif de ce travail est d'aborder la problématique du coût des nouvelles thérapeutiques antinéoplasiques du point de vue du prescripteur. Nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement à la prise en charge du cancer du poumon métastatique, profondément modifiée par l'avènement de l'immunothérapie.

Contexte

I. Le cancer en France aujourd'hui

Epidémiologie

En 2017, on estime à 399 500 le nombre de nouveaux cas de cancer diagnostiqués en France métropolitaine (214 000 hommes et 185 500 femmes). (1) (2)

Chez l'homme, les cancers de la prostate, du poumon et colorectaux sont les plus fréquents. Le cancer du poumon occupe toujours le premier rang du nombre de décès, devant le cancer colorectal et de la prostate. Chez la femme, les cancers du sein, colorectaux et du poumon sont les plus fréquents. Le cancer du sein est en tête pour le nombre de décès par cancer, mais il est suivi de près par le cancer du poumon, devant le cancer colorectal.

On note une baisse d'incidence des cancers en général principalement en lien avec la diminution d'incidence des cancers de la prostate d'1.3% de 2005 à 2012. La mortalité liée aux cancers est aussi en diminution, depuis les années 1980 d'environ 1,5% par an. Néanmoins, le cancer reste la première cause de mortalité en France.

Amélioration de la survie

Malgré les grandes disparités entre les différentes localisations cancéreuses, les données à la fois françaises et européennes issues des rapports de l'INCA et d'EUROCORE-5 sont en faveur d'une amélioration de la survie dans la grande majorité des cancers. (3)

Cette amélioration résulte d'un diagnostic plus précoce des pathologies cancéreuses lié aux dépistages individuels ou organisés mais également au renforcement de l'arsenal thérapeutique des médicaments anti-cancéreux. (4)

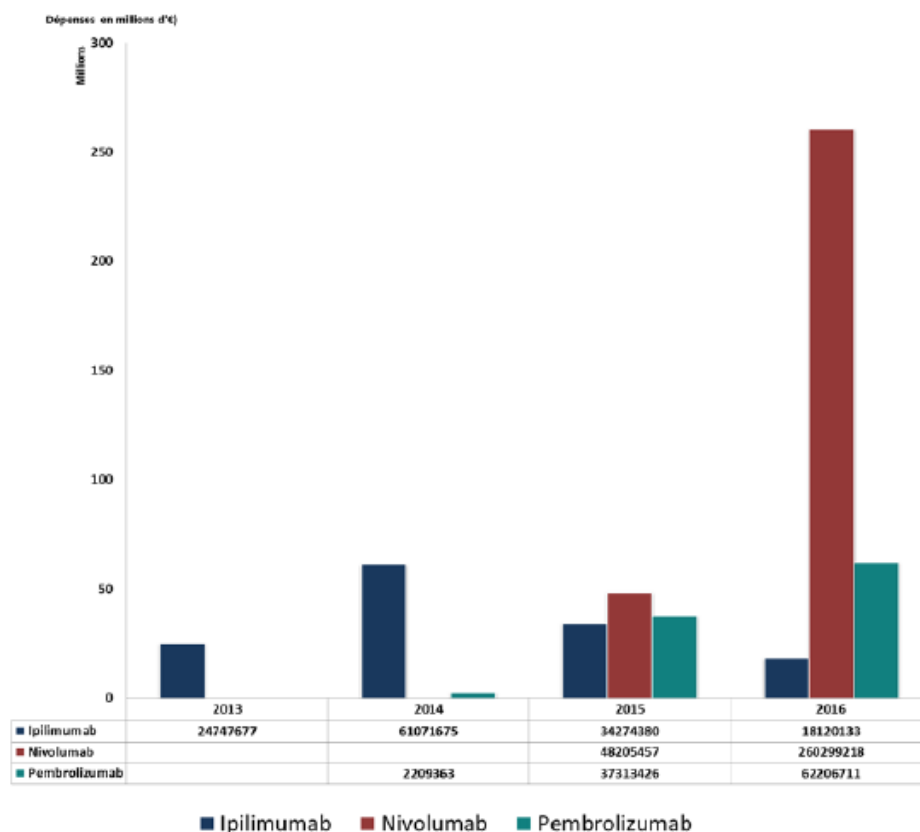
Augmentation des dépenses

Cette amélioration de la survie s'est faite au prix d'une augmentation des dépenses allouées à la prise en charge du cancer et notamment à celles liées à la prescription des nouvelles thérapeutiques antinéoplasiques. Pour la France, le coût du cancer est évalué à 17 milliards d'euros, un peu moins de 1 % de la richesse nationale. Les médicaments représentent une part importante du coût de traitement, à hauteur de 2 milliards d'euros. (5)

Ainsi, le coût moyen des thérapies ciblées contre le cancer se situerait, en moyenne autour de 50 000 euros par an et par patient, soit 5 à 10 fois plus que les chimiothérapies classiques. D'après le rapport du Conseil économique social et environnemental (CESE), le surcoût attendu lié aux nouveaux traitements anticancéreux pourrait être estimé de 1 à 1,2 milliard d'euros par an. (5)

Selon un rapport de l'INCA paru en Mai 2018 intitulé « Les immunothérapies spécifiques dans le traitement des cancers » (6), les dépenses liées aux antiPD1 sont estimées en 2016 à environ 260 millions d'euros soit une multiplication par cinq par rapport à 2015, soulignant la rapidité de l'extension des indications notamment en Oncologie Thoracique.

Figure 1 : Dépenses associées aux immunothérapies spécifiques (nivolumab, pembrolizumab, ipilimumab) entre 2013 et 2016



Source : Rapport de l'INCA, « Les immunothérapies spécifiques dans le traitement des cancers », Mai 2018 (6)

II. Mécanismes de régulation

Circuit du médicament en France (7)

La porte d'entrée d'un médicament innovant sur le marché européen est l'évaluation par l'Agence Européenne du médicament (EMA). Cette dernière est chargée de l'évaluation scientifique des demandes d'autorisation de mise sur le marché (AMM). L'autorisation de mise sur le marché, délivrée par la Commission européenne, après avis de l'EMA, est valable 5 ans et reconnue par tous les Etats membres.

Au niveau national, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Il existe néanmoins au niveau européen une procédure dite de reconnaissance mutuelle. Cette procédure permet au laboratoire qui a obtenu une autorisation initiale auprès d'un des Etats membres de demander l'extension de l'AMM aux autres Etats membres.

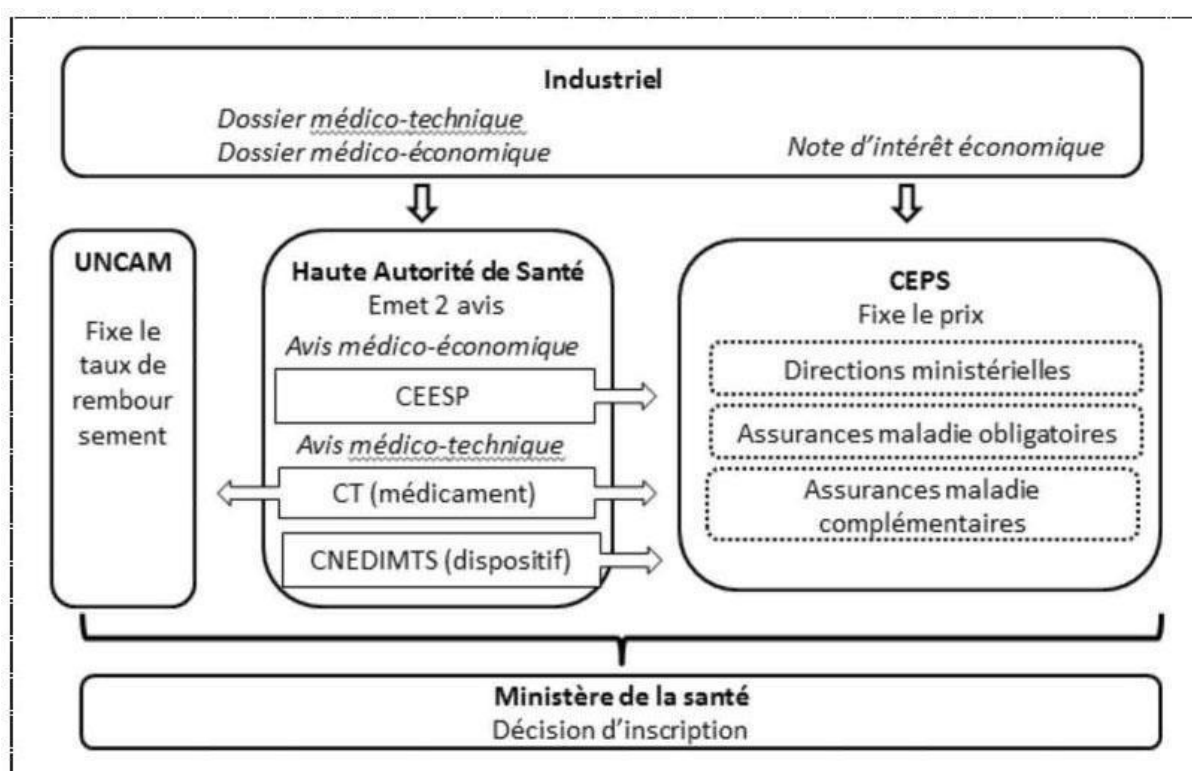
La fixation du prix est par la suite dépendante des instances nationales et donc peut varier en fonction des pays européens. En France, après l'obtention de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), il appartient à l'industriel de demander le remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Ce dernier dépend de l'évaluation par le Commission de la Transparence de l'HAS (Haute Autorité de Santé) qui, sur la base de l'évaluation de l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) et du Service Médical Rendu (SMR), vérifie si le médicament a suffisamment d'intérêt pour être pris en charge par la solidarité nationale car il apporte un progrès par rapport aux autres traitements disponibles et il est utile dans la stratégie thérapeutique au regard de la pathologie et des objectifs de santé publique.

Le prix de vente est par la suite fixé par le CESP (Comité Economique des Produits de Santé). Le CEPS est un organisme interministériel placé sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie. Il est principalement chargé par la loi de fixer les prix des médicaments et des dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie.

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance-Maladie (UNCAM) définit quant à elle le taux de remboursement sur la base du service médical rendu et de la gravité de l'affection concernée.

Les médicaments qui ont obtenu une ASMR de niveau I à III bénéficient d'une garantie de prix européen. Pendant cinq ans, à compter de la première mise à disposition des patients par inscription au remboursement en ville et à l'hôpital, le prix du médicament ne peut être inférieur au prix le plus bas pratiqué par les quatre principaux marchés européens (Allemagne, Espagne, Italie et Royaume-Uni).

Figure 2 : Circuit des avis de la Haute Autorité de santé dans le processus d'accès au remboursement et de fixation des prix



Source : Haute Autorité de la Santé , 2015 (8)

Particularité des médicaments innovants onéreux

Avis d'efficience

La Décision n°2013.0111/DC/SEESP du 18 septembre 2013 du collège de la HAS relatif à l'impact significatif sur les dépenses de l'assurance maladie rend obligatoire l'avis d'efficience pour les nouveaux médicaments ou dispositifs médicaux :

- Qui s'annoncent comme « innovants », l'industriel revendiquant une amélioration du service médical rendu (ASMR) ou une amélioration du service attendu (ASA) majeure (niveau I), importante (II) ou modérée (III).

- Susceptibles d'avoir un « impact significatif » sur les dépenses de l'Assurance maladie, avec un chiffre d'affaires prévisionnel supérieur ou égal à 20 millions d'euros après 2 ans de commercialisation, toutes indications confondues.

L'industriel dépose son dossier de demande d'avis d'efficience auprès de la Commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la HAS.

La HAS transmet son avis d'efficience au Comité économique des produits de santé (CEPS), en charge de négocier avec l'industriel le prix du médicament. Il s'agit d'un outil d'aide à la décision, au même titre que les données strictement médicales d'amélioration du service rendu.

Système d'ATU

Par ailleurs, afin de permettre un accès plus rapide à l'innovation, des procédures particulières existent concernant les produits innovants. Ainsi, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) peut délivrer une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) lorsque le service médical attendu est important, sans attendre l'achèvement de la procédure, permettant ainsi d'accéder au remboursement. Dans le cadre des ATU, le prix de vente est libre et la prise en charge financière est effectuée tant que dure la négociation.

Financement à l'hôpital

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est assuré selon plusieurs modalités. Dans le cas général, le financement est assuré par les tarifs des prestations d'hospitalisation (groupes homogènes de séjours, GHS).

Toutefois, l'article L.162-22-7 du Code de la sécurité sociale a prévu des dispositions particulières pour le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des profils de pathologies atypiques au regard de la classification en groupes homogènes de malade. L'ensemble des médicaments concernés constituent la liste dite « des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation » ou « liste en sus ».

Cette liste est mise à jour de manière régulière par arrêté du Ministre en charge de la santé et sur recommandations du Conseil de l'hospitalisation. En 2015, le total des dépenses liées aux molécules « hors GHS » s'élevait en 2015 à 3,2 milliards d'euros soit une augmentation de 4,3 % par rapport à 2014.

(9)

Régulation des prix en France

En France actuellement, il existe une enveloppe budgétaire globale dépendant de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie), lui-même maîtrisé grâce à la régulation des prix des nouveaux médicaments. Des aménagements ont été nécessaires compte tenu de l'inflation du prix des nouveaux médicaments.

Ainsi, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015 a instauré un dispositif imposant au laboratoire le reversement d'une partie du chiffre d'affaires au-delà d'un certain plafond. Ce dispositif qui répond à des circonstances qualifiées d'« exceptionnelles » par le gouvernement a été reconduit en 2017. Un fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique a par ailleurs été créé afin de lisser dans le temps l'impact des variations de dépenses entraînées par l'arrivée d'innovations thérapeutiques.

Un marché du médicament en expansion

Dans le cadre de la prise en charge du cancer, les innovations thérapeutiques ces dix dernières années sont majeures et de nouveaux traitements ne cessent d'affluer.

Le marché du médicament est caractérisé par une accélération de l'innovation. 225 nouvelles molécules sont attendues entre 2016 et 2020, contre 184 entre 2011 et 2015. D'ici 2020, dans le domaine de l'oncologie, 91 % des nouveaux médicaments seront des thérapies ciblées et un tiers d'entre eux aura un biomarqueur. Les traitements antinéoplasiques représentent à eux seuls une dépense d'environ 88,5 millions d'euros (en augmentation de 10 % par an), avec un doublement de leur coût en 10 ans. (5) Les projections prévoient qu'ils atteindront 103 à 130 millions d'euros en 2018, soit une croissance annuelle estimée entre 6 % et 8 %. (10)

La question de l'adaptabilité de système de régulation et de fixation des prix des médicaments à l'arrivée massive de l'innovation est donc au premier plan.

III. Contexte actuel de contrôle des dépenses publiques

La problématique du prix des traitements innovants s'inscrit dans un contexte plus large de contrôle des dépenses publiques.

Historique

La problématique du prix des médicaments innovants a surgi dans l'espace public avec des polémiques sur certains médicaments. C'est notamment le cas du Sofosbuvir, un antiviral développé dans le cadre de l'hépatite C chronique, commercialisé par le laboratoire Gilead. Ce traitement, plus efficace et présentant moins d'effets secondaires que le traitement de référence a été évalué avec une ASMR II pour lequel le prix fut fixé à 13 667 euros la boîte (soit 41 000 euros pour un traitement curatif standard d'une durée de 3 mois). Ainsi, ce dernier était initialement réservé aux patients les plus graves, posant ainsi la question de l'accès aux traitements innovants pour tous.

Devant l'importance des réactions suscitées à la fois par la société civile et les professionnels de santé, le ministère des affaires sociales et économique a émis une lettre d'instruction (11) annonçant l'accès à l'innovation pour tous dans le cadre de la prise en charge de l'hépatite C, à la suite de laquelle l'HAS a révisé à deux reprises ses recommandations, rendant ainsi cette thérapeutique accessible à tous.

Polémiques

Dans le monde de l'oncologie, l'avènement de l'immunothérapie et des thérapies ciblées a soulevé des inquiétudes de la part de la société civile (12)(13) , des professionnels de santé (14,15) et des patients quant à l'élévation des prix et la crainte que de potentiels patients bénéficiaires de ces traitements innovants soient écartés.

Plan Cancer 2014-2019

Cette inquiétude s'est par ailleurs matérialisée au sein du Plan Cancer 2014-2019 (16) qui a cédé une grande place à la gestion de la problématique économique en lui accordant trois objectifs distincts :

- objectif 5 : accélérer l'émergence de l'innovation au profit des patients
- objectif 13 : se donner les moyens d'une recherche innovante
- objectif 17 : adopter les modes de financements aux défis de la cancérologie

IV. L'immunothérapie : un changement de paradigme en Cancérologie

Historique

L'immunothérapie repose sur le principe que le système immunitaire peut combattre les cellules cancéreuses. Si l'immunothérapie apparaît aujourd'hui comme une des voies les plus prometteuses de la lutte contre le cancer, le concept est en réalité ancien. (17)

Dès 1891, William B. Coley, orthopédiste américain, remarquant qu'un patient souffrant d'un sarcome ayant régressé après l'injection de *Streptococcus Pyogenes*, a initié l'injection de préparations de streptocoques directement au sein des tumeurs. Ce procédé, considéré comme l'acte fondateur de l'immunothérapie, a permis de considérer le système immunitaire comme un acteur potentiel des traitements anticancéreux. Les travaux de Coley ont par ailleurs abouti aux injections intra-tumorales de BCG, encore utilisé de nos jours dans le traitement des carcinomes superficiels de la vessie (18).

A la suite de ces observations cliniques surgit la théorie de la surveillance immunitaire, initialement introduite par Paul Erlich au début du XXe siècle puis codifiée par Lewis Thomas et Mc Farlane Burnett en 1957.

La théorie de la surveillance immunitaire stipule que des cellules peuvent devenir cancéreuses à la suite de modifications d'ordre génétique. Cela ne donne pas forcément lieu au développement d'un cancer car l'organisme reconnaît ces cellules comme « étrangères » et les élimine ; d'où le terme de surveillance immunitaire. Néanmoins, si le système immunitaire de l'individu est dépassé, une cellule cancéreuse peut poursuivre son développement et induire la création d'une tumeur.

Cette théorie a fait l'objet de nombreuses controverses jusqu'à la fin des années 1990 où de nombreux scientifiques doutaient de l'existence même d'une immunothérapie anti tumorale.

Le développement des techniques d'inactivation génique a permis par la suite la création de modèles murins « sans » système immunitaire qui ont développé spontanément des cancers, relançant ainsi l'intérêt des scientifiques pour le rôle du système immunitaire dans les pathologies cancéreuses.

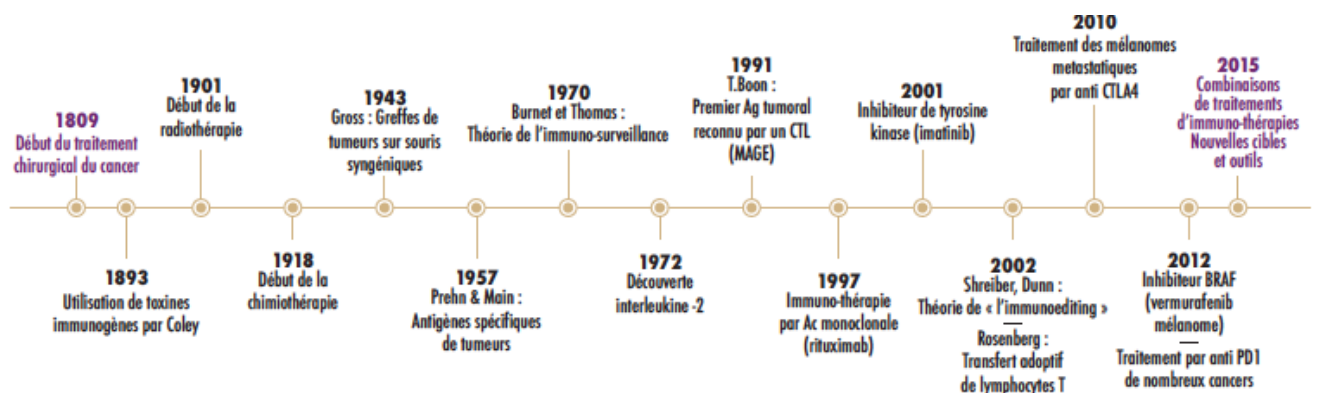
En hématologie, la greffe de moelle osseuse est considérée comme la première immunothérapie administrée chez l'homme, dans le cadre des leucémies aiguës et les lymphomes. Son développement a permis une meilleure compréhension du fonctionnement du système immunitaire et a valu à E. Donnall Thomas, le premier à avoir réalisé avec succès une greffe de moelle osseuse à New York en 1957, le prix Nobel de Médecine en 1990.

