



Surtraitement des cancers du sein : réflexions de l'Académie nationale de médecine

J. Rouëssé

► To cite this version:

J. Rouëssé. Surtraitement des cancers du sein : réflexions de l'Académie nationale de médecine. 33^e Journées de la Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire (SFSPM), Marseille, 2011. Cancer du sein : surdiagnostic, surtraitement. A la recherche d'un nouvel équilibre, Nov 2011, Marseille, France. pp.132. <hal-03575834>

HAL Id: hal-03575834

<https://hal.science/hal-03575834v1>

Submitted on 15 Feb 2022

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.



HAL Authorization

Les cancers infiltrants de bon pronostic : trop ou pas assez ?

Surtraitement des cancers du sein :
réflexions de l'Académie nationale de médecine
*Overtreatment of breast cancer: reflexions
of the French National Academia of Medicine*

J. Rouëssé

Mots clés : chimiothérapie, hormonothérapie, thérapies ciblées, économie de la santé

Keywords: chemotherapy, hormonal treatment targeted therapies, health economics

En France, selon le Plan Cancer 2003-2007, l'Assurance maladie dépense pour le cancer de l'ordre de 14 milliards d'euros/an contre 17 milliards d'euros/an pour les maladies cardio-vasculaires. La dépense moyenne pour 2006 par patient étant de 26 777 € en cas d'insuffisance rénale avancée, de 7 551 € pour les maladies cardio-vasculaires et de 10 075 € pour les cancers. Entre 2004 et 2007, ces dépenses ont cru de 7,2 % pour le cancer, de 8,5 % pour les maladies cardio-vasculaires, de 16,1 % pour la maladie d'Alzheimer et les démences.

En 2008, les dépenses concernant les anti-néoplasiques et les anti-infectieux, soit près de 50 % du marché, sont en croissance de + 6,2 %. Les 5 premiers

Notes

produits (Herceptin®, Taxotère®, Mabthéra®, Avastin®, Remicade®), représentent près de 20 % du marché hospitalier.

Selon le rapport publié par l'INCa en 2010 [1], les dépenses d'anticancéreux de la liste en sus des tarifs de GHS s'élevaient, dans les établissements publics et Espic (donc hors secteur privé) à 1,04 milliards d'euros en 2009, soit 6,5 % de plus qu'en 2008. Malgré une certaine stabilité des prix, la progression des dépenses impliquées par ces molécules est, de loin, bien supérieure à celle de l'ensemble des médicaments¹. Les prix de ces médicaments connaissent une croissance très forte, et atteignent des niveaux jusque-là méconnus.

En 2007, la France est parmi les pays qui consacrent le pourcentage le plus important de ses dépenses de santé au cancer (6,6 %), (7,2 % en Allemagne, 6,4 % en Suède, 5,6 % aux Pays-Bas et au Royaume-Uni). Pour traiter les cancers la France dépense 205 € par habitant et par an, en Suède cette dépense est de 207 €, en Allemagne de 216 €, en Norvège de 269 €, aux Pays-Bas de 170 €, et au RU de 132 €. Une augmentation de ces dépenses est attendue la Suède, qui dépensait 2,5 milliards de couronnes suédoises en 2007, prévoit que cette dépense atteindra 4,8 milliards en 2020.

La France est le pays de la communauté européenne et de l'OCDE qui dépense le plus en anticancéreux (figure 1), alors que ses résultats en matière d'espérance de vie pour les principaux cancers et celui du sein en particulier s'ils la classe dans le peloton de tête ne s'avèrent pas nettement supérieurs (ils sont même parfois un peu inférieurs¹ à ceux de l'Italie de la Norvège de la Suède ou de l'Islande (Eurocare 4). C'est en France que sont vendus le plus d'anticancéreux pour 100 000 habitants [2] (près de 5 000 000 € pour 100 000 habitants contre un peu moins de 4 000 000 en Autriche (au 2^e rang), 3 500 000 en Suisse (3^e rang), 3 000 000 en Allemagne, un peu moins de 3 000 000 aux Pays-Bas et un peu moins de 2 000 000 au Royaume-Uni. C'est aussi en France que les produits

1 Il faut souligner l'existence d'importants reports vers le marché ville (EPO, anti-néoplasiques).

récents sont le plus couramment utilisés. C'est ainsi qu'en 2007, on prescrivait près de 40 000 mg de bevacizumab pour 100 000 habitants (1^{re} place) contre près de 28 000 en Autriche (2^e place), 18 000 aux Pays-Bas, 15 000 en Allemagne. En revanche, de tels écarts ne se retrouvent pas avec l'imatinib ou la témozolamide, dont les indications sont bien précises.