La meilleure connaissance de la physiologie du système immunitaire a permis d'identifier les acteurs de la réponse immunitaire en particulier les lymphocytes et leurs protéines de surface, les *check point inhibitors*, qui freinent la réponse immunitaire et dont le blocage constituerait une voie thérapeutique d'avenir.

Ainsi, James Allison et Tasuku Honjo (19) ont mis en évidence respectivement les protéines CTLA-4 et PDL-1 ce qui leur a valu de recevoir le prix Nobel 2018. La mise en évidence du rôle crucial de ces *check point inhibitors* et le développement de médicaments les inactivant constitue désormais le pilier de l'immunothérapie actuelle.

Il a néanmoins fallu attendre les années 2010 pour que les premiers essais chez l'homme soient développés en Oncologie. L'immunothérapie telle que nous la connaissons aujourd'hui a surgi dans le domaine de l'oncologie avec l'ipilimumab, un anti-CTLA4, première molécule d'immunothérapie commercialisée 2010 dans le cadre de la prise en charge du mélanome métastatique (20). Depuis, on compte aujourd'hui plus de 20 molécules d'immunothérapie commercialisées dans plus de 30 indications et des centaines en cours de développement.

Figure 3 : Historique de l'immunothérapie



Source : Livre Blanc, Les défis de l'immunothérapie en Oncologie, 2017 (9)

Principe

L'immunothérapie repose sur le principe de stimuler le système immunitaire du patient pour le rendre apte à attaquer les cellules cancéreuses. Il s'oppose ainsi à la chimiothérapie qui s'attaque directement à ces dernières.

Le système immunitaire est doté de protéines dites points de contrôle ou *check points*. Elles agissent comme des interrupteurs qui régissent l'intensité de la réponse immunitaire. Pour ce qui est de la défense immunitaire contre le cancer, ce sont principalement les protéines CTLA-4 et PD-1. Les cellules cancéreuses parviennent néanmoins à échapper à cette surveillance immunitaire en détournant ces points de contrôle.

Les immunothérapies actuellement commercialisées sont principalement des inhibiteurs de ces points de contrôle. En empêchant la liaison entre les cellules immunitaires et les cellules cancéreuses, elles permettent de réactiver la vigilance des cellules immunitaires.

La compréhension du mode d'action des immunothérapies permet également d'en comprendre les effets secondaires, radicalement différents de ceux de la chimiothérapie.

Il s'agit de réactions auto-immunes qui s'apparentent à un emballement du système immunitaire et concerne principalement la peau, le tube digestif, le système endocrine et moins fréquemment les poumons ou les fonctions hépatique et rénale.

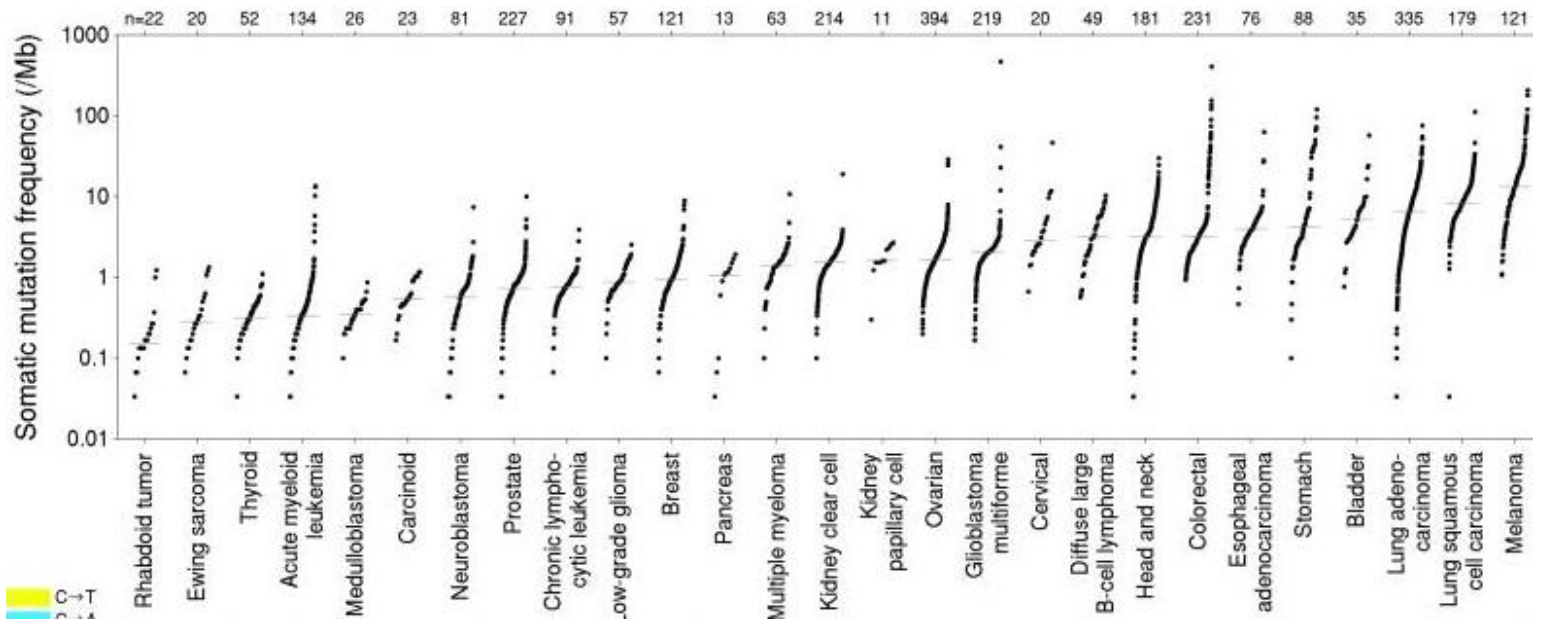
Domaines d'applications actuelles

En Oncologie, l'immunothérapie a eu des premiers résultats très prometteurs dans le cadre de la prise en charge du mélanome et du carcinome bronchique non à petites cellules métastatique dont elle constitue actuellement un des piliers de la prise en charge.

Son développement ne s'est pas arrêté là. On sait désormais que potentiellement tous les cancers sont susceptibles de répondre à une immunothérapie, fonction de leur potentiel immunogène.

Lawrence (21) a ainsi publié en 2013 dans Nature, un article d'impact majeur pour l'immunothérapie où a été évalué la charge mutationnelle de plus de 3000 tumeurs, l'idée étant que plus la charge mutationnelle d'une tumeur est élevée, plus cette dernière pourrait être sensible à l'immunothérapie.

Figure 4 : Potentiel immunogène des tumeurs cancéreuses chez l'homme



Source : Lawrence et al. , Mutational heterogeneity in cancer and the search for new cancer-associated genes, Juillet 2013 (21)

On retrouve ainsi sans surprise en tête de file le mélanome et le cancer du poumon. On notera néanmoins le nombre de candidats potentiels présentant une charge mutationnelle élevée, avec des développements de l'immunothérapie pour les cancer de vessie, colorectal avec instabilité micro satellitaire, le lymphome, le cancer de l'ovaire, etc.

En moins de 5 ans, les domaines d'application de l'immunothérapie se sont diversifiés et l'immunothérapie est actuellement prescrite hors essai clinique dans les localisations suivantes : mélanome métastatique, carcinome bronchique non à petites cellules, cancer de vessie, cancer du rein, cancer colorectal avec instabilité micro satellitaire, etc.

Perspectives

L'immunothérapie poursuit son développement dans le domaine de l'oncologie par de nombreux biais : plus de localisations concernées, nouvelles indications pour les molécules existantes, concurrence entre molécules d'immunothérapie différentes et association entre elles ou avec les chimiothérapie conventionnelles.

Une simple recherche sur clinicaltrials.gov retrouve plus de 1000 essais cliniques en cours pour l'immunothérapie, dont pas moins de 84 essais cliniques de phase III en cours de recrutement.

Selon IMS Health (10), plus de 200 molécules sont attendues sur le marché entre 2016 et 2020.

Les enjeux de l'immunothérapie

L'avènement de l'immunothérapie a bouleversé le monde de l'oncologie et a fait surgir de nouveaux défis à la fois médicaux, organisationnels et sociétaux.

Sélection des patients

Malgré les avancées considérables liées à l'immunothérapie, tous les patients ne sont pas répondeurs au traitement. Selon les études, on estime que 20-25% sont répondeurs à l'immunothérapie.

L'enjeu est donc d'identifier des biomarqueurs capables de prédire l'efficacité de l'immunothérapie afin de pouvoir sélectionner les patients répondeurs. Ils existent à ce jour de nombreux biomarqueurs prescrits et en cours de développement (22,23).

Parmi les plus fréquents, nous citerons le niveau d'expression tumoral de PDL1. Il ressort en effet des essais cliniques que les patients ayant des tumeurs présentant une expression de PDL1 élevée ont un taux de réponse plus élevé que quand ils n'expriment pas ou peu PDL1.

De ce fait, ce marqueur fait partie des critères d'accès à l'immunothérapie pour certaines molécules. L'intitulé des AMM de certaines molécules stipule qu'elles ne sont accessibles aux patients qu'à condition que la tumeur qu'ils présentent sur-exprime PDL1 à un certain taux.

Il s'agit par exemple du pembrolizumab, un anti PDL1 utilisé dans le carcinome bronchique non à petites cellules, qui a l'AMM en première ligne métastatique mais uniquement chez les patients avec des tumeurs ayant une expression de PDL1 supérieur à 50%.

Cela a une conséquence pratique évidente : la nécessité de rechercher ce marqueur pour tous les patients potentiellement éligibles à une immunothérapie, avec le surcoût de travail pour les anatomopathologistes et financier que cela représente.

Des nombreux biomarqueurs sont à l'étude notamment des études sur la charge mutationnelle, l'instabilité micro satellitaire, les mutations dans le domaine exonucléasique de la polymérase E (POLE) mais ces derniers ne sont pour l'instant pas utilisés en routine (24).

Place dans les stratégies thérapeutiques

L'immunothérapie s'est initialement positionnée contre la chimiothérapie dans le cadre d'essais de mais les indications et les modes de prescription de l'immunothérapie ne cessent de se diversifier.

Les associations avec d'autres modalités de traitements tels que la chimiothérapie et les thérapies ciblées sont désormais évaluées dans un grand nombre de localisations. L'association pembrolizumab + chimiothérapie à base de platines et perimetrexed (25) a déjà fait l'objet d'une AMM européenne dans le cadre du cancer du poumon métastatique, et est en attente de la fixation du prix.

Du fait de la multitude des indications et des molécules, on comprend bien la difficulté à venir des arbitrages. Chimiothérapie première ? Immunothérapie en monothérapie ? Quelle molécule ? Association d'immunothérapies ? Association chimiothérapie / immunothérapie ? Pour quels patients ? A quel moment ?

Autant de questions qui occupent le devant de la scène de la recherche clinique et translationnelle en oncologie.

Durée des traitements

Dans le cadre de pathologies métastatiques, les traitements systémiques étaient jusqu'alors prescrits jusqu'à « progression » ou jusqu'à toxicité inacceptable.

Le modèle pour l'immunothérapie a donc suivi ce schéma d'administration. Néanmoins, le mode d'action de l'immunothérapie et la particulière rémanence de ces traitements pose la question de la durée optimale des traitements en cas de réponse. On observe en effet des réponses prolongées plus fréquemment qu'en cas de chimiothérapie (26). En induisant des modifications profondes des acteurs de la réponse immunitaire, l'immunothérapie module de façon durable cette réponse et on observe des réponses prolongées même chez des patients pour lesquels le traitement a été interrompu depuis plusieurs mois voire années.

Ont ainsi été décrit des cas particuliers de patients ayant présenté des toxicités aiguës graves ayant conduit à un arrêt de traitement mais qui ont par la suite présentée des réponses extrêmement prolongées.

Se pose ainsi la question de la poursuite de l'immunothérapie chez des patients métastatiques longs répondeurs ou d'espacer les cures d'immunothérapie sans compromettre l'efficacité des traitements. Ces constats renforcent la nécessité de poursuivre les essais cliniques afin de mieux comprendre le fonctionnement de ces nouvelles armes thérapeutiques.

Effets secondaires et qualité de vie

Les effets secondaires liés à l'immunothérapie sont radicalement différents de ceux de la chimiothérapie. Moins fréquents mais aussi moins connus des professionnels de santé, il y a un grand travail à faire pour le diagnostic et le traitement rapides des effets secondaires auto-immuns graves. Par ailleurs, le suivi des patients sous immunothérapie est crucial pour identifier les effets secondaires potentiels à long terme.

De plus, du fait des associations de traitements, des toxicités surajoutées notamment en cas d'association d'immunothérapie. Par exemple, dans le cadre du mélanome métastatique, l'association ipilimumab-nivolumab est responsable de 59% de toxicités graves de grade 3-4 (20) et fait l'objet de restrictions d'utilisations à des équipes habituées à gérer ces associations et possédant des structures de réanimation adéquates.

Bouleversement du système de soins

L'avènement de l'immunothérapie a provoqué des modifications d'ordre organisationnel importantes. En effet, ces traitements, administrés en Hôpital de Jour avec des durées d'administration courtes sont globalement bien tolérés. On note ainsi une augmentation du flux de patients sous immunothérapie. Néanmoins, les effets secondaires graves existent et il y a une nécessité de former les professionnels de santé extrahospitaliers au dépistage de ces derniers.

Le conditionnement de ces molécules est parfois différent. Les chimiothérapies sont prescrites en « dose-poids » fonction de la corpulence du patient. Les premiers essais d'immunothérapie ont initialement suivis ces schémas d'administration néanmoins des essais cliniques plus récents (27) ont initié des doses fixes aussi dites « flat-dose » en se basant sur des études de pharmacocinétique(28). Ces études pharmacologiques n'ont pas démontré de différence d'efficacité ni de tolérance entre les doses fixes et les doses-poids. Le passage à la dose fixe avait pour objectif principal de limiter les manipulations de ces produits et de pouvoir envisager une réutilisation pour un autre patient en cas de non-administration à celui pour lequel il était destiné. Ainsi, le nivolumab est désormais autorisé à la dose de 240mg toutes les 2 correspondant à une dose-poids d'un patient de 80kg, alors que le

pembrolizumab est autorisé à la dose de 200mg toutes les 3 semaines, correspondant à une dose-poids de 100kg. Ce changement de conditionnement a été source de beaucoup de discussions au sein des institutions notamment concernant son impact économique(29).

Ces changements de pratiques impactent ainsi les fonctionnements de services hospitaliers cliniques mais également les pharmacies hospitalières et ainsi le rapport entre ces différents agents.

V. Modèle du cancer du poumon métastatique

Epidémiologie

Le cancer du poumon se situe au 4e rang des cancers incidents, tous sexes confondus. Il est le cancer le plus meurtrier chez l'homme et la deuxième cause de décès par cancer chez la femme après le cancer du sein.

Le tabac, principal facteur de risque du cancer du poumon, est responsable de 8 cas sur 10. L'épidémiologie du cancer du poumon ces dernières années est particulière de part la différence entre sexes. En effet, alors que l'incidence du cancer du poumon est globalement stable chez l'homme et que la mortalité est en diminution, ce n'est pas le cas chez la femme. Au contraire : les taux d'incidence comme de mortalité féminines sont en forte progression depuis 1980. Ce phénomène est essentiellement lié à l'augmentation de la consommation tabagique des femmes. Les projections 2017 indiquent ainsi que la mortalité féminine par cancer du poumon se rapproche de plus en plus de la mortalité par cancer du sein. (1)

Malgré les progrès thérapeutique des dernières années, la survie à 5 ans reste faible, de 17% en 2005-2010 versus 13% en 1989-1993.

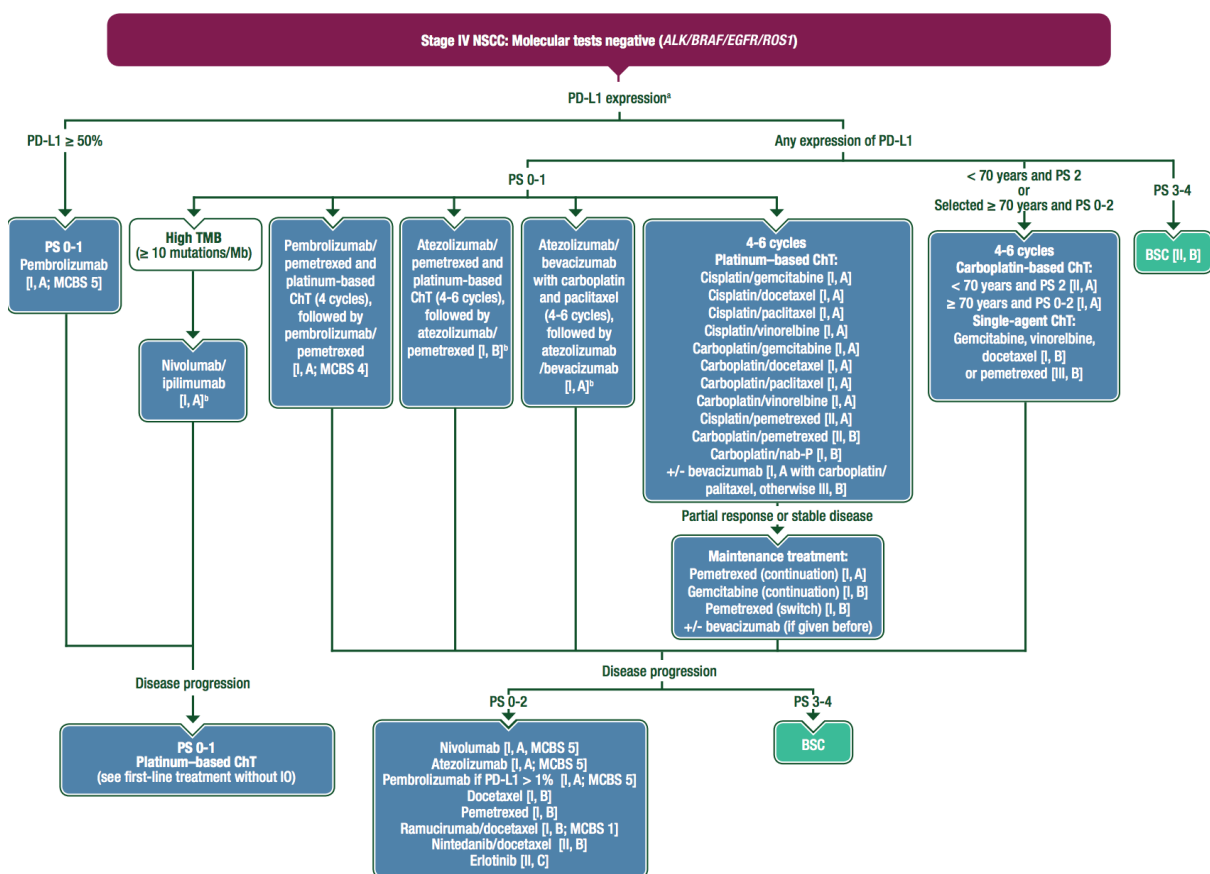
Formes anatomopathologiques

De nombreuses entités anatomopathologiques composent les cancers du poumon. Parmi ces derniers, les plus fréquents à hauteur de 80-90% sont les carcinomes bronchiques non à petites cellules. Parmi ces derniers, on distingue principalement les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes.

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons exclusivement à la prise en charge des carcinomes bronchiques non à petites cellules compte tenu de leurs spécificités thérapeutiques et de la place prépondérante de l'immunothérapie dans le traitement de la maladie métastatique.

Avant d'envisager un traitement systémique dans une situation métastatique, il convient de rechercher au sein de la tumeur des altérations moléculaires (EGFR, ALK, ROS1, BRAF) (30) pour lesquelles des thérapies ciblées existent ainsi que le statut PDL1 (31) qui orientera le traitement de la première ligne métastatique.

Figure 5 : Recommandations ESMO pour la prise en charge du cancer du poumon non à petites cellules métastatique



Source : Recommandations de la Société Européenne d'Oncologie (ESMO), 2018 (32)

Prise en charge et avènement de l'immunothérapie

Jusque dans les années 2010, la prise en charge du carcinome bronchique non à petites cellules métastatique reposait sur de la chimiothérapie. En première ligne, cette dernière consistait en un doublet de chimiothérapie à base de platines (33).

En 2012, le nivolumab, première immunothérapie à avoir eu une AMM dans le cancer du poumon métastatique, fut prescrite en deuxième ligne de traitement après échec d'une chimiothérapie à base de platines chez les patients présentant un taux de PDL1 >1% (34).

En 2014, le pembrolizumab, un anti-PD1 a démontré sa supériorité versus chimiothérapie en première ligne chez les patients présentant un taux de PDL1>50%. (27).

Désormais en Oncologie Thoracique, l'immunothérapie se prescrit dès la première ligne métastatique mais également en post-radiochimiothérapie pour les cancers du poumon localement avancés (35), et demain, en situation pré-opératoire pour des tumeurs d'emblée opérables (36).

La place du pembrolizumab

Dans le cadre de ce travail, nous allons nous intéresser plus particulièrement au pembrolizumab, seule molécule accessible dès la première ligne pour les patients présentant un taux de PDL1 > 50%.

Initialement prescrit en deuxième ligne versus chimiothérapie (37), le pembrolizumab est désormais indiqué en première ligne chez les patients présentant un taux de PDL1>50% (37).

Plus récemment, l'étude Keynote 024 a démontré une efficacité supérieure du pembrolizumab en association avec la chimiothérapie versus pembrolizumab. Cette association bénéficie d'une EMA depuis le 26 Juillet 2018, les négociations sont en cours en France.

Encore plus récemment, un article paru dans le Lancet le 04 Mai 2019 (38) suggère une efficacité du pembrolizumab en première ligne indépendamment du taux de PDL1, ce qui risque de modifier à nouveau, et en moins de deux ans, les algorithmes de prise en charge du cancer du poumon métastatique.

Problématique

D'après le rapport du Conseil économique social et environnemental (CESE), le surcoût attendu lié aux nouveaux traitements anticancéreux pourrait être estimé de 1 à 1,2 milliard d'euros par an (5). La capacité de notre système de soins à s'adapter à l'arrivée massive d'innovations thérapeutiques est le grand défi des années à venir.

La problématique du prix des traitements innovants s'inscrit dans un contexte plus large de contrôle des dépenses publiques. La réalité de restriction budgétaire impose donc de faire des choix : en considérant à la fois la qualité de vie que ces médicaments procurent mais également la charge financière qu'ils représentent pour la collectivité.

Lorsque le clinicien fait une prescription, plusieurs paramètres entrent en compte. Des critères «objectifs» tels que la nature de la pathologie et ses conséquences, l'état actuel des connaissances et les ressources disponibles au moment de la prise en charge ; mais également des critères plus complexes propres à la personnalité du clinicien, aux attentes des patients, aux avis apportés par ses pairs.

La réalité économique actuelle impose d'oser aborder la problématique du coût avec les cliniciens. Peut-on mettre en balance d'une part une durée de vie théorique issue des données de la littérature, une qualité de vie incertaine, et d'autre part un coût ?

L'objectif de ce travail est d'aborder la problématique du coût des nouvelles thérapeutiques antinéoplasiques du point de vue du prescripteur.

Nous aborderons ainsi les différents paramètres entrant en compte dans la prescription, l'impact de la notion de « coût » sur leurs décisions thérapeutiques, les discussions avec leurs confrères médecins et pharmaciens ainsi que leurs visions et projections concernant l'accès à l'innovation en France.

Matériel et Méthodes

I. Description de l'étude

Principe général

Il s'agit d'une étude qualitative qui s'appuie sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès d'oncologues prenant en charge des patients de cancer du poumon métastatique et prescrivant fréquemment de l'immunothérapie.

Description des entretiens

L'entretien comprend deux parties : une première qui s'articule autour d'une vignette clinique et la deuxième sous la forme de questions ouvertes permettant de poursuivre la réflexion. Les interrogés sont contactés par courrier électronique pour participer à l'entretien d'une durée moyenne de 30'.

L'utilisation de vignettes est utilisée dans le domaine de la psychologie et de la sociologie.

Finch (39) les décrit ainsi : « short stories about hypothetical characters in specified circumstances, to whose situation the interviewee is invited to respond » (« histoires courtes concernant des personnages hypothétiques dans des circonstances particulières, situation à laquelle l'interrogé est invité à répondre »).

Les intérêts de la vignette en début d'entretien sont nombreux : elle sert à mettre l'interrogé en confiance en le mettant face à une situation du quotidien, à situer le contexte de la recherche et apporte un premier niveau d'analyse par rapport aux choix exprimés par les praticiens. Dans le cadre de cette étude, l'objectif de la vignette clinique sert à situer le contexte de la recherche : l'arbitrage entre la chimiothérapie et l'immunothérapie dans la prise en charge du cancer du poumon métastatique.

La vignette proposée est volontairement rédigée sous une forme narrative avec pour objectif de reproduire un contexte de consultation médicale afin d'interroger l'heuristique par laquelle le médecin forme une préférence concernant le traitement approprié pour son patient. Cette première partie sert ainsi de transition avec la deuxième partie, qui invite à réfléchir sur le sujet de manière plus globale et non par rapport à un choix individuel de traitement pour un patient.

La grille d'entretien a été discutée lors du séminaire du 10 Décembre. Elle a d'abord été soumise à deux internes de pneumologie afin de la valider avant de commencer les entretiens.

II. Présentation de la vignette

La vignette s'intéresse à la même patiente mais se divise en deux parties correspondant à deux temps différents dans l'histoire de la maladie de la patiente : l'annonce de la maladie et la première ligne de traitement et la consultation de réévaluation avec possible modification du traitement.

1) Vous voyez en consultation Mme R., une patiente de 70 ans que vous connaissez depuis plusieurs années. Elle est suivie dans le service pour une BPCO post-tabagique stade II. Elle a réduit son tabagisme mais ne parvient pas à l'arrêter, elle fume 5 cigarettes/jour et utilise depuis peu une cigarette électronique pour faciliter son sevrage. Gérante d'un bar-tabac de son quartier jusqu'à récemment, elle a auparavant fumé jusqu'à deux paquets de cigarette par jour.

Vous l'aviez revue de manière précipitée il y a 3 semaines à la demande de son médecin traitant. Elle décrivait une toux persistante et une perte de 6 kilos en 1 mois. Son médecin traitant a prescrit une radiographie thoracique retrouvant de multiples nodules pulmonaires suspects. Il y a 3 semaines, vous aviez programmé un bilan complémentaire avec un TDM-TAP ainsi que la réalisation d'une fibroscopie bronchique en urgence.

La fibroscopie bronchique s'est passée sans encombre. Elle est en faveur d'un adénocarcinome pulmonaire TTF1+. Les analyses complémentaires que vous avez demandé retrouvent une lésion EGFR et ALK non mutée avec une expression de PDL-1 mesurée à 50%. Le TDM-TAP quant à lui est en faveur d'une évolutivité métastatique ganglionnaire, pulmonaire et osseuse.

Vous voyez la patiente accompagnée de sa fille, qui l'accompagne à chaque consultation. Sa fille est très inquiète, sa mère a reperdu 2 kilos depuis la dernière consultation et se sent très fatiguée.

- A ce stade de la consultation, quelles données allez-vous exposer à la patiente et à sa fille ?

- Envisagez-vous un traitement à ce stade ? Si oui, lequel ?

- Quels sont les paramètres déterminants dans votre prise de décision ?

- A quel moment intervient la RCP dans votre prise de décision ?

2° Vous revoyez votre patiente en consultation au bout de 4 cures, sa fille n'a pas pu se libérer pour la consultation. Elle se déplace en fauteuil à l'extérieur, se plaint d'une fatigue importante qu'elle attribue au traitement et de douleurs osseuses qui l'empêchent de marcher sans aide. Elle envisage de déménager chez sa fille car il a de plus en plus de mal à se déplacer dans sa maison à étages.

Le bilan scanographique que vous aviez demandé montre une poursuite évolutive au niveau ganglionnaire et osseux et de nouvelles lésions hépatiques et surrénaliennes sont apparues en cours de traitement. La fonction rénale est correcte, il y a une cytolysse à 3N, cholestase à 2N avec une bilirubinémie dans la norme.

- *Envisagez-vous un traitement à ce stade ? Si oui, lequel ?*
- *Quels sont les paramètres déterminants dans votre prise de décision ?*

III. Hypothèses de recherche

Les hypothèses de recherche envisagées pour ce travail sont les suivantes :

- l'avènement de l'immunothérapie a modifié la manière dont les oncologues thoraciques prescrivent des traitements antinéoplasiques
- les oncologues thoraciques ont peu ou pas de connaissances en termes de médico-économie
- le prix des traitements n'intervient pas dans la prise de décision
- la problématique du prix des traitements antinéoplasiques est source de discussions entre prescripteurs, pharmaciens et dirigeants hospitaliers
- les réflexions autour de la problématique du prix des médicaments est variable en fonction du lieu et de l'ancienneté de l'exercice

III. Sélection des interrogés

L'objectif de la sélection des interrogés est de se donner les moyens d'approcher la diversité sur la question en approchant des prescripteurs différents par leur expérience, mode et lieu d'exercice.

Les interrogés devaient répondre aux critères suivants :

- oncologues thoraciques prenant en charge des patients atteints de cancer du poumon métastatique
- exerçant selon un mode d'exercice différent (CHU, CLCC, CH, clinique privée)
- au sein de la région parisienne et en Normandie (Rouen, Le Havre)

Les interrogés ont été contactés par messagerie électronique (cf annexe). Il y a été précisé la durée de l'entretien d'environ 30', la proposition d'une retranscription s'ils étaient d'accord et la possibilité d'être tenu informé des résultats de la recherche.

Après réponse au message électronique, un entretien en face-à-face était convenu sur le lieu de travail de l'interrogé.

IV. Aspects réglementaires

Ce travail a fait l'objet d'une demande d'avis auprès du Comité des Recherches non CPP (CERAPHP.5) et a obtenu un avis favorable à la suite du comité du 24.05.2019.

Les interrogés ont été informés de la possibilité de retirer à tout moment leur consentement et que l'ensemble des données recueillies serait supprimé le cas échéant.

L'entretien a fait l'objet d'un enregistrement, après accord du participant. Les entretiens ont par la suite été retranscrits, anonymisés pour l'analyse.

La retranscription et l'anonymisation des données ont été faites dans le respect des bonnes pratiques recommandées par la CNIL.

V. Méthodes d'analyse des résultats

Les données des entretiens ont été analysées selon une analyse thématique (40) avec deux axes d'analyse : horizontale et verticale.

L'analyse verticale permet une analyse individuelle de chaque entretien afin d'en extraire les thématiques principales.

L'analyse horizontale permettra ensuite d'identifier des similitudes et des divergences par rapport aux thématiques apparues au cours des entretiens.

VI. Modification de la grille d'entretien

A l'issue des deux premiers entretiens réalisés, et ce malgré la réalisation au préalable de deux entretiens tests, la grille d'entretien a subi des modifications mineures :

- Retrait de la question suivante : « En 2014, le Congrès de l'ASCO (American Society of Clinical Oncology) avait choisi pour thème « Science et Société » avec des sessions invitant à réfléchir sur les problématiques liées à l'explosion des coûts des nouvelles méthodes thérapeutiques et diagnostiques en Oncologie. Que pensez-vous du choix d'un comité scientifique d'un tel sujet ? ».

En effet, cette question trop restrictive n'était pas comprise et ne s'intégrait pas aux fils des entretiens, raisons pour laquelle elle a été retirée.

- Ajout de la question suivante : « Que pensez-vous du conditionnement de l'immunothérapie en flat dose plutôt qu'en dose-poids ? »

Cette question, abordé systématiquement par les premiers interrogés, a par la suite été ajoutée afin d'explorer cette problématique nouvelle non envisagée au préalable

Résultats

I. Description de la population interrogée

Oncologues thoraciques

Recrutement

Les interrogés ont été contactés par messagerie électronique sur leur boîte électronique professionnelle (cf mail en annexe).

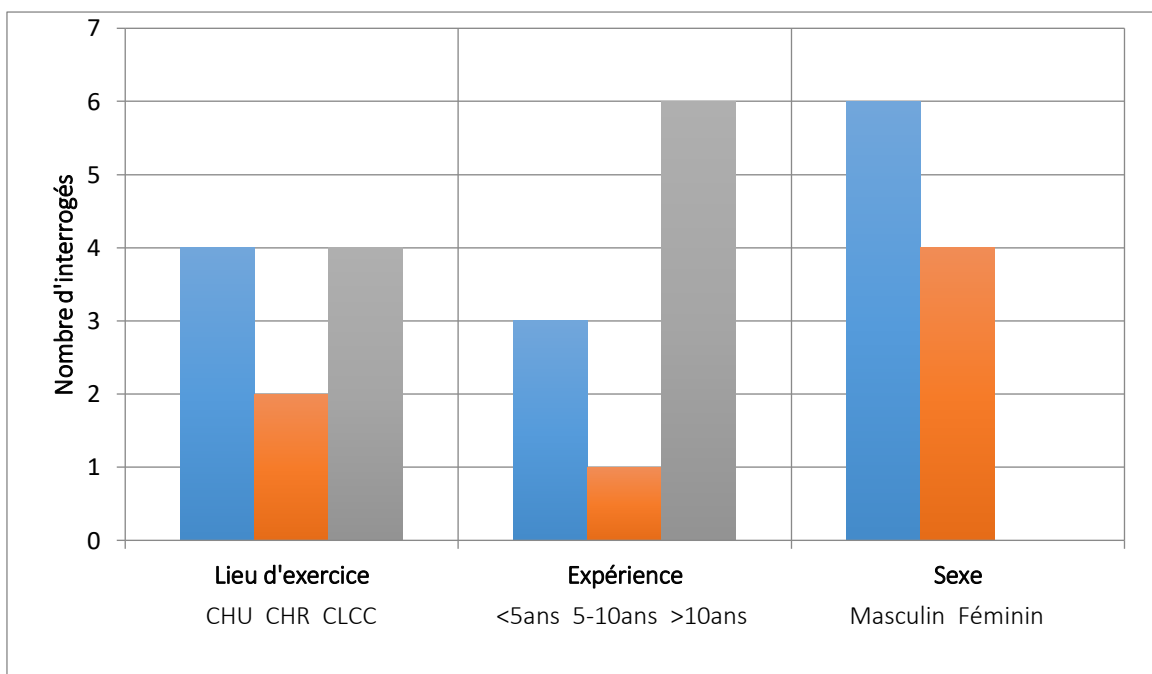
18 professionnels ont été contactés. Si intéressé, un entretien leur était proposé.

Une relance était réalisée en l'absence de réponse. En cas de réponse initiale mais pas de réponse pour fixer une date d'entretien, une relance était également faite.

Parmi les 18 professionnels contactés,

- 3 n'ont pas répondu
- 2 ont répondu qu'ils n'étaient pas disponibles
- 2 ont répondu favorablement mais cela n'a pas abouti à la fixation d'un entretien malgré relance
- 1 entretien a été annulé
- 10 ont répondu favorablement et un entretien a pu être fixé

Figure 6 : Caractéristiques sociodémographiques des interrogés



II. Résultats de l'analyse verticale

	Vignette	Définition de l'immunothérapie	Problématique du coût	Rôle du médecin
1	L1 : CT car rapidement évolutive L2 : IT si amélioration de l'EG après équilibrage des symptômes.	Un espoir récent mais une histoire ancienne. Omniprésence de l'IT, Comparaison avec le monde de l'automobile et la voiture électrique. Formidables réussites mais moins de 20% de patients répondeurs.	Calcul du coût par l'industrie. Lien dangereux avec l'industrie. Importance d'avoir un esprit critique. Réflexion médicale pour critiquer les résultats de l'industrie. Pas de culture du prix en France. Au premier plan dans d'autres pays (ex : USA). « Le prix est pour l'instant accessoire » Ne rentre pas dans la décision	Proposer des solutions : règles d'arrêts précoces quand ça ne marche pas. Changement des modèles de financement (ex : payer pour les répondeurs). Devoir moral de respect des règles compte tenu de la gratuité des soins. Pas d'impulsivité, argumenter les prescriptions.
2	L1 : Traitement systémique. PEC palliative. Plutôt IT. L2 : progression de la maladie. Souhaits de la patiente. CT après réévaluation.	Marche dans 25% des cas, mieux toléré. Important de relativiser surtout si les patients en ont déjà attendu parler. Explication en opposition à la chimiothérapie. Bonne tolérance = facilité de la prescription.	Sentiment d'impuissance quand AMM sans remboursements. Prix déraisonnables, paraît complètement abstrait. Crainte au vue de l'évolution dans d'autres pays.	Pas que des administratifs qui dictent les prises en charge. Faire des propositions : espacer les doses. Participer aux discussions.
3	L1 : IT. Demain, association IT/CT. L2 : PEC symptomatique. Soins de support.	Explications du mode d'action. Efficacité similaire à la CT mais tolérance meilleure. Risque de toxicité sévère. Discours différent en fonction de l'attente des patients. Plus modéré si attente forte.	Problématique du coût sur le parcours de soins entier. Critique du conditionnement. Sociétés à but lucratif. Système de santé « magique » ; comparatif avec les US (ex : arrêt de travail). Ne rentre pas en ligne de compte, et heureusement.	Rôle académique de trouver des solutions. Propositions : espacer les injections, réflexion économique, connaissances théoriques, PRME
4	L1 : consultation d'annonce, traitement systémique. 2 alternatives possibles, on explique les 2. Précaution liée à l'EG, plutôt IT. RCP+++	Présentation d'abord de la CT puis IT par opposition, plus récent. Effets secondaires importants graves.	N'est pas le traitement idéal, ce n'est pas la fin de la chimiothérapie. Avoir du recul.	Différence entre médecins. Importance d'être raisonnable.

	L2 : progression. Arrêt IT, contact avec la famille, avis de la patiente, PEC symptomatique prioritaire. Efficacité CT même en L2.	Importance de l'annonce, pas de fausses promesses. Délai action plus lent, besoin de réserves.	Faires les traitements de manière optimale, sans tenir compte du coût. Mauvaise sélection des patients.	Ne pas se précipiter, discuter avec ses pairs et les patients.
5	L1 : traitement systémique, respect des CI, IT. L2 : pseudoprogression, on poursuit l'IT pour 3 cures supplémentaires sauf si dégradation rapide de l'état général.	Description en opposition à la CT. Effets secondaires auto-immuns rares, ne gênent pas la poursuite du traitement Meilleure tolérance. Importance de la casuistique. Une entrée plus facile dans la maladie.	Délai des remboursements incompressible. Remboursement de l'association n'est pas une priorité, on a des choses à proposer. Association surtout chez les patients jeunes.	Devoir de respecter l'AMM. Etudes nécessaires pour les patients OMS 2-3.
6	L1 : association L2 : pseudoprogression	Seuls 20% de répondeurs mais réponses prolongées. Fonctionnement très différent de la CT. Effets secondaires moindres par rapport à l'immunothérapie.	Questions politiques Choix du conditionnement : réflexion économique.	Respect de l'AMM Coordination entre les différents acteurs Rôle de décideur Promouvoir les essais cliniques, l'EBM
7	L1 : importance du traitement systémique en première ligne, IT hors CI car PDL1>50% même si OMS 2 L2 : pseudoprogression qu'il faut expliquer au patient. TDM à 1 mois et réévaluation précoce.	Traitement systémique, indépendamment des sites métastatiques. Effets secondaires de l'IT moindres mais délai d'action peut être plus long.	Pas un problème sur son lieu d'exercice Accès aux molécules innovantes. Nécessité d'une vigilance clinique plus importante. Pas d'impact sur la décision : seuls comptent les recommandations, l'avis du patient et de la famille, l'état général, le statut PDL1	Respecter l'AMM et l'avis de la RCP Médecin référent : dicte la PEC de son patient
8	L1 : traitement systémique, discuter des deux car elle aura les 2. CT première, schéma hebdo L2 : Progression. Annonce. IT selon état général	Enfin un espoir en Oncologie Thoracique. Mais difficile de sélectionner les patients. Arbitrage entre IT et CT par toujours évident, peur de ne pas faire le bon choix en 1 ^{ère} ligne et de ne plus pouvoir proposer de traitement en 2 ^{ème} ligne	En deuxième plan devant l'efficacité chez certains patients. Problématique des associations : augmentation des coûts et des effets secondaires.	Tenir compte de l'état général des patients même si tolérance meilleure. La CT a toujours des indications et une efficacité incontestable chez certains patients. Information des soignants, des pharmaciens, des confrères, etc.
9	L1 : IT car tabagique. Elle rentre les critères de la 1 ^{ère} ligne. Elle est OMS 1, elle a un PDL1 à 50% L2 : Arrêt IT. Réévaluation symptomatique et on attend qu'elle récupère	Changement radical de la PEC du poumon métastatique. Une chance en plus, évolution des pratiques en Pneumologie. Adaptation nécessaire à chaque patient. PDL1 : biomarqueur nécessaire mais pas suffisant	Ce ne sera jamais la fin de la chimiothérapie. Il y aura toujours des gens qui ne répondent pas à l'IT. Utilisation plus que nécessaire. « On a tellement foi en l'IT qu'on la prescrit à tout le monde »	Réguler la prescription des IT. Garder en tête le prix de l'IT. En théorie mais en pratique jamais fait. On a besoin des labos pour le développement.
10	L1 : CT car évolutivité rapide, schéma hebdo pour meilleure tolérance L2 : IT après traitement symptomatique et si amélioration de l'état général.	Un espoir sans précédent qui a modifié le pronostic des patients. Quelques cas de toxicités importantes, il faut prévenir les patients et les médecins traitants. Ne pas exclure la chimiothérapie, reste utile.	Le patient d'abord. Tentation de proposer de l'IT même chez les patients altérés « au cas où ça marche ». Problématique identique avec les TKI mais plus facile car voie IV.	Veille bibliographique Surveiller renouvellement des recommandations. Prévenir la pharmacie et la direction des modifications. Donner le maximum de chances à ses patients.

IV. Résultats de l'analyse horizontale

Les différentes réponses à la fois à la vignette et aux questions ultérieures ont permis d'identifier six grandes thématiques abordées lors des entretiens. L'objectif de l'analyse horizontale est de synthétiser ces réponses en dégagant les points de similitudes et de divergence entre les interrogés.

Nous verrons ainsi successivement :

- la synthèse des réponses à la vignette clinique
- les définitions de l'immunothérapie et la manière dont elle est présentée aux patients
- les réflexions autour de la problématique du coût
- les discussions avec les confrères, pharmaciens et patients autour de cette problématique
- la vision de l'accès à l'innovation en France
- l'impact du prix sur la prescription et le rôle du médecin face à cette problématique

Réponse à la vignette clinique

La vignette présentée en début d'entretien a permis de bien cerner le cadre de la discussion des arbitrages entre la chimiothérapie et l'immunothérapie au cours de la prise en charge globale d'un patient pris en charge pour un cancer bronchique.

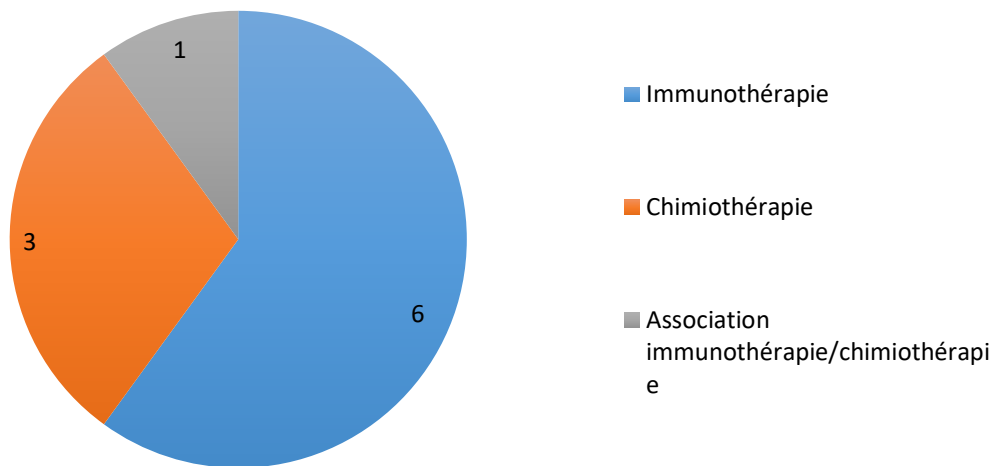
Au cours de la vignette, aucun des interrogés n'a mentionné la problématique du prix. Néanmoins, ils ont tous insisté sur les prérequis de l'AMM du pembrolizumab, principaux arguments permettant de faire un choix entre l'immunothérapie et la chimiothérapie surtout en première ligne : l'état général conservé du patient, l'absence de mutations EGFR ou ALK sur la tumeur et la présence sur la tumeur d'une expression de PDL1 supérieure à 50%.

Première ligne

La diversité des réponses à la vignette en première ligne souligne la difficulté des arbitrages entre la chimiothérapie et l'immunothérapie. En effet, les prises en charge divergent entre les interrogés : 6/10 d'entre eux proposent une immunothérapie alors que 3/10 proposent une chimiothérapie et 1/10 propose une association de chimiothérapie/immunothérapie.

Figure 7 : Réponse à la vignette : la première ligne

Première ligne



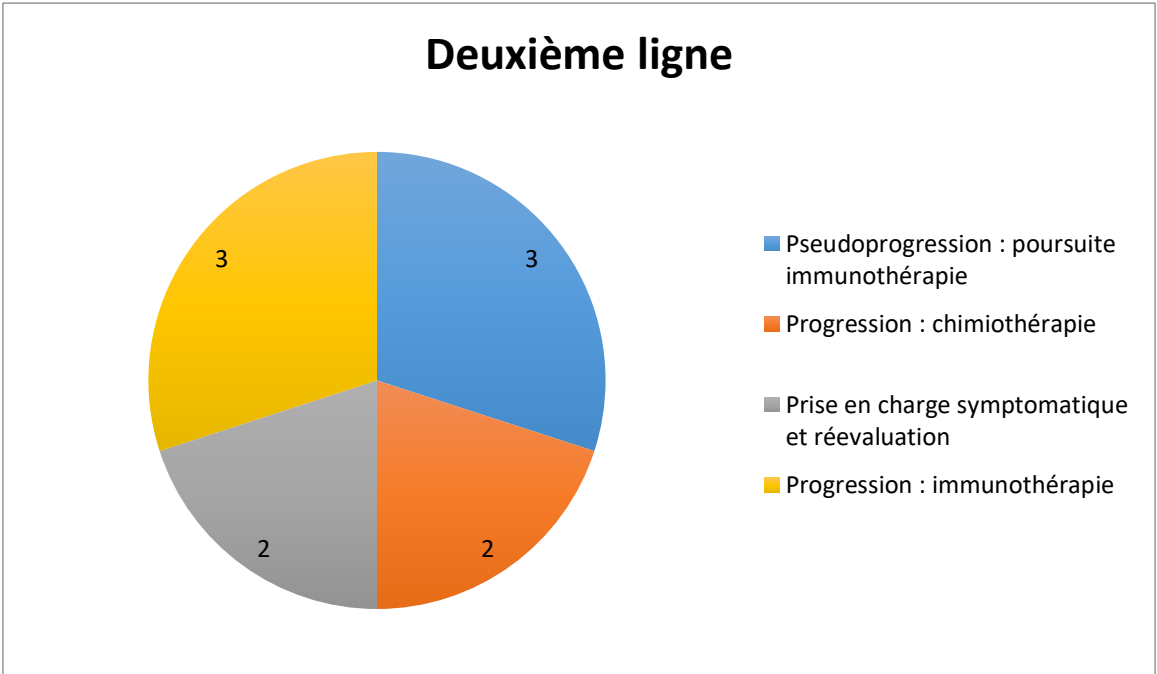
Deuxième ligne

De la même manière en deuxième ligne, les réponses ne sont pas homogènes.

3/10 concluent à une pseudo-progression et poursuivent donc l'immunothérapie avec un contrôle à un mois. 7/10 concluent à une progression de la maladie mais adoptent néanmoins des stratégies différentes, fonction des réponses à la première ligne.

Ainsi, les 3 interrogés qui avaient proposé une chimiothérapie en première ligne proposent désormais une immunothérapie en deuxième ligne. Parmi les 6 interrogés ayant prescrit une immunothérapie en 1^{ère} ligne, 2 proposent une chimiothérapie, 2 estiment qu'il s'agit d'une pseudo-progression et proposent une réévaluation à un mois alors que 2 ne discutent pas d'emblée de la reprise d'un traitement systémique et estiment qu'une réévaluation après traitement symptomatique est nécessaire.

Figure 8 : Réponse à la vignette : la deuxième ligne



Qu'est ce que l'immunothérapie ?

Pour l'ensemble des interrogés, l'immunothérapie est avant tout un espoir pour les patients atteints de cancer bronchique pour lesquels le pronostic catastrophique stagnait jusqu'à son avènement.

« Il s'agit d'une bouée inespérée ». On retrouve ainsi des champs lexicaux de l'espoir mais aussi du merveilleux : « miraculeux », « magique », « fantastique », « superbe », « miracle », « foi ».

Il s'agit d'une histoire ancienne remise au goût du jour avec une omniprésence actuellement sur le marché des nouveaux médicaments.

Néanmoins, 80% émettent une réserve importante en soulignant que « c'est une arme qui est intéressante. A une époque, je pense qu'on la vendait trop comme la panacée et ce n'est pas le cas. »

Efficacité de l'immunothérapie

En effet, les interrogés soulignent que seuls 20% des patients sont répondeurs mais que s'ils sont répondeurs, ces réponses sont extrêmement prolongées même pour des maladies métastatiques.

Effets secondaires liées à l'immunothérapie

La tolérance de l'immunothérapie est par ailleurs meilleure que la chimiothérapie mais les effets secondaires graves existent et sont moins connus, pouvant occasionner des retards de prise en charge.

Présentation aux patients

La manière de présenter la thérapeutique aux patients est globalement homogène et à pour objectifs de spécifier le mode d'action, de préciser les effets secondaires potentiels et d'alerter sur l'absence d'efficacité assurée.

Le point de départ de la présentation est la chimiothérapie et la présentation de l'immunothérapie est faite en comparaison avec la chimiothérapie, mieux connue du grand public et donc des patients. « On ne vise pas les cellules cancéreuses mais le système immunitaire », « c'est un médicament qui ne combat pas le cancer mais qui aide l'organisme à combattre le cancer ».

Pour les patients demandeurs d'immunothérapie, les interrogés précisent qu'il ne faut pas la survendre et que même s'il s'agit d'une chance de pouvoir recevoir de l'immunothérapie en première ligne, il convient de relativiser auprès du patient sur l'efficacité du traitement. Par ailleurs, ils précisent

que « ne pas avoir répondu à l'immunothérapie n'est pas corrélé à l'absence de réponse à la chimiothérapie qui est un traitement qu'il faut tenter. »

Importance de la casuistique

Dans 80% des entretiens réalisés, un exemple de réussite dans une situation considérée comme inespérée est décrit. « Des exemples de formidables réussites de l'immunothérapie », « des succès splendides » voire même « des miracles ».

Ces exemples formidables de réponse à l'immunothérapie justifient, chez 60% des interrogés, de prescrire de l'immunothérapie même en cas d'état général altéré.

Pour citer l'exemple le plus poignant, le cas d'une jeune patiente de 36 ans prise en charge pour un cancer bronchique multi métastatique d'emblée, hospitalisée dans un service de Soins Palliatifs, présentant des troubles de la conscience importants chez qui, après 3 injections d'immunothérapie, avait été noté une amélioration spectaculaire de son état général en lien avec une réponse majeure à l'immunothérapie permettant à la patiente de sortir du service et d'être toujours en vie à ce jour, trois ans plus tard.

A noter néanmoins que cette situation avait été source de tensions entre les équipes de pneumologie et de soins palliatifs compte tenu de l'administration d'un traitement spécifique à une patiente présentant des troubles de la conscience importants.

Cette exemple ainsi que tous ceux décrits par les prescripteurs (8 exemples concrets sur 10 entretiens) soulignent l'importance de la casuistique à la fois comme preuve de l'efficacité de l'immunothérapie et comme justification de son administration dans des situations extrêmes.

Réflexions autour de la problématique du coût

Biomarqueurs

L'utilisation des biomarqueurs occupe une place fondamentale dans les discussions sur l'immunothérapie, d'une part parce qu'ils peuvent conditionner l'attribution d'une AMM (ex : PDL1 pour le pembrolizumab en 1^{ère} ligne) mais également parce que leur caractère prédictif est critiqué et qu'ils engendrent des frais annexes.

Il existe une grande ambivalence quant à l'efficacité du biomarqueur PDL1 jugé imparfait et que le développement de ces derniers est également dépendant de l'industrie pharmaceutique. Ainsi, l'expression de PDL1 est essentielle en première ligne car elle permet l'accès à l'immunothérapie mais elle est accessoire pour présager de l'évolution de la maladie ultérieurement.

Par ailleurs, les difficultés d'interprétation du PDL1 sont aussi liées à des techniques d'identification différentes, des seuils d'interprétation différents et leur interprétation n'est pas linéaire. Ainsi, les patients présentant des taux de PDL1 très supérieurs à 80% pour lesquels on pourrait supposer une efficacité phénoménale de l'immunothérapie sont pour autant très inflammatoires et donc plutôt des patients à qui il convient de proposer de la chimiothérapie en première ligne et, demain, une association d'immunothérapie et de chimiothérapie.

Tous soulignent qu'il y a encore énormément d'efforts à faire pour parfaire l'attribution du bon traitement au bon patient, enfin de ne pas perdre de temps chez ces patients souvent symptomatiques. « Le bon traitement, au bon patient, au bon moment ».

Coûts annexes

Outre le coût de la thérapeutique à proprement dit, il convient de s'intéresser au coût global qui inclut donc le dosage du biomarqueur, le nombre de passages en hôpital de jour pour l'administration du traitement, les ré hospitalisations pour complications, etc.

« Le problème du coût des médicaments doit être vu sur le parcours de soins en entier et ne pas être réducteur. »

Ainsi, un patient répondeur sous immunothérapie qui va bien, va consommer moins de soins. On revient donc sur la réflexion précédente de la nécessité de développer des outils pour pouvoir mieux identifier les patients répondeurs à l'immunothérapie.

Conditionnement

Depuis le deuxième semestre de 2018, des modifications posologiques ont eu lieu pour les immunothérapies, notamment dans le cancer du poumon pour le pembrolizumab et le nivolumab. Initialement prescrits à une dose/poids de 2mg/kg et 3mg/kg respectivement, la dose actuellement recommandée pour le pembrolizumab est une dose fixe de 200mg toutes les trois semaines (41) et de 240mg toutes les deux semaines pour le nivolumab (42), indépendamment du poids du patient.

On note néanmoins des disparités quant à la posologie prescrite du pembrolizumab, certains établissements ayant fait le choix de maintenir une dose-poids, d'autres ayant opté pour la dose fixe, au vue d'études plus récentes(27).

Cette modification du conditionnement des traitements a fait l'objet de critiques vives de la part de la majorité des interrogés (n=8). Ils estiment que cela correspond à une augmentation de dose pour la grande majorité des patients traités (rappelons que la dose fixe du pembrolizumab correspond à une dose-poids pour un patient de 80kg), que les données pharmacologiques ne justifient pas cette modification de dosage et ils n'y voient qu'un intérêt pour le laboratoire.

Liens avec l'industrie

La discussion autour de la problématique emmène l'ensemble des interrogés à évoquer la place des laboratoires pharmaceutiques dans ce contexte. « Le prix de l'immunothérapie il est parfaitement calculé comme tout ce qui est calculé dans l'industrie c'est-à-dire que ça n'a rien à voir avec le coût ». Les critiques de l'industrie divergent : 30% des interrogés estiment que les profits des industriels sont exorbitants et injustifiés ; « ce n'est pas moral de faire tant de bénéfices » alors que les autres évoquent volontiers le prix de la recherche, de l'innovation et surtout le fait que cela reflète le système en place.

« On est dans une société qui a décidé de confier une grosse partie des médicaments sinon quasiment l'intégralité à des sociétés privées à but lucratif et ensuite d'avoir des négociations un peu dures sur les prix des médicaments. Le système est comme ça, on ne va pas révolutionner ça. Sinon l'Etat investit dans des laboratoires nationaux, de découverte du médicament et on fait des médicaments pas chers. C'est comme ça qu'est fait le système ».

Particularité française

La problématique du coût des médicaments s'inscrit dans le contexte français : celui de l'existence d'un système de solidarité nationale et de la prise en charge des patients atteints de cancer à 100% dans le cadre des Affections Longue Durée (ALD).

Les interrogés soulignent tous cette particularité française et cette chance qu'ont les patients mais également les soignants, de savoir que les patients n'ont pas de charge financière supplémentaire en lien avec la prise en charge de leur pathologie.

Ce constat est immédiatement suivi d'une comparaison avec d'autres pays notamment les Etats-Unis « Aux Etats-Unis, vous avez la notion, la santé c'est un produit c'est pas un dû contrairement à l'Europe. C'est juste un produit comme la bagnole ou la maison » mais également le Royaume-Uni « Là nous on fait un peu sans compter. Mais l'Angleterre, c'est un peu chaud on va tendre vers ça. L'immunothérapie à tout le monde en première ligne, ce n'est pas tenable... ».

Dans la description du système de santé français actuel, on retrouve le champ lexical fantastique : « un système de santé magique », « merveilleux », « exceptionnel ». Ce dernier est nuancé par une notion de temporalité et de crainte que cela change, « on ne va pas pouvoir financer ça à l'infini » et d'impact des décisions actuelles sur le fonctionnement futur « c'est surveillé et que ce qu'on fait là ça influencera la suite ».

Une question politique

L'aspect politique et le rôle des dirigeants est au centre des interrogations des prescripteurs. C'est le rôle du décideur d'organiser la coordination entre les différents acteurs du système de soins et de proposer des solutions.

Il s'agit donc d'une question politique au même titre que le budget alloué à la recherche et sa promotion. « Après tout c'est un choix politique, c'est un gouvernement qui choisit entre acheter un porte-avions ou l'accès à l'innovation pour tous ».

Discussion entre collègues sur la problématique du coût

Alors que l'on aurait pu penser que parler de la problématique du coût à des cliniciens pourrait constituer un sujet tabou, il s'avère que ces derniers échangent sur cette problématique principalement entre eux, mais également avec leurs collègues pharmaciens et, pour certains, avec la direction de leurs hôpitaux respectifs.

Pairs

Les discussions entre pairs peuvent prendre deux formes : formelles au cours des RCP mais également informelles au sein ou en dehors du lieu de travail.

En RCP, les discussions sur cette problématique émanent de situations particulières. Par exemple, lorsqu'il est question d'arrêter une immunothérapie chez un patient non observant ou lorsqu'est discutée l'introduction d'une immunothérapie chez un patient très âgé ; l'argument économique peut alors surgir.

Il peut s'agir également de discussions en RCP survenant à l'issue de congrès internationaux où sont présenté des nouvelles molécules ou des nouvelles indications de molécules existantes. On citera ainsi l'intervention d'un chirurgien au cours d'une telle discussion : « mais moi à ce prix-là, je peux m'acheter deux robots ».

Pharmaciens

La discussion entre médecins et pharmaciens hospitaliers est au cœur du sujet. Pour la majorité des interrogés, les échanges sont fluides, les pharmaciens sont « regardants mais conciliants » et la validation des prescriptions ne pose pas de souci à condition que les modalités de prescription soient respectées ou, si cas particulier, que les décisions soient argumentées et discutées en amont.

On notera une différence entre les établissements. Ainsi, dans certains établissements, le respect de l'AMM n'est pas formellement vérifié par le pharmacien qui fait donc confiance au clinicien pour que les règles de prescription soient respectées. Dans d'autres centres, il appartient au clinicien de renseigner des informations obligatoires avant validation de la prescription informatique : par exemple, renseigner le taux de PDL1, l'absence de mutation EGFR ou ALK ou que le compte-rendu de la RCP soit consultable par le pharmacien.

Ainsi, certains cliniciens regrettent ces « arbitrages » et l'absence de souplesse pour certaines prescriptions qui sortent un peu du cadre habituel.

Les cliniciens sont également conscients de l'inquiétude des pharmaciens hospitaliers en lien avec la multiplication de ces traitements antinéoplasiques onéreux. « L'association va augmenter considérablement les patients sous immunothérapie donc les pharmaciens sont inquiets ».

Pour certains, convier les pharmaciens aux RCP permet de fluidifier les échanges en permettant d'échanger sur les arguments justifiant la prescription d'une immunothérapie.

Direction

Pour certains interrogés, la discussion avec la direction de leurs hôpitaux respectifs est essentielle. Elle repose sur l'anticipation et se déroule idéalement en amont de l'arrivée de l'innovation en pratique clinique.

Elle peut également permettre, dans certains cas particuliers, de débloquer un financement en cas d'indication d'une thérapeutique pour laquelle il n'y a pas de remboursement sur la liste en sus. Elle peut également intervenir en cas de conflit entre un prescripteur et un pharmacien.

Rôle du médecin en lien avec cette problématique

Responsabilité du clinicien

Les interrogés rappellent que le prescripteur a une responsabilité envers son patient, responsabilité qui implique de le prendre en charge en fonction de l'état des connaissances au moment de sa prise en charge et de lui proposer le traitement le plus adapté. Ainsi, le fait que l'association immunothérapie-chimiothérapie ne soit, à ce jour, pas remboursée, malgré le fait qu'il y ait une AMM européenne depuis le 26/07/2018 est responsable d'un sentiment de frustration de ne pas pouvoir offrir au patient la meilleure prise en charge au vue des données de la science aujourd'hui.

« Quand t'es en face du patient, tu te sens impuissant parce qu'en fait ça existe, c'est validé, il y a des gens qui l'ont eu quand même et toi, en cambrousse, t'es un peu limité ».

Cela souligne également la différence entre les centres qui ont facilement accès aux essais cliniques permettant aux patients l'accès à l'innovation et les plus petits centres pour qui adresser un patient en vue de l'inclusion dans un essai clinique requiert un effort supplémentaire à la fois pour le médecin mais surtout le patient qui doit se déplacer parfois à plusieurs centaines de kilomètres de son domicile pour les consultations, examens, traitements, etc. avec de ce fait un taux de refus important de la part des patients.

Impact du prix sur la prescription

L'ensemble des interrogés indique que le prix des traitements n'a aucun impact sur la prescription des traitements. Cette réponse franche se traduit par l'utilisation de termes forts tels que : « aucun », « aucunement », « jamais ».

« Moi je suis médecin, je prend en charge le patient qui est en face de moi et la problématique du coût ne rentre pas du tout en compte dans le type de décision que je dois prendre. »

Néanmoins, certains nuancent leur propos en les situant dans le temps: « Le prix est pour l'instant accessoire », « le prix intervient pour l'instant secondairement dans notre décision » suggérant la fragilité du système actuel.

Rôle du médecin

Si la dimension économique n'intervient pas directement dans la prise de décisions, les interrogés estiment que le médecin a un rôle à jouer principalement dans les arbitrages mais également à titre personnel.

Coordination entre les différents acteurs

Si « le médecin est le sachant », il est également le premier au courant des innovations à venir et, en ce sens, a comme rôle d'informer ces collègues qu'ils soient médecins, pharmaciens, directeurs. On retrouve cette notion de l'anticipation de l'arrivée de l'innovation en pratique clinique afin de mieux identifier les difficultés en amont.

Rôle dans les arbitrages

D'un point de vue pratique, le médecin intervient dans les arbitrages en ce qu'il siège aux différentes commissions du circuit du médicament. Certains interrogés soulignent que les médecins devraient davantage s'intéresser au circuit du médicament bien en amont, au moment de la mise en place des stratégies par les industriels afin de pouvoir avoir un impact direct sur le développement du médicament et ses annexes : biomarqueurs, etc.

Promouvoir les essais cliniques

Qui dit innovation, dit Evidence Based Medicine. Compte tenu de l'avancée que représente l'immunothérapie en oncologie, « tout oncologue doit savoir où sont les essais qui profiteront le plus à ces patients et comment les adresser ». Cette démarche est essentielle à la fois pour permettre l'accès à l'innovation au plus grand nombre et promouvoir la recherche.

Se tenir au courant

Pour certains, notamment les plus jeunes, le fonctionnement du circuit du médicament et des institutions qui l'entoure est difficilement compréhensible. Néanmoins, tous s'accordent à dire que, « Dans la pratique, ça paraît important d'être au moins au courant. De ne pas laisser aux industriels tous seuls fixer leur prix ».

Rôle académique du médecin universitaire

La moitié des interrogés soulignent que s'interroger plus largement à l'application des molécules innovantes dans la pratique quotidienne, et notamment dans son aspect financier fait partie des missions du médecin universitaire.

« En tout cas si on a une partie recherche dans son activité, on a un rôle académique à jouer pour dire, d'accord on nous a donné le médicament comme ça, est-ce que nous on ne peut pas réfléchir à le faire moins cher ».

Propositions

Compte tenu de l'ensemble de ces points soulevés, plusieurs propositions sont exprimées par les médecins pour réduire l'impact de la problématique du prix des nouvelles thérapeutiques innovantes et ainsi permettre, à terme, l'accès à l'innovation pour tous.

Respect des règles de prescription

La première étape considérée comme essentielle repose sur le respect des règles de prescription, cela concerne les modalités d'attribution de l'AMM mais également les recommandations nationales, européennes et internationales en vigueur.

Cela passe aussi par la création de protocoles au sein des services afin d'uniformiser les prises en charge. « Laisser le moins de place à l'initiative personnelle du médecin » afin de s'assurer que les prises en charge sont homogènes et cohérentes avec les données de la science. « Il faut une vigilance, une rigueur clinique plus importante ».

Des essais cliniques à la pratique clinique

Par ailleurs, les médecins interrogés proposent des modifications des modalités de prescription par rapport aux essais cliniques et aux recommandations.

Il s'agit par exemple de l'introduction de règles d'arrêts précoces en cas d'absence d'efficacité de l'immunothérapie. Cela suppose d'améliorer la connaissance des phénomènes de pseudo progression et de leur gestion mais également d'optimiser la sélection des patients répondeurs.

Ils se questionnent également sur la durée de prescription chez les patients longs répondeurs et le délai entre chaque injection d'immunothérapie. En effet, jusqu'alors en cancérologie, les traitements en phase métastatique étaient prescrits jusqu'à progression ou toxicité inacceptable. Pour ce qui est de l'immunothérapie en cas de réponse prolongée, le traitement peut être administré pendant de longues années alors même que le patient est en rémission complète. De plus, une réintroduction du traitement en cas de progression peut à nouveau fonctionner.

De même pour les délais entre chaque injection, la pharmacodynamie des immunothérapies étant particulière, la rémanence du produit est longue. Néanmoins, les injections sont prévues entre toutes les deux ou trois semaines selon les molécules. Certains médecins proposent ainsi d'espacer les injections en cas de rémission persistante.

Ces initiatives personnelles interrogent la communauté scientifique mais il n'y a, à ce jour, pas d'essai clinique permettant de trancher.

Changement des modalités de financement

Certains médecins vont même jusqu'à imaginer de nouvelles modalités de financement de ces thérapeutiques. « On a changé le paradigme du traitement du cancer du poumon, pourquoi pas le mode de financement ? ». Ainsi est suggéré par exemple un paiement uniquement pour les répondeurs.

Vision de l'accès à l'innovation en France

Inquiétude ?

A la question « Etes-vous inquiets pour l'accès à l'innovation de vos patients actuels ou futurs ? », les réponses sont tranchées. En effet, 50% des interrogés sont inquiets, principalement les médecins plus jeunes alors que l'autre moitié estime qu'« Il existe des freins, mais pas d'inquiétude ».

On soulignera que l'absence d'inquiétude concerne les patients bénéficiant d'une protection sociale. « Je suis inquiet pour les patients précaires, par exemple pour les patients étrangers sans sécurité sociale que l'on ne peut pas traiter correctement ».

Perspectives

L'accès à l'innovation est comparé à la situation à l'international. Certains cliniciens critiquent un système d'attribution du prix et du remboursement un peu plus lent en France par rapport aux Etats-Unis mais ce retard est probablement dû à des négociations plus musclées.

Conclusion

En Oncologie Thoracique, l'avènement de l'immunothérapie a constitué un espoir sans précédent avec des survies prolongées pour des patients métastatiques antérieurement au pronostic catastrophique. Ce changement de paradigme du traitement du cancer du poumon métastatique est responsable d'un bouleversement à la fois de la manière dont les médecins abordent leurs patients, des options thérapeutiques mais également de la manière dont ils prescrivent et du système de soins.

Il apparaît que l'ensemble des médecins interrogés est conscient de la problématique du coût des traitements antinéoplasiques innovants et du risque que ce dernier se majore compte tenu de la multiplication des indications des immunothérapies.

Au vue de cette problématique, ils estiment qu'il s'agit d'une réflexion qu'il faut mener à plusieurs : de l'industriel au patient en passant par le pharmacien et le médecin. Le médecin occupe dans cette dynamique une place particulière en ce qu'il est celui qui initie la prescription.

Plus que jamais, il convient d'harmoniser les prises en charge et de réfléchir à plusieurs afin d'augmenter les chances d'attribuer « le bon traitement au bon patient au bon moment ». Pour cela, la recherche doit encore apporter des réponses notamment en ce qui concerne l'utilisation des biomarqueurs à bon escient.

Cette problématique est d'autant plus importante dans le système de santé français, « il y a un devoir de respect des règles de prescription compte tenu de la gratuité des soins ».

V. Entretiens avec les pharmaciens

Déroulement et analyse des entretiens

Deux pharmaciens hospitaliers aux profils différents ont été interrogés dans le cadre de ce travail.

Il s'agit d'une pharmacienne exerçant dans un centre hospitalier régional depuis plus de 10 ans et d'un pharmacien hospitalier universitaire exerçant dans un CHU depuis plus de 10 ans, ancien membre de la Commission de la Transparence.

Il s'agissait d'un entretien libre, avec néanmoins certaines thématiques qui avaient été identifiées comme intéressantes à discuter et qui ont fait l'objet de questions spécifiques si non évoquées :

- rôle du pharmacien
- gestion des stocks d'immunothérapie
- modification du fonctionnement des pharmacies hospitalières
- relation médecin-pharmacien
- rôle du médecin vu par le pharmacien

Compte tenu du fait que seuls deux entretiens ont été réalisés, ces derniers ont été analysés individuellement.

Pharmacienne 1

Rôle du pharmacien

Avec l'avènement de l'immunothérapie et plus globalement l'augmentation notable des thérapeutiques innovantes, le pharmacien hospitalier a un rôle crucial à la fois dans la gestion des commandes et des stocks de ces thérapeutiques onéreuses mais également un rôle de contrôle que les molécules prescrites sont bien inscrites dans la liste en sus et pour lesquelles il convient de demander un remboursement. Ils ont aussi un rôle d'« arbitre » en ce qu'ils surveillent les

prescriptions faites par les médecins pour s'assurer que l'indication est respectée et donc le remboursement pourra être effectué.

« C'est hors GHS pour nous, pour rester dans les clous, pour se faire rembourser, c'est un gentil casse-tête. T'es obligé de tout regarder. L'inscription au Journal Officiel, les codes listes en sus, les produits sans listes en sus qui ne sont pas remboursés ... ».

Cela est responsable d'une surcharge de travail nouvelle, « la dimension économique ça fait partie de mon quotidien » mais l'interrogée perçoit cette activité comme non obligatoire « ça ne sort pas de ma paie, je pourrais laisser passer. Mais il faut penser à la gestion des ressources en général ».

Gestion des stocks d'immunothérapie

La gestion des stocks d'immunothérapie constitue également une dimension importante. Les commandes sont différentes que pour les chimiothérapies, elles sont faites toutes les semaines et non tous les mois : « Toutes les semaines, ça coûte trop cher. On est souvent un peu juste mais enfin quand t'as un flacon qui coûte pas moins de 1000 euros, t'hésites à faire des provisions. »

Par ailleurs, des systèmes alternatifs ont été envisagés pour éviter les pertes dites aussi reliquats. Ainsi, les flacons non complètement consommés sont recyclés pour d'autres patients, en respectant un délai de conservation de maximum 24 heures conseillé par le laboratoire « même si le rationnel pharmacologique est délirant ». En cas de molécule peu prescrite et non consommée pour un patient, un système de troc avec les centres hospitaliers adjacents peut se mettre en place pour liquider les stocks restants. L'interrogée se plaint du fait qu'il n'y ait pas de recommandations particulières émanant des institutions pour la meilleure gestion des stocks et pour autoriser le « recyclage » des produits.

Modification du fonctionnement des pharmacies hospitalières

La dimension économique, bien que toujours existante dans le fonctionnement de la pharmacie hospitalière, a pris une place prépondérante. Aux commandes et à la gestion des stocks, s'ajoute un travail conséquent de vérification des prescriptions pour les bonnes indications et dans un cadre de remboursement connu. « Auparavant une chimio fabriquée non administrée c'était poubelle, point barre. Sauf que maintenant c'est 3000€ donc on réfléchit. »

Cela a renforcé les discussions avec les médecins, régulièrement sollicités pour justifier leurs prescriptions.

Relation médecin-pharmacien

Lorsque les thérapeutiques sont prescrites dans le cadre de l'AMM avec une inscription sur la liste en sus, il n'y a pas de souci particulier. La question se pose lorsqu'un prescripteur souhaite prescrire un traitement pour lequel il y a l'AMM mais pas le remboursement.

C'est le cas par exemple de l'Abraxane, traitement prescrit en 3^{ème} ligne dans le cancer du pancréas métastatique. Dans ce petit centre, de telles prescriptions peuvent être validées, à la demande du prescripteur, après discussion avec la Pharmacie et autorisation du Directeur.

L'interrogée souligne que cela est possible car les patients qui requièrent ce type de prescriptions particulières sont peu nombreux. « On peut se permettre quelques écarts de temps en temps ».

Rôle du médecin vu par le pharmacien

La responsabilité médicale est soulignée ainsi que l'investissement de certains médecins dans ces considérations.

« C'est aux dirigeants de prendre des décisions parce que là tout ce qu'ils font c'est rejeter sur les docteurs la responsabilité de dire non à des gens alors qu'eux ont obligation de donner le meilleur de la science à chaque patient. S'il y a une famille qui réclame, c'est eux qui iront au procès, c'est facile, non ? »

Ainsi, elle souligne des exemples concrets de décisions médicales qui ont pour fondement une réflexion économique.

Dans le cancer du poumon métastatique, a été récemment décidé dans cet hôpital de prescrire en 2^{ème} ligne une immunothérapie par atezolizumab plutôt que celle qui était initialement prescrite par nivolumab parce que cela revenait moins cher. Les deux molécules citées ont l'AMM dans la même indication mais il n'y a ce jour, aucune comparaison entre ces deux traitements.

Un autre exemple, la décision d'administrer le nivolumab toutes les trois semaines versus toutes les deux semaines en cas de stabilité de la maladie au bout de deux ans.

Ces exemples soulignent la collaboration entre pharmacie et prescripteurs afin de trouver des solutions permettant l'accès à ces traitements aux patients tout en diminuant les coûts.

Critiques du système actuel

Enfin, elle souligne que la soutenabilité de la situation actuelle est due au fait que nous sommes « dans un pays merveilleux. Parce que sinon il y a pleins de patients qui n'auraient pas les moyens de se traiter correctement. »

Pharmacien 2

Rappel du fonctionnement de la Commission de la Transparence

Le pharmacien commence par rappeler le rôle de la commission de la Transparence. Même si cette dernière ne décide pas du remboursement d'un médicament, elle y participe indirectement par l'attribution des SMR et AMR. Son rôle est par ailleurs consultatif.

Néanmoins l'ASMR conditionne l'inscription sur la liste en sus. Par exemple, désormais l'inscription sur la liste en sus est automatique pour les ASMR de I à III.

Rôle du pharmacien

« Je ne suis pas gardien ». Le sujet n'est pas de ne pas traiter les patients ou de se mettre en opposition avec les prescripteurs mais les choses se complexifient et chacun doit en prendre conscience.

Pour un pharmacien, les vérifications avant étaient relativement faciles. Avant, une molécule était inscrite ou non sur la liste en sus, désormais elle peut être inscrite puis en sortir, ou figurer que pour quelques dans quelques indications. L'interrogé insiste sur la vigilance dont il faut faire preuve pour prévenir des risques financiers pour l'hôpital, un rôle également d'informer les prescripteurs.

Si la thérapeutique n'est pas remboursée, il y a un risque financier pour l'établissement, une prise de décision à prendre. Discussion au cas par cas avec le prescripteur et avec les décideurs.

Modification du fonctionnement des pharmacies hospitalières

Les choses se resserrent actuellement, il y a une augmentation des contrôles avec des risques financiers pour l'hôpital. Il faut donc plus que jamais appliquer les règles.

Avant le mois d'Avril, le pharmacien devait faire parvenir les codes UCD en vue d'un remboursement. Depuis Avril, demande plus d'informations sont transmises : indication exacte, numéro patient anonymisé, structure, prescripteur, identification exacte des hors référentiel.

Cela contribue à changer le contexte de la problématique. Initialement, problématique plutôt discutée en interne entre pharmaciens-prescripteurs-décideurs, désormais « on leur envoie tout » avec par conséquent, une possibilité de contrôles plus ciblés.

Relation médecin-pharmacien

Le pharmacien indique que la relation peut être compliquée, surtout si le prescripteur avance que « ce n'est pas toi qui est devant le patient ». Pour les décisions de traitements, l'essentiel se fait selon la déclaration du médecin. « Certains nous mentent ».

Par ailleurs, ces discussions ont conduit à la création d'une Commission du Médicament locale qui permet de discuter des prescriptions hors référentiels. On y distingue les prescriptions urgentes ou non urgentes. Pour les urgences, une justification est requise auprès du prescripteur mais le produit est administré. Pour les prescriptions non urgentes, le produit n'est pas administré tant que le prescripteur n'a pas justifié sa prescription

Rôle du médecin vu par le pharmacien

L'interrogé est conscient des difficultés qui s'imposent au prescripteur en terme de prise de décision. Lorsqu'une molécule n'est pas remboursée, on n'a pas dit qu'il ne fallait pas l'utiliser, c'est une réflexion nationale. « A titre personnel, le prescripteur peut vouloir la proposer à son patient mais il faut qu'il puisse la justifier. Mais il peut aussi s'autocensurer. Il est important aussi de se demander, de quoi le patient a-t-il envie ? ».

Après il entend qu'il soit difficile de proposer des thérapeutiques à des patients et pas à d'autres.

Inquiétudes et perspectives

« L'innovation n'est pas le gage d'apport majeur. La vraie innovation, on ne pose pas la question de la rembourser. La vraie question c'est comment communiquer entre le corps médical, les patients, les pharmaciens, les décideurs pour faire des choix ? La Grande-Bretagne a choisi, on peut critiquer ce choix mais elle a choisi ».

Pour l'interrogé, « chacun où il est, il peut quand même intervenir sans reporter la responsabilité ailleurs. Les choses se resserrent sérieusement. Le nombre de molécules inscrites sur la liste en sus ne cesse d'augmenter mais l'enveloppe reste fermée. Il y a des décisions à prendre ».

Discussion

I. Discussion de la méthodologie

Sélection des interrogés

La sélection des interrogés n'est pas représentative de l'ensemble des prescripteurs en Oncologie Thoracique. Malgré une tentative d'interroger des médecins différents par leur mode d'exercice, aucun médecin exerçant en clinique privée n'a pu être rencontré. Cela peut être en partie dû au fait que parmi les médecins contactés (n=18), la majorité d'entre eux (n=14) n'étaient pas des connaissances ce qui peut en partie expliquer leur non-réponse. Interroger des médecins que je ne connaissais pas était un choix afin de ne pas induire de biais de recrutement.

Analyse des résultats

A la fin de l'analyse des résultats, il semblerait que nous ne soyons pas arrivés à saturation des données tant les échanges avec les interrogés étaient riches et auraient pu se poursuivre. Concernant l'analyse des résultats, nous avons choisi d'accorder une importance particulière aux verbatims comme forme la plus pure et la moins biaisée des expressions des interrogés. L'analyse peut également avoir été limitée par notre manque d'expérience dans les études qualitatives.

Critiques

Points forts

L'originalité de ce travail réside dans son positionnement du point de vue du prescripteur. La bibliographie existante sur le sujet se constitue principalement de réactions polémiques de la part de la société civile et de professionnels de santé. On notera l'existence d'un travail analogue réalisé par le CHU de Tours qui consacre une partie au point de vue de prescripteur mais il s'agit d'un travail descriptif, sans protocole expérimental (43).

Points faibles

La contrainte de temps n'a pas permis d'interroger suffisamment de médecins. Par ailleurs, nous aurions souhaité explorer davantage la problématique en interrogeant d'autres pharmaciens et en étendant aux dirigeants hospitaliers pour avoir une vision de la problématique à l'échelle d'un hôpital.

Perspectives vis-à-vis de ce travail

Il s'agit là d'un travail préliminaire qui vise à identifier les principales problématiques en lien avec la question. Il s'agissait également d'évaluer si les prescripteurs étaient enclins à partager sur ce sujet.

Au vu des résultats, il serait intéressant de poursuivre ce travail en interrogeant davantage de praticiens mais également en étendant aux pharmaciens hospitaliers plus largement et aux dirigeants hospitaliers pour avoir une perspective plus globale.

Un autre aspect de la question que nous n'avons pas eu le temps d'explorer mais qui paraît fondamental est la représentation que se fait le grand public des thérapeutiques innovantes et la perception de cette dimension économique. Autant de sujets auxquels il conviendrait de consacrer des travaux ultérieurs.

II. Synthèse et discussion des principaux résultats

L'immunothérapie : un espoir

Bien que le système immunitaire soit depuis longtemps exploré comme piste potentielle de la lutte contre le cancer, l'immunothérapie sous sa forme actuelle a profondément modifié le traitement du cancer grâce aux résultats spectaculaires obtenus dans certaines localisations cancéreuses notamment les cancers du poumon et le mélanome. Dans ces pathologies particulièrement meurtrières, elle a permis d'obtenir des réponses sans précédent chez des patients lourdement atteints et a suscité de ce fait de nombreux espoirs.

Un espoir pour les patients

Il s'agit d'une avancée majeure pour les patients, source de beaucoup d'espoir mais aussi des réactions plus nuancées. Alors que l'on pourrait s'attendre de la part des associations de patients à un plaidoyer en faveur d'un accès aux thérapeutiques onéreuses pour tous indépendamment du coût, la Ligue Nationale Contre le Cancer a publié des propositions (44) parmi lesquelles « la prescription pertinente comme outil d'équité dans l'accès aux médicaments innovants » invitant à surveiller et à mesurer la pertinence des prescriptions. Cela s'est également soldé par le lancement d'une pétition en 2016 <https://www.cancers-chers-medicaments.fr/>.

On soulignera aussi la Campagne de Médecins du Monde baptisée le Prix de la Vie (13). Une campagne choc visant à dénoncer le prix trop élevé des médicaments en insistant plus particulièrement sur le rôle de l'industrie pharmaceutique. Cette campagne principalement par le biais d'affiches, a fait l'objet de censure avec interdiction d'affichage sur l'espace public par les compagnies d'affichage qui avançaient le risque de réactions négatives de la part de l'industrie pharmaceutique que pourraient susciter ces affiches ainsi que la référence à des maladies graves qui pourraient être perçue comme choquante par les personnes souffrant de ces pathologies.

Selon la presse (45,46) , l'Autorité de Régulation Professionnelle de la Publicité justifie sa décision dans une lettre envoyée à Médecins du monde : « Nous attirons tout particulièrement votre attention sur le risque de réaction négative que pourrait susciter l'axe de communication choisi de la part des représentants de l'industrie pharmaceutique. En effet, les entreprises ainsi mises en cause pourraient estimer qu'une telle campagne porte atteinte à leur image, leur cause un grave préjudice et décider d'agir en ce sens. »

Figure 9 : Affiches de la campagne de Médecins du Monde : Le prix de la Vie

Source : Médecins du Monde, Le Prix de la vie

**BIEN PLACÉ
UN CANCER
PEUT
RAPPORTER
JUSQU'À
120 000 EUROS.**

Signez la pétition pour
faire baisser le prix des médicaments
sur www.leprixdelavie.com



**AVEC L'IMMOBILIER
ET LE PÉTROLE,
QUEL EST
L'UN DES MARCHÉS
LES PLUS
RENTABLES ?
LA MALADIE.**

Signez la pétition pour
faire baisser le prix des médicaments
sur www.leprixdelavie.com



Un espoir pour les médecins

Il s'agit également d'un espoir pour les médecins, qu'ils soient chercheurs ou non. D'une part car cela rajoute une arme à l'arsenal thérapeutique contre le cancer mais également parce que cela a ouvert un champ nouveau pour la recherche à la fois clinique et fondamentale.

Décrite comme « une bouée inespérée » par un médecin interrogé, cela souligne ce changement radical dans le monde de l'oncologie thoracique et cet espoir d'avoir, « enfin quelque chose qui marche ». On retrouve ainsi sans surprise les champs lexicaux du merveilleux et de l'espoir dans les discours.

Un espoir véhiculé par les médias

Le message véhiculé par les médias a largement contribué à diffuser le message de la révolution que représente l'arrivée de l'immunothérapie en oncologie. Certains prescripteurs précisent ainsi que les patients arrivent en consultation demandeurs d'immunothérapie, portés par ce message d'espoir.

Une simple recherche des articles publiés en lien avec l'immunothérapie rejoint les champs lexicaux développés par les cliniciens. On retrouve ainsi « Immunothérapie: Nobel salue une révolution contre le cancer » (L'Express, Stéphanie Benz, Octobre 2018) , « l'immunothérapie : une révolution pour la prise en charge du cancer du poumon » (Le Figaro, Pr Jacques Cardanel, Janvier 2018) , « l'immunothérapie fait reculer le cancer du poumon » (Journal du Dimanche, 2 Juin 2019, Juliette Demey), ou encore « Cancer : l'immense espoir de l'immunothérapie intra-tumorale » (franceinfoTV, Véronique Julia, 16 Avril 2019).

Ce type d'article soulignant les résultats prometteurs de l'immunothérapie abondent généralement au moment de la révélation des résultats de principaux essais cliniques lors des grands rendez-vous de l'Oncologie que constituent le Congrès de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) qui se déroule tous les mois de Juin à Chicago et le congrès de l'European Society of Medical Oncology (ESMO) en Septembre-Octobre dans différentes villes d'Europe.

Une réalité plus nuancée

Si l'apport de l'immunothérapie est indéniable, il convient néanmoins de souligner quelques réserves. L'immunothérapie n'a, à ce jour, pas démontré son efficacité dans l'ensemble des localisations cancéreuses même si les recherches se multiplient.

Par ailleurs, tous les patients ne sont pas répondeurs ; on estime qu'entre 20-30% des patients sont répondeurs dans le cancer du poumon métastatique par exemple d'où l'intérêt de développer des biomarqueurs fiables qui permettraient d'identifier les bons répondeurs à ce traitement.

De ce fait, on notera la précaution des cliniciens envers les patients demandeurs spécifiquement d'immunothérapie « il ne faut pas la sur vendre ». Dans d'autres localisations, les patients ayant entendu parler d'immunothérapie peuvent également l'évoquer et expliquer que, à ce jour, l'immunothérapie n'est pas indiquée dans leur cas est fréquemment source de déception pour le patient et sa famille.

De nouveaux défis

Les défis soulevés par l'immunothérapie sont nombreux tant sur le plan clinique, de la recherche que du fonctionnement du système santé.

Sur le plan clinique, le mode d'action des traitements est radicalement différent de celui des chimiothérapies et implique que les professionnels de santé se forment à la bonne prescription et surveillance de ces traitements. Une vigilance toute particulière est accordée à la gestion de la toxicité de ces thérapeutiques nouvelles, encore trop méconnue en dehors des médecins spécialistes. Ainsi, un épisode de diarrhées qui pourraient constituer un effet secondaire classique d'une chimiothérapie, constitue un signe d'alerte pouvant conduire à une colite d'une particulière gravité en l'absence de diagnostic précoce et d'une prise en charge adéquate qui repose sur l'administration sans tarder d'une corticothérapie.

Sur le plan de la recherche, les défis sont innombrables tant en termes de recherche clinique que fondamentale. En recherche clinique, comment placer l'immunothérapie par rapport aux autres traitements ? Monothérapie ? Association ? A quel stade de la maladie ? Combien de temps ?

La recherche fondamentale se concentre sur l'identification des nouveaux acteurs du système immunitaire, potentiels cibles des immunothérapies du futur (47).

En ce qui concerne le système de santé, les défis sont nombreux de l'organisation des services hospitaliers à la gestion des budgets hospitaliers en passant par l'adaptation du circuit du médicament à l'arrivée massive de molécules innovantes sur le marché.

Changement de paradigme de la prise en charge du cancer du poumon métastatique

En moins de cinq ans, l'immunothérapie a bouleversé le traitement du cancer du poumon avec des perspectives très prometteuses en situation métastatique. L'immunothérapie est actuellement prescrite également en phase adjuvante dans le cadre du cancer du poumon localement avancé (35) et demain, en phase adjuvante (48).

Définition du paradigme

Dans le dictionnaire Larousse, on retrouve qu'un paradigme, du grec παραδειγμα (exemple, modèle), est « en grammaire traditionnelle, ensemble des formes fléchies d'un mot, pris comme modèle. En linguistique structurale, ensemble des unités qui peuvent commuter dans un contexte donné. En doctrine économique, choix de problèmes à étudier et des techniques propres à leur étude ».

Thomas Samuel Kuhn précise son utilisation dans le domaine de la science en précisant qu'un paradigme naît « d'une découverte scientifique universellement reconnue qui, pour un temps, fournit à la communauté de chercheurs des problèmes type et des solutions »(49). Kuhn insiste sur le fait qu'avec le changement de paradigme, la manière de percevoir et de comprendre la réalité se modifie profondément. « Bien que le monde ne change pas après un changement de paradigme, l'homme de science travaille désormais dans un monde différent ».

Il s'agit donc d'un changement radical de modèle qui invite à reconsidérer l'ensemble du cadre nosologique. Un paradigme est par définition temporaire et toute recherche ultérieure aura pour objectif de venir renverser ce paradigme.

Bouleversement

L'appropriation du terme « paradigme » par les cliniciens est donc lourde de conséquences en ce qu'ils conçoivent l'arrivée de l'immunothérapie comme un profond bouleversement dans leur système de pensée.

Cela est d'autant plus vrai que ce bouleversement s'est imposé en pratique clinique en moins de cinq ans ce qui sous-entend à la fois une grande capacité d'adaptabilité des professionnels de santé mais également un devoir d'actualisation permanent des savoirs.

Omniprésence de l'immunothérapie

On note, notamment dans le domaine de la recherche en cancérologie, une omniprésence de l'immunothérapie. Il semblerait que l'arrivée de l'immunothérapie ait freiné en contrepartie toute autre perspective d'avancée scientifique.

Un exemple intéressant est développé par un des interrogés qui compare l'avènement de l'immunothérapie en Oncologie à celui de la voiture électrique dans le monde de l'automobile. « Tout

le monde s'est engouffré là-dedans comme les constructeurs de bagnole se sont engouffrés dans la voiture électrique et on a arrêté de discuter. C'est l'avenir, on change le paradigme du traitement systémique du cancer. Bon, je ne suis pas contre. La bagnole électrique non plus. Mais faut m'expliquer que ça pollue moins. Faut m'expliquer comment on fait l'énergie de la voiture électrique, comment on assume tout ce qui a autour, ce qu'on va faire des batteries des voitures électriques. »

Il souligne ainsi la nécessité d'apporter des preuves irréfutables de l'efficacité de l'immunothérapie, d'en préciser les indications mais également la nécessité d'avoir une vision à long terme. Par ailleurs, ce dernier souligne en contrepartie l'absence de nouvelle molécule de chimiothérapie dans le cancer du poumon depuis plusieurs décennies. « Que fait-on des patients non répondeurs à l'immunothérapie ? »

L'importance de la casuistique

Dans notre travail, la majorité des médecins interrogés a développé un cas particulier de patient répondeur à l'immunothérapie qui venait compléter le cadre strict des recommandations.

L'expression de ces cas particuliers revêt une signification particulière pour les cliniciens. De formidables réussites mais également des exemples qui amènent à reconsidérer le paradigme, en questionnant la sélection des patients et en influençant ainsi indirectement la prise en charge des patients ultérieurs.

Historique

L'histoire de la médecine s'est construite à partir de la description de cas cliniques. La médecine hippocratique était une médecine de transmissions des savoirs, d'observation des maîtres auprès des malades. Le cas clinique aujourd'hui fait partie de la méthode d'évaluation des futurs médecins en ce qu'il est ce qui s'apparente le plus à une consultation médicale.

L'observation clinique et l'Evidence Based Medicine

De nos jours, l'observation de cas cliniques, également appelée « case report » lorsque ces derniers sont publiés, n'est pas bien considérée au sein de l'Evidence Based Medicine qui a sacré les essais cliniques randomisés comme moyen privilégié d'accéder à la preuve scientifique.

Néanmoins, l'observation clinique en ce qu'elle constitue le pilier de l'apprentissage de la médecine, exerce un effet indéniable à la fois sur la personnalité et les prises de décisions futures du clinicien. Cela se manifeste d'ailleurs dans l'apprentissage de la médecine où, régulièrement, l'interne

commence son apprentissage de l'écriture d'article scientifique par la rédaction d'une observation clinique rencontrée lors de son exercice.

Impact de la casuistique sur le prescripteur

Dans l'ouvrage *L'émergence des de la médecine scientifique*, est développé le fait qu'« il reste exceptionnel qu'un rapport de cas assure à lui seul une conclusion irrécusable. Ordinairement, il renforce la plausibilité d'une hypothèse avec des arguments forts en sa faveur, en attendant des études plus probantes. » (50)

On peut supposer que cet effet est d'autant plus important qu'il s'agit de thérapeutiques nouvelles et que le clinicien va ainsi se nourrir de l'expérience des traitements de ses propres patients pour juger de l'efficacité des traitements « dans la vraie vie ». On peut sans doute y rattacher l'enthousiasme des prescripteurs qui constatent parmi leurs patients de formidables réponses à l'immunothérapie qualifiées de « miracles ».

Dans « The power of stories over statistics », (51) un pédiatre américain, expert de l'ictère néonatale raconte la force de persuasion que peut constituer une histoire particulière et la tentation de s'écarter d'une attitude recommandée, consensuelle du fait d'une précédente histoire particulière.

Cela peut avoir un impact plus important dans une situation d'incertitudes.

Dans « Judgement Under Uncertainty : heuristic and Biases » (52), les auteurs se sont justement intéressés à l'heuristique par laquelle un individu fait un choix dans une situation d'incertitude. Ils détaillent ainsi trois principes permettant la simplification du processus complexe d'évaluation des probabilités de chaque choix.

Ils distinguent ainsi trois principes heuristiques : l'heuristique de représentativité ou similitude, l'heuristique de disponibilité et l'heuristique d'ajustement.

Dans l'heuristique de représentativité, l'individu utilise des présupposés sur le sujet qui vont influencer sa prise de décision et risque ainsi de faire des rapprochements qui n'ont pas lieu d'être. Un des exemples cités dans l'article est celui de présenter un individu comme timide et de s'interroger sur son métier potentiel parmi lesquels libraire, ingénieur, agriculteur, etc. Le choix de l'interrogé se fait en fonction de ce qui lui a été transmis de la personnalité de l'individu et du stéréotype de métier qu'il estime le plus similaire, en l'occurrence le stéréotype du libraire.

Avec l'heuristique de disponibilité, il s'agit d'estimer la probabilité d'un événement extérieur par rapport à la probabilité d'un événement qui nous est connu. L'un des exemples cités est celui d'estimer le risque d'infarctus chez les personnes d'une cinquantaine d'années dans la population générale. Le choix sera dépendant de la répartition de cette pathologie au sein de son propre entourage.

Avec l'heuristique d'ajustement, une première estimation « spontanée » est faite puis ajustée pour arriver à une décision finale. Cette dernière peut être influencée par des données nouvelles ou des avis extérieurs.

Ces théories ne rendent pas compte du processus complexe de la décision mais permettent de nuancer l'omniprésence des statistiques notamment en ce qui concerne la prescription médicale. On retrouve dans la prise de décision un impact non négligeable, quoique difficilement chiffrable, des expériences antérieures du praticien et des conséquences de ses choix.

Le respect des recommandations

Le respect des recommandations = une exigence

En marge de l'importance de la casuistique, tous les médecins interrogés insistent sur l'importance du respect des recommandations actuelles.

Cela suggère un effort important pour le médecin dans ce monde de connaissances qui évoluent rapidement, un impératif devoir d'actualisation des connaissances. Dans le domaine de l'Oncologie Thoracique, les recommandations européennes de prise en charge sont réactualisées de manière annuelle voire semestrielle selon les avancées. L'obsolescence potentielle des recommandations fonction des avancées de la science requiert une vigilance particulière de la part des cliniciens.

Particularités individuelles du patient

A ces recommandations générales, comment intégrer les particularités du patient ? En oncologie, on parle de plus en plus de traitement personnalisé du patient (53). Malgré cet intitulé, il ne s'agit pas à proprement parler d'adapter au patient mais plutôt aux caractéristiques génétiques et moléculaires de la tumeur que le patient présente et de proposer un traitement ciblé contre les altérations génomiques retrouvées au sein de la tumeur.

Il s'agit d'une des ambitions du CARPEM (Cancer Research for Personalized Medicine) qui réunit plus de 350 médecins et chercheurs dédiés aux soins et à la recherche en oncologie et dont l'un des défis est « d'apporter des solutions qui amélioreront le pronostic des patients en définissant mieux leur maladie, en identifiant de nouvelles cibles thérapeutiques » (54)

On peut également citer l'essai Moscato(55), mené à l'Institut Gustave Roussy qui s'intéressait à la prise en charge des patients présentant des cancers très évolués pour lesquels il n'y a pas de thérapeutique consensuelle disponible et qui se proposait d'effectuer une analyse génomique complète de leur tumeur et de les traiter selon les altérations génomiques présentées, indépendamment de la localisation cancéreuse initiale. Cette approche va à l'encontre des principes de prise en charge en oncologie et souligne la place prépondérante accordée à la biologie de nos jours d'autant plus que cet essai fut concluant, apportant une preuve de l'intérêt des analyses génomiques à haut débit dans le cancer même si cela se doit d'être confirmé sur des séries plus fournies.

L'intégration des données génomiques dans le processus de décision associée à la perpétuelle arrivée de nouveaux essais cliniques tendent à transformer la décision médicale en oncologie et supposent un réel effort d'adaptation et de formation des professionnels de santé. (56)

La discussion avec les autres professionnels

La RCP : un espace d'échange

Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires furent introduites par le plan cancer 2003-2007 (57) et la circulaire du 22 février 2005 de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) relative aux soins en cancérologie (58). Elles permettent au médecin référent de chaque patient de présenter le dossier de son patient pour discuter de la prise en charge adéquate à la lumière des référentiels en place s'ils existent ou, le cas échéant, d'adopter une position collégiale. Elles sont donc un espace privilégié d'échanges.

Même si cet avis est consultatif et ne s'impose pas au médecin référent, les médecins interrogés soulignent l'importance de la RCP surtout lorsqu'il s'agit de dossiers difficiles ou de situations particulières qui ne s'intègrent pas aux référentiels habituels. La RCP peut également être perçue comme un espace de partage de la responsabilité médicale, le médecin n'étant plus seul face à son patient et à sa décision médicale mais bénéficiant de l'avis de ses pairs.

Importance de la pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité, indispensable au déroulement d'une RCP, étend cette notion d'échanges non seulement aux spécialistes d'un même domaine mais également à d'autres professionnels de santé du radiologue à l'anatomopathologiste en passant par l'infirmier d'annonce. Cette complémentarité des

approches joue un rôle important à la fois pour discuter de la meilleure prise en charge pour un patient donné mais également à visée pédagogique entre professionnels d'un même domaine au sens large.

Relation avec les pharmaciens

Les pharmaciens ont toujours été impliqués en oncologie, le premier article référencé dans Pubmed revient à Kaiser en 1948 (59). Cette collaboration s'est faite plus importante qu'à la fin des années quatre-vingts ont été mis en place des pharmacies centralisées pour la préparation des médicaments visant à protéger l'ensemble des intervenants de la santé des effets potentiellement délétères associés à l'exposition professionnelle aux médicaments dangereux (60).

La modification de la pharmacopée anti-cancéreuse a également entraîné une diversification des rôles potentiels des pharmaciens. Ils jouent un rôle essentiel de contrôle des prescriptions hospitalières mais aussi dans la surveillance et la déclaration des effets indésirables. A l'ère des thérapies ciblées par voie orale, ils participent également à l'éducation thérapeutique des patients.

Les deux dernières décennies ont confirmé l'importance de compter sur la contribution des pharmaciens avec le développement de nombreux nouveaux médicaments coûteux, reposant sur de nouvelles approches thérapeutiques et intégrant la pharmacogénomique.

Ce rôle prépondérant des pharmaciens est perçu par les cliniciens qui, pour certains, invitent les pharmaciens à participer aux RCP d'oncologie afin de participer également aux discussions concernant les décisions thérapeutiques.

Les connaissances des cliniciens en médico-économie

Connaissances accrues et conscience de la problématique

Discuter de la problématique du coût des traitements innovants avec des cliniciens a permis de constater qu'ils étaient conscients de cette problématique, et pour certains connaisseurs des méthodes d'évaluation medio-économiques et du circuit du médicament.

Dans une étude américaine récente (61) réalisée auprès de plus de 1000 médecins prenant en charge des patientes atteintes de cancer du sein parmi lesquels des chirurgiens, des oncologues et des radiothérapeutes, il apparaît que les oncologues avaient un niveau de conscience de la problématique importante et plus élevée que les autres professionnels de santé. Cela peut être corrélé à la prescription au quotidien de ces traitements et aux nombres grandissants de publications s'intéressant à la médico-économie dans le domaine de l'oncologie.

Investissement de leur rôle

Pour les cliniciens interrogés, il ne s'agit pas d'une simple prise de conscience de la problématique mais également de l'investissement de leur rôle en émettant des commentaires et proposant des solutions à la fois en terme d'arbitrage entre les traitements, de responsabilité des financeurs et du décideur mais également de l'application au quotidien.

Certains d'entre eux font preuve d'un investissement plus conséquent en ce qu'ils sont investigateurs de Programme de Recherche Médico-Economique qui sont des recherches ayant pour objet l'évaluation médico-économique des technologies de santé à vocation diagnostique, thérapeutique ou de dépistage, préalablement validées lors d'un essai clinique. (62)

L'objectif principal étant médico-économique, on peut facilement imaginer que ce type de démarche requiert de la part d'un clinicien des connaissances différentes de son activité habituelle et souligne un intérêt pour ce domaine.

Avis du pharmacien

Questionner des pharmaciens sur le rôle des médecins par rapport à leurs prises de décisions a permis par ailleurs d'explorer ce rôle d'un point de vue extérieur. « C'est aux dirigeants de prendre des décisions parce que là tout ce qu'ils font c'est rejeter sur les docteurs la responsabilité de dire non à des gens alors que eux ont obligation de donner le meilleur de la science à chaque patient. »

Cette réflexion de la part d'un pharmacien est importante en ce qu'elle apparaît comme une validation externe du rôle du médecin et vient corroborer les propos de ces derniers sur la responsabilité médicale qui incombe au prescripteur.

Un système de santé « magique » : l'exception française

Fonctionnement du système français

Le système de santé français repose sur le principe de solidarité. La solidarité est au cœur du lien social ; c'est tout un ensemble de droits et de devoirs réciproques entre les personnes, les institutions, les

professionnels, etc. L'Assurance Maladie organise un système de droits selon les besoins en mutualisant, entre biens portants et malades (des solidarités dites horizontales) des contributions obligatoires, dues selon les ressources (des solidarités dites verticales). (63)

Comparatif avec les autres systèmes de santé

Ce système de santé français fondé sur la solidarité constitue une spécificité française. Cette vision solidaire de la santé influence les discussions concernant la prise en charge de la maladie en France.

Aux Etats-Unis, la discussion entre les patients et leurs médecins concernant le prix de leur prise en charge est plus fréquente car, en l'absence d'assurance privée, le reste à charge pour les patients est extrêmement élevé (64). On retrouve ainsi dans une étude récente (65), que dans 45% des cas, les patients discutent avec leurs oncologues de la toxicité économique des traitements, ces discussions concernant principalement des questions d'assurance et de baisses de revenus ou pertes de capital en lien avec la perte d'activité professionnelle.

Le système de santé britannique quant à lui, le « National Health Service » (NHS), fondé en 1948, est national et financé par l'impôt. Concernant la prise en charge des thérapeutiques innovantes, ils ont adopté les résultats des évaluations médico-économiques comme critère de remboursement(66) ou non des thérapeutiques avec des seuils dépendants des pathologies. Ainsi le seuil le plus utilisé est celui de £20 000 (US \$27 735) par QALY gagné néanmoins ce seuil peut s'élever à £30 000 (US \$41 603) voire à £50 000 (US \$69 339) selon certains critères, par exemple en ce qui concerne les traitements prescrits à des patients ayant une espérance de vie estimée à moins de vingt-quatre mois.

La pluralité de fonctionnement des systèmes de santé étrangers invite à considérer les données médico-économiques des autres pays avec la plus grande prudence.

Eloge du système français

Tous les interrogés ont ainsi souligné « la magie » du système français. L'immunothérapie amène à expliciter quelque chose de très positif et favorable du système de santé. Devant ce constat empreint de fierté, on peut saluer cet enthousiasme même si ce dernier est nuancé par la crainte que le système ne puisse pas continuer ainsi, « on ne va pas pouvoir financer ça à l'infini ».

III. Le rôle du médecin dans les arbitrages

Le serment

Dès le serment d'Hippocrate, on retrouve la notion de devoir du médecin à l'égard de son patient « J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. »(67)

La finalité de la médecine est l'intérêt du malade: être utile ou ne pas nuire. Comme « être utile » est un idéal que le praticien ne peut pas toujours atteindre, il ajoute « ne pas nuire », c'est-à-dire qu'à défaut d'être utile, le médecin ne doit pas aggraver l'état du malade par une intervention intempestive. Au-delà des progrès accomplis depuis lors par la science médicale, cette dimension humaine de l'œuvre hippocratique est à l'origine première de l'humanisme, même entendu sous sa forme moderne des droits de l'homme.

On retrouve ces mêmes notions dans la Déclaration de Genève amendée en 2017 où il est également précisé que « j'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales (...) mais également que je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ». On note ainsi une adaptation du serment aux enjeux de la médecine actuelle.

Le médecin : un lanceur d'alerte ?

Dès l'avènement de l'immunothérapie, les oncologues furent les premiers à alerter la communauté scientifique de la problématique du prix des nouvelles thérapeutiques innovantes et l'inquiétude que des patients potentiels puissent en être écartés.

Dès 2014, l'American Society for Clinical Oncology (ASCO) avait lancé une alerte (68) quant à l'émergence des nouvelles thérapeutiques innovantes et la nécessité d'anticiper l'arrivée sur le marché en nombre des molécules innovantes dans les vingt années à venir. Pour cela, ils insistaient sur la nécessité d'utiliser dans le cadre de la recherche des critères de jugement cliniquement pertinents et précisaient également le positionnement du médecin qui, même s'il ne contrôle pas le prix des traitements, détermine la manière dont chaque traitement est prescrit et doit pouvoir s'en justifier.

En France, l'appel de 110 oncologues français a suivi de peu ce message d'alerte de leurs confrères américains. L'appel de 110 oncologues et hématologues français dans *Le Figaro* (69) fut l'initiative du Pr Jean-Paul Vernant, professeur d'hématologie et auteur des recommandations du troisième plan cancer, et Dominique Maraninchi, ancien directeur de l'Agence du médicament (ANSM) après avoir présidé l'Institut national du cancer (INCA).

Plus récemment, des oncologues espagnols se sont emparés de la question en publiant un article intitulé « This is a call to oncologists for action » (70) qui appelle à une prise de position beaucoup plus tranchée. Cet article s'adresse directement à la communauté des oncologues et pose la question suivante : les oncologues pourraient-ils jouer un rôle prépondérant de gardien de nos ressources en économie de la santé quand ils prennent des décisions médicales ? Ils concluent ainsi que les oncologues devraient aider les patients, les décideurs et les industriels à comprendre le sens réel des gains en santé, et transmettre qu'il doit y avoir des limites supérieures aux coûts. Les oncologues devraient jouer un rôle significatif dans les discussions en catégorisant les traitements qui apportent un gain cliniquement pertinent pour mériter un prix élevé, en précisant ce qui est rentable à quel prix et de manière plus importante, ce qui ne l'est pas.

Justice et médecine

Quels objectifs de santé ?

S'interroger sur le rôle qu'un médecin peut avoir dans les arbitrages impose de s'interroger sur la valeur que l'on accorde à la santé (71,72) et la manière de la mesurer. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de Santé, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Pour Canguilhem, il n'y pas de norme en santé mais une capacité plus ou moins grande (ou incapacité) de l'individu à être normatif dans son environnement « le malade n'est pas anormal par absence de norme, mais par incapacité d'être normatif » (73).

L'économie dans le domaine de la santé est dite normative parce qu'elle travaille sur un objet, la santé, considéré comme désirable. On estime qu'il est désirable pour tout individu d'être en meilleure santé à un moment donné. L'individu effectue donc des choix, en cherchant donc à utiliser le mieux possible les ressources dont il dispose : il cherche à maximiser son bien-être sous la contrainte de ses ressources. Se pose alors la question de la hiérarchisation de ces critères de choix et le poids des préférences et des besoins.

Peut-on parler d'un besoin à satisfaire en matière de santé ? (74) Si oui, comment mesurer ce besoin et les démarches pour le satisfaire ? La qualité de vie, l'allongement de la vie, le bien-être ; et comment les mesurer ?

La difficulté étant que la valeur qu'un individu accorde à sa santé exprime une préférence individuelle or la réflexion sur la juste allocation des ressources invite à réfléchir sur un plan collectif.

Comment réaliser cette exigence de justice par rapport à des préférences individuelles subjectives tout en respectant l'autonomie de l'individu ? Comment s'accorder en tant que société sur la part accordée à la santé ?

Bases théoriques

Le sens de la justice chez Aristote

Dans *Ethique à Nicomaque* (75), Aristote distingue la justice au niveau individuel de la justice au niveau collectif. La première est une vertu ; la seconde concerne les lois et relève de la raison. Il introduit une dimension civique à la notion de justice, « le juste est le bien politique, à savoir l'avantage commun ». Il distingue également la justice corrective qui régit les échanges entre les individus selon des proportions arithmétiques de la justice distributive qui s'intéresse à la juste répartition des biens dans la collectivité selon des proportions géométriques et introduit ainsi la notion d'équité.

Approche utilitariste

Le principe utilitariste de Bentham consiste à considérer qu'il faut maximiser la quantité de bonheur au sein d'une société mais n'introduit pas de principe de priorisation. Il introduit la possibilité d'une proportion arithmétique dans une logique de justice distributive.

Dans « Introduction aux principes de la morale et de la législation » (76), il définit ainsi le « principe de l'utilité » tel que le bien-être (le bonheur) est la fin dernière de l'homme, et par conséquent la recherche du plaisir constitue le motif de toute action.

Ce principe sera repris et développé par Mill (77) qui y ajoute également une dimension sociale « Chaque individu possède, dès aujourd'hui, la conviction qu'il est un être social ; et cette conviction tend à lui faire apparaître comme un besoin naturel la mise en harmonie de ces sentiments et de ses buts avec ceux de ses semblables ».

Théorie de la justice de Rawls

La théorie de la justice de Rawls (78), très prégnante aujourd'hui, s'oppose à l'utilitarisme et s'appuie sur un principe d'équité « la justice est prioritaire sur l'efficacité ».

« Personne ne connaît sa place dans la société, sa position de classe ou son statut social, non plus que personne ne connaît sa fortune dans la distribution des ressources naturelles et des capacités, son intelligence, sa force et autres choses similaires. Je vais même supposer que les parties ne connaissent pas leurs conceptions du bien ou de leurs penchants psychologiques particuliers. Les principes de justice sont choisis derrière un voile d'ignorance. »

Rawls soutient que les individus derrière le voile de l'ignorance choisiraient deux principes de justice:

- une logique de répartition : chaque personne a un droit égal aux libertés à condition qu'elles soient compatibles avec la liberté des autres.

- un principe de différence : qui affirme que nul n'a le droit de garder les avantages de sa position et que les inégalités sociales et économiques ne sont légitimes que si elles sont à l'avantage de tous et surtout au plus grand bénéfice des moins favorisés.

La justice pourrait ainsi être une chance égale d'atteindre un niveau équivalent de bien-être.

Justice distributive et équité

Egalité versus équité

L'équité se définit, selon le Larousse, comme une « qualité consistant à attribuer à chacun ce qui lui est dû par référence aux principes de la justice naturelle ». Elle se distingue ainsi de l'égalité qui consiste à reverser à chacun la même part. Selon le principe d'équité, à chaque cas différents, une part différente.

Le médecin face à l'équité

Dans *l'Ethique à Nicomaque* (75), Aristote pose la question de l'équité pour le médecin en précisant qu' « *Il faut au contraire savoir comment agir et comment partager justement. Or cela représente un travail ardu, plus considérable que de savoir ce qui est bon pour la santé. Car là aussi, le miel, le vin, l'ellébore, la cautérisation, l'amputation sont choses faciles à savoir. Mais comment user de ces moyens pour garantir la santé, à quel malade les appliquer et à quel moment, c'est tout le travail, pas moins, exigé pour être médecin.* »

Comment faire un choix ?

La question qui se pose à terme pour le clinicien, dans un contexte de contrôle de ressources publiques, est comment répondre aux besoins de santé d'une population de manière juste lorsque les ressources allouées ne permettent pas de tous les satisfaire ? Ou permettent d'en satisfaire certaines au détriment d'autres ?

En matière de justice distributive, le médecin a un premier rôle à jouer à travers le respect des indications des thérapeutiques. Ce respect des indications est une première étape permettant d'assurer une juste répartition en fonction de l'état de santé de patient, indépendamment du médecin et du lieu de prise en charge. Ce point a par ailleurs été souligné par l'ensemble des interrogés.

Par ailleurs, faut-il envisager une allocation des ressources identique à chaque citoyen ou selon l'intérêt que peut avoir chacun ? Quelles préférences sont acceptables ou légitimes ?

En matière d'équité, la décision médicale ne doit pas se faire au sacrifice de l'intérêt d'autres patients.

La gestion de l'incertitude

Si l'on estime que le médecin se doit d'effectuer un choix juste, il doit alors disposer de l'ensemble des éléments lui permettant d'effectuer un choix fondé sur des preuves. Malgré des données de la littérature de plus en plus riches concernant l'efficacité de l'immunothérapie en Oncologie Thoracique, cela rajoute une difficulté supplémentaire à la démarche du clinicien.

Pour reprendre une phrase d'un des interrogés lorsqu'il présente l'immunothérapie à ses patients « Je lui dit que ce médicament est au moins aussi efficace que la chimiothérapie, sinon plus ». Le prescripteur se retrouve ainsi, au moment de la présentation de la thérapeutique à son patient et donc à fortiori au moment de la prescription, dans une situation d'incertitude quant au meilleur choix de traitement à proposer. Cela rappelle le concept d'équipoise clinique (79), cet état de controverse collectif quant à la supériorité d'un traitement comparateur, structurant pour pouvoir justifier de la randomisation dans un essai clinique.

Cette incertitude questionne également le ratio entre la différence de prix et d'efficacité des traitements. Vu la différence des coûts, on s'attend à une différence d'efficacité substantielle. Cela contraste avec la notion de « révolution » et peut expliquer les ratios couts-efficacités très élevés des immunothérapies.

Responsabilité médicale

La question de l'équité et du choix juste entraîne celle de la responsabilité médicale. Différents types de responsabilité entrent ainsi en jeu : responsabilité juridique, responsabilité morale vis-à-vis de son patient mais également une responsabilité de justice distributive afin de pouvoir garantir à terme des traitements à tous les patients qui en ont besoin.

Interroger les prescripteurs sur ces questions revient à discuter indirectement de l'éthique qui les anime. Quelle est donc l'éthique personnelle du médecin face à son patient et devant une décision thérapeutique ?

Paul Ricoeur énonce que « le noyau éthique est la rencontre » (80) alors que Levinas indique qu'autrui est « celui qui par son visage ouvre à l'au-delà, invite au dialogue et suscite une vigilance éthique » .

Code de Déontologie

Dans son article 8, Le code de Déontologie Médicale rappelle que « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

La vocation médicale

Dans « Le métier et la vocation de savant » (81), Max Weber développe le concept de vocation scientifique en détaillant la spécialisation nécessaire dans le monde scientifique moderne à laquelle s'ajoute une « passion [...] qui n'est qu'une condition préalable de l'inspiration qui seule est décisive ». La science, au même titre que l'art, exige que le scientifique soit au service de sa cause mais, contrairement à l'art, s'inscrit également dans une dynamique de progrès qui suppose que le scientifique accepte l'obsolescence de son œuvre, perpétuellement remise en question et dépassée. Le sens de ce progrès participe à une « rationalisation intellectualiste que nous devons à la science et à la technique scientifique ».

Concernant la position du scientifique, il insiste sur un impératif de neutralité qui fait « que, chaque fois qu'un homme de science fait intervenir son propre jugement de valeur, il n'y a plus compréhension intégrale des faits. » Enfin, la science en ce qu'elle procure des connaissances, des méthodes de pensée et de discipline contribue à une œuvre de clarté et il appartient au scientifique de « faire naître en l'âme des autres la clarté et le sens de la responsabilité ».

Individu versus collectivité

Lorsqu'un clinicien prescrit un traitement pour un patient singulier, plusieurs finalités entrent en jeu. Ces finalités peuvent entrer en tension les unes avec les autres complexifiant la démarche du prescripteur. Pour Pierre Le Coz (82), « Une attitude éthique consiste à maintenir l'acuité de notre conscience des conflits de valeurs en présence, en résistant à la tentation de « décider » au sens étymologique du terme (*caedere*, « couper en tranchant »).

Pour Aristote, « ce n'est même pas « la » santé (...) que considère le médecin, mais celle de l'homme : peut-être même faudrait-il dire plutôt : celle de cet homme-ci car c'est le particulier qu'il soigne » (75).

Conclusion

La lutte contre le cancer connaît un bouleversement sans précédent avec l'arrivée de l'immunothérapie et l'instauration de la médecine personnalisée comme nouveau paradigme du traitement du cancer.

Parmi les nombreux défis que cela entraîne, le prix de ces traitements innovants onéreux alerte à la fois la société civile, les institutions et les professionnels de santé. Compte tenu de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé, comment concilier la meilleure prise en charge pour un patient donné et la prise en compte de la collectivité ? Et s'assurer qu'une dépense importante se fait bien au bénéfice des patients concernés et non plus au sacrifice d'autres patients ?

En interrogeant les professionnels de santé confrontés à cette problématique en oncologie thoracique, il apparaît que les prescripteurs sont conscients et concernés par cette problématique.

Pour l'ensemble des prescripteurs interrogés, le prix d'une thérapeutique ne rentre jamais en compte dans la prescription d'un traitement. Ils soulignent le progrès sans précédent qu'apporte l'immunothérapie pour les patients mais également les nombreuses questions en suspens pour s'assurer de la juste prescription de ces traitements. Parmi ces dernières, la nécessité de développer des biomarqueurs efficaces qui permettent d'identifier les patients répondeurs, le respect des recommandations comme exigence pour tous indépendamment du lieu de prescription et l'essentielle coordination entre les différents acteurs que sont les médecins, les pharmaciens hospitaliers, les dirigeants afin de pouvoir anticiper l'arrivée de l'innovation en pratique clinique.

La juste allocation des ressources nécessite une réflexion en terme de justice distributive dans un objectif d'équité. Cela suppose pour un prescripteur de tenir compte des besoins de son patient mais également d'autres limites collectives, notamment financières. Afin de ne pas laisser le prescripteur face à cette prise de décision, il convient d'envisager des espaces d'échanges pour favoriser une délibération collective rationnelle et argumentée.

La problématique du coût des thérapeutiques innovantes, médiatisée par la polémique autour du sofosbuvir et plus largement diffusée depuis l'arrivée de l'immunothérapie, est à nouveau d'actualité avec l'arrivée des CAR-T cells en pratique clinique (83). Il s'agit d'une immunothérapie spécifique utilisant des lymphocytes T modifiés prescrite pour l'instant dans la prise en charge de certaines leucémies aiguës et lymphomes réfractaires et réservée à des établissements spécialisés.

Cette thérapeutique, dont le coût moyen est estimé entre 300.000 et 400.000 euros par patient est expérimentée dans d'autres pathologies hématologiques tels que le myélome mais également pour les tumeurs solides. Compte tenu de l'incidence élevée des tumeurs solides et du prix d'accès à ces traitements, le débat concernant la capacité du système de santé à s'adapter à l'innovation n'en est qu'à ces débuts.

Liste des principales abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ASCO : American Society of Clinical Oncology
ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu
CEESP : Commission Evaluation Economique et de Santé Publique
CEPS : Comité Economique des Produits de Santé
EMA : European Medicines Agency
ESMO : European Society of Medical Oncology
CBNPC : Carcinome Bronchique Non à Petites Cellules
CAR-T cells : Chimeric Antigen Receptor T cells
CCNE : Comité Consultatif National d’Ethique
CESE : Conseil Economique Social et Environnemental
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer
CNEDiMITS : Commission Nationale d’Evaluation des Dispositifs Médicaux et Technologies de Santé
CT : Chimiothérapie
CTLA4 : Cytotoxic T-Lymphocyte-Associated protein 4
EBM : Evidence Based Medicine
GHS : Groupement Homogène de Séjour
HAS : Haute Autorité de Santé
INCA : Institut National Contre le Cancer
IT : Immunothérapie
L1-2 : Ligne 1-2
NSLCL : Non-Small Cell Lung Cancer
ONDAM : Objectif National des Dépenses d’Assurance Maladie
PEC : Prise en Charge
PDL-1 : Programme-Death Ligand 1
PRME : Programme de Recherche Médico-Economique
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
UCD : Unité Commune de Dispensation
UNCAM : Union Nationale des Caisses d’Assurance Maladie

Bibliographie

1. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Rapport. 1990;161.
2. Rapport INCA. Les cancers en France en 2017 : l'essentiel des faits et chiffres.
3. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999–2007 by country and age: results of EURO CARE-5—a population-based study. *The Lancet Oncology*. janv 2014;15(1):23-34.
4. Cowppli-Bony A. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. Saint Maurice : Institut de Veille Sanitaire; 2016.
5. Pajares y Sanchez C, Saout C. Prix et accès aux traitements médicamenteux innovants: mandature 2015-2020 - séance du 25 janvier 2017. Paris: Conseil économique, social et environnemental; 6. 93 p. (Les avis du CESE).
6. Denis H, Davoine C, Bermudez E, Grosjean G, Schwager M, Ifrah N, et al. Les immunothérapies spécifiques dans le traitement des cancers. *Bulletin du Cancer*. janv 2019;106(1):37-47.
7. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Autorisation de Mise sur le Marché de Médicaments à usage humain. 2014.
8. Midy F, Raimond V, Thébaud C, Sambuc C, Rumeau-Pichon C. Avis d'efficience relatifs aux produits de santé à la Haute Autorité de santé?: bilan et perspectives. *Santé Publique*. 2015;27(5):691.
9. Cercle de Réflexion Immuno-Oncologie. Livre blanc : les défis de l'immunothérapie en Oncologie. 2017.
10. IMS Health. Résultats de l'étude Intelligence 360 - Information Presse. 2016.
11. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes M des F et des CP. Lettre d'instruction prise en charge hépatite C. 2015.
12. Ligue Contre le Cancer. Prix des traitements innovants : une addition trop élevée. 2015;
13. Campagne Médecins de Monde : le Prix de la Vie [Internet]. 2016. Disponible sur:

<https://leprixdelavie.medecinsdumonde.org/fr-FR/>

14. Hughes D, Ben Lakhdar, Christian. Le rationnement des traitements onéreux : vers une éthique « économique » intergénérationnelle. *Actualité et Dossier en Santé Publique*; 2011.
15. Jean-Jacques Z. ASCO 2014 : valeur et coût en exergue. *La lettre du cancérologue*; 2014.
16. INCA. Plan Cancer 2014-2019. 2014.
17. Fridman WH. Historique de l'immunothérapie. Changement de paradigme ? *Bulletin du Cancer*. nov 2016;103:S122- 6.
18. Rouprêt M, Neuzillet Y, Pignot G, Compérat E, Audenet F, Houédé N, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – Actualisation 2018–2020 : tumeurs de la vessie. *Progrès en Urologie*. nov 2018;28(12):S46- 78.
19. Guo ZS. The 2018 Nobel Prize in medicine goes to cancer immunotherapy. *BMC Cancer*. déc 2018;18(1):1086, s12885-018-5020- 3.
20. Hodi FS, O'Day SJ, McDermott DF, Weber RW, Sosman JA, Haanen JB, et al. Improved Survival with Ipilimumab in Patients with Metastatic Melanoma. *N Engl J Med*. 19 août 2010;363(8):711- 23.
21. Lawrence MS, Stojanov P, Polak P, Kryukov GV, Cibulskis K, Sivachenko A, et al. Mutational heterogeneity in cancer and the search for new cancer-associated genes. *Nature*. juill 2013;499(7457):214- 8.
22. Gibney GT, Weiner LM, Atkins MB. Predictive biomarkers for checkpoint inhibitor-based immunotherapy. *The Lancet Oncology*. déc 2016;17(12):e542- 51.
23. Hopkins AM, Rowland A, Kichenadasse G, Wiese MD, Gurney H, McKinnon RA, et al. Predicting response and toxicity to immune checkpoint inhibitors using routinely available blood and clinical markers. *British Journal Of Cancer*. 24 août 2017;117:913.
24. Gulley JL, Berzofsky JA, Butler MO, Cesano A, Fox BA, Gnjatic S, et al. Immunotherapy biomarkers 2016: overcoming the barriers. *J immunotherapy cancer*. déc 2017;5(1):29.
25. Gandhi L, Rodríguez-Abreu D, Gadgeel S, Esteban E, Felip E, De Angelis F, et al. Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. 31 mai 2018;378(22):2078- 92.
26. Pons-Tostivint E, Latouche A, Vaflard P, Ricci F, Loirat D, Hescot S, et al. Comparative

Analysis of Durable Responses on Immune Checkpoint Inhibitors Versus Other Systemic Therapies: A Pooled Analysis of Phase III Trials. *JCO Precision Oncology*. févr 2019;(3):1- 10.

27. Reck M, Rodríguez-Abreu D, Robinson AG, Hui R, Csósz T, Fülöp A, et al. Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1–Positive Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*. 10 nov 2016;375(19):1823- 33.

28. Zhao X, Suryawanshi S, Hruska M, Feng Y, Wang X, Shen J, et al. Assessment of nivolumab benefit–risk profile of a 240-mg flat dose relative to a 3-mg/kg dosing regimen in patients with advanced tumors. *Annals of Oncology*. 1 août 2017;28(8):2002- 8.

29. Bayle A, Besse B, Annereau M, Bonastre J. Switch to anti-programmed cell death protein 1 (anti-PD-1) fixed-dose regimen: What is the economic impact? *European Journal of Cancer*. mai 2019;113:28- 31.

30. Lindeman NI, Cagle PT, Aisner DL, Arcila ME, Beasley MB, Bernicker EH, et al. Updated Molecular Testing Guideline for the Selection of Lung Cancer Patients for Treatment With Targeted Tyrosine Kinase Inhibitors: Guideline From the College of American Pathologists, the International Association for the Study of Lung Cancer, and the Association for Molecular Pathology. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. mars 2018;142(3):321- 46.

31. Adam J, Le Stang N, Rouquette I, Cazes A, Badoual C, Pinot-Roussel H, et al. Multicenter harmonization study for PD-L1 IHC testing in non-small-cell lung cancer. *Annals of Oncology*. 1 avr 2018;29(4):953- 8.

32. Planchard D, Popat S, Kerr K, Novello S, Smit EF, Faivre-Finn C, et al. Metastatic non-small cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Annals of Oncology*. 1 oct 2018;29(Supplement_4):iv192- 237.

33. NSCLC Meta-Analyses Collaborative Group. Chemotherapy in Addition to Supportive Care Improves Survival in Advanced Non–Small-Cell Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Individual Patient Data From 16 Randomized Controlled Trials. *JCO*. oct 2008;26(28):4617- 25.

34. Borghaei H, Paz-Ares L, Horn L, Spigel DR, Steins M, Ready NE, et al. Nivolumab versus Docetaxel in Advanced Nonsquamous Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 22 oct 2015;373(17):1627- 39.

35. Antonia SJ, Villegas A, Daniel D, Vicente D, Murakami S, Hui R, et al. Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 16 nov 2017;377(20):1919-29.
36. Forde PM, Chaft JE, Smith KN, Anagnostou V, Cottrell TR, Hellmann MD, et al. Neoadjuvant PD-1 Blockade in Resectable Lung Cancer. *N Engl J Med*. 16 avr 2018;378(21):1976-86.
37. Herbst RS, Baas P, Kim D-W, Felip E, Pérez-Gracia JL, Han J-Y, et al. Pembrolizumab versus docetaxel for previously treated, PD-L1-positive, advanced non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-010): a randomised controlled trial. *The Lancet*. avr 2016;387(10027):1540-50.
38. Mok TSK, Wu Y-L, Kudaba I, Kowalski DM, Cho BC, Turna HZ, et al. Pembrolizumab versus chemotherapy for previously untreated, PD-L1-expressing, locally advanced or metastatic non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-042): a randomised, open-label, controlled, phase 3 trial. *The Lancet*. mai 2019;393(10183):1819-30.
39. Finch J. The Vignette Technique in Survey Research. *Sociology*. févr 1987;21(1):105-14.
40. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. A. Colin; 2012.
41. Avis Commission de la Transparence. Pembrolizumab : avis du 07 Novembre 2018.
42. Programme de gestion thérapeutique des médicaments. Nivolumab : quelle stratégie posologique devrait-on privilégier : dose en fonction du poids, dose fixe ou dose en fonction du poids avec une dose maximale? 2018.
43. Espace de réflexion éthique région Centre, – CHRU Tours. Médicament, coût et éthique. 2014.
44. La Ligue Contre le Cancer. Accès aux médicaments innovants et coûteux. 2015.
45. Lebrun M. Une campagne de Médecins du monde censurée ? *Le Point*. 13 juin 2016;
46. Garnier J. Une pub provocatrice de Médecins du monde dénonce les prix des médicaments. *Le Monde*. 13 juin 2016; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2016/06/14/la-guerilla-marketing-de-medecins-du-monde-pour-denoncer-les-prix-des-medicaments_4950220_3224.html#
47. Zhang C, Leighl NB, Wu Y-L, Zhong W-Z. Emerging therapies for non-small cell lung cancer. *J Hematol Oncol*. déc 2019;12(1):45.
48. Gajewski TF. Fast Forward — Neoadjuvant Cancer Immunotherapy. *N Engl J Med*. 24

mai 2018;378(21):2034-5.

49. Meyer L. La Structure des révolutions scientifiques = The Structure of scientific revolutions. Paris: Flammarion; 1983.
50. Fagot-Largeault A, Dupont J-CK, Guillin V. L'émergence de la médecine scientifique [Internet]. 2012 [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <http://public.ebib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3330298>
51. Newman TB. The power of stories over statistics. *BMJ*. 20 déc 2003;327(7429):1424-7.
52. Tversky A, Kahneman D. Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science*. 27 sept 1974;185(4157):1124-31.
53. Le Tourneau C. Le traitement personnalisé du cancer: une utopie devenue réalité. *Huffington Post*. 5 oct 2016;
54. CARPEM. Présentation du CARPEM. Disponible sur: www.carpem.fr
55. Massard C, Michiels S, Ferté C, Le Deley M-C, Lacroix L, Hollebecque A, et al. High-Throughput Genomics and Clinical Outcome in Hard-to-Treat Advanced Cancers: Results of the MOSCATO 01 Trial. *Cancer Discov*. juin 2017;7(6):586-95.
56. Ferté C, Degiovanni C. La décision médicale en oncologie : évolutions récentes. *Laennec*. 2015;63(2):8.
57. INCA. Plan Cancer 2003-2007.
58. Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
59. Kaiser RF. The pharmacist's place in cancer control. *Public Health Rep*. 27 août 1948;63(35):1111-4.
60. Barbier A, Nguyen K-D. Rôle et impact du pharmacien en oncologie : revue de la littérature. 2017;36:20.
61. Resnicow K, Patel MR, Mcleod MC, Katz SJ, Jagsi R. Physician attitudes about cost consciousness for breast cancer treatment: differences by cancer sub-specialty. *Breast Cancer Res Treat*. janv 2019;173(1):31-6.
62. INCA. Les actions de recherche en cancérologie - Rapport scientifique 2017. 2018.
63. Avis de la Conférence Nationale de Santé (CNS) sur les solidarités en santé. Pour une

évolution solidaire du système de santé. 2013.

64. Chino F, Peppercorn JM, Rushing C, Kamal AH, Altomare I, Samsa G, et al. Out-of-Pocket Costs, Financial Distress, and Underinsurance in Cancer Care. *Out-of-Pocket Costs, Financial Distress, and Underinsurance in Cancer Care*. *Letters. JAMA Oncology*. 1 nov 2017;3(11):1582-4.
65. Hamel LM, Penner LA, Eggly S, Chapman R, Klamerus JF, Simon MS, et al. Do Patients and Oncologists Discuss the Cost of Cancer Treatment? An Observational Study of Clinical Interactions Between African American Patients and Their Oncologists. *JOP*. mars 2017;13(3):e249-58.
66. Dillon A. NICE, the NHS, and Cancer Drugs. *JAMA*. 27 févr 2018;
67. Touwaide A. Jacques Jouanna, Hippocrate. *L'Antiquité Classique*. 1993;415-6.
68. ASCO. ASCO Position Statement on Addressing the Affordability of Cancer Drugs.pdf. ASCO; 2014.
69. Mascret D. L'appel de 110 Cancérologues contre le coût des traitements. *Le Figaro*. 14 mars 2016; Disponible sur: <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/03/14/24737-lappel-110-cancerologues-contre-cout-traitements>
70. Micó C, Berrocal A, Blasco A, Caballero C, Iranzo V, Lobo M, et al. This is a call to oncologists for action. *Clin Transl Oncol*. déc 2018;20(12):1493-501.
71. Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med*. 23 déc 2010;363(26):2477-81.
72. Goulart BHL. Value: The Next Frontier in Cancer Care. *The Oncologist*. juin 2016;21(6):651-3.
73. Canguilhem G. *Le normal et le pathologique*. 12e édition. Paris: Puf; 2013. 290 p. (Quadrige).
74. Baertschi B. Justice et santé. Chacun doit-il recevoir des soins en proportion de ses besoins ? *Revue de métaphysique et de morale*. 2002;33(1):83-101.
75. Aristoteles. *Ethique à Nicomaque: nouvelle traduction avec introduction, notes et index* par J. Tricot. Paris; 1994.
76. Bentham J. *Introduction aux principes de morale et de législation: traduction du centre Bentham*. Paris: Vrin; 2011.
77. Mill JS. *L'utilitarisme*. Broché; 2008.
78. Rawls J. *Théorie de la justice*. Paris: Ed. du Seuil; 2009.

79. Freedman B. Equipoise and the Ethics of Clinical Research. N Engl J Med. 16 juill 1987;317(3):141-5.
80. René L. Code de déontologie médicale. Paris: Editions du seuil; 1996.
81. Weber M. Le savant et le politique. Paris: Éditions 10-18; 1963.
82. Le Coz P. L'exigence éthique et la tarification à l'activité à l'hôpital. Revue de philosophie économique. 2009;10(1):35.
83. Miliotou AN, Papadopoulou LC. CAR T-cell Therapy: A New Era in Cancer Immunotherapy. CPB. 31 mai 2018;19(1):5- 18.

Table des figures

Figure 1 : Dépenses associées aux immunothérapies spécifiques (nivolumab, pembrolizumab, ipilimumab) entre 2013 et 2016.....	11
Figure 2 : Circuit des avis de la Haute Autorité de santé dans le processus d'accès au remboursement et de fixation des prix.....	13
Figure 3 : Historique de l'immunothérapie	19
Figure 4 : potentiel immunogène des tumeurs cancéreuses chez l'homme	20
Figure 5 : Recommandations ESMO pour la prise en charge du cancer du poumon non à petites cellules métastatique.....	26
Figure 6 : Caractéristiques sociodémographiques des interrogés	34
Figure 7 : Réponse à la vignette : la première ligne.....	37
Figure 8 : Réponse à la vignette : la deuxième ligne.....	39
Figure 9 : Affiches de la campagne de Médecins du Monde : Le prix de la Vie	59

Annexes

Annexe 1 : Mail envoyé pour la demande d'entretien

Bonjour Dr Y ,

Je suis interne en Oncologie Médicale à Rouen en fin d'internat. Actuellement en Master 2 d'Éthique Médicale à l'Université Paris Descartes, je réalise un travail de recherche au sein du laboratoire de recherche d'Éthique Médicale de l'Université Paris Descartes.

Je réalise un mémoire sur les modalités de prescription des nouvelles thérapies anti-cancéreuses particulièrement en Oncologie Thoracique, sous la direction de Mr Jean-Claude K. Dupont, éthicien spécialisé en recherche clinique.

Je me permets donc de vous solliciter pour un entretien dans le cadre de mon travail de recherche.

Seriez-vous disponible pour me rencontrer ?

Si vous êtes d'accord, l'entretien sera enregistré puis anonymisé pour l'analyse. Par ailleurs, les résultats de l'étude vous seront bien entendu communiqués si vous le souhaitez.

Bien respectueusement,

Nathalie Olympios

Etudiante en Master II d'Éthique Médicale

Interne en Oncologie Médicale

Annexe 2 : Grille d'entretien

Partie 2 : questions ouvertes

1° Dans le cadre de votre pratique quotidienne, quelle est la part de l'immunothérapie dans vos prescriptions ?

2° Comment qualifiez-vous l'apport de l'immunothérapie en Oncologie Thoracique ?

3° Comment présentez-vous cette thérapeutique à vos patients ?

4° Avez-vous déjà abordé la dimension économique des traitements innovants lors de discussions avec vos collègues, de manière formelle (RCP) ou non ?

5° Avez-vous déjà abordé la question de la gestion du budget des traitements innovants avec un collègue pharmacien ?

6° Avez-vous déjà abordé la question de la gestion du budget des traitements innovants avec votre direction ?

7° Avez-vous déjà évoqué le prix d'un traitement avec un patient ?

8° Avez-vous l'impression que l'évaluation actuelle des médicaments en vue de leurs remboursements est suffisamment rapide par rapport aux avancées thérapeutiques ?

9° Que pensez-vous du conditionnement de l'immunothérapie en flat dose plutôt qu'en dose-poids ?

10° Etes-vous inquiet de l'accès à l'innovation pour vos patients présents et futurs ?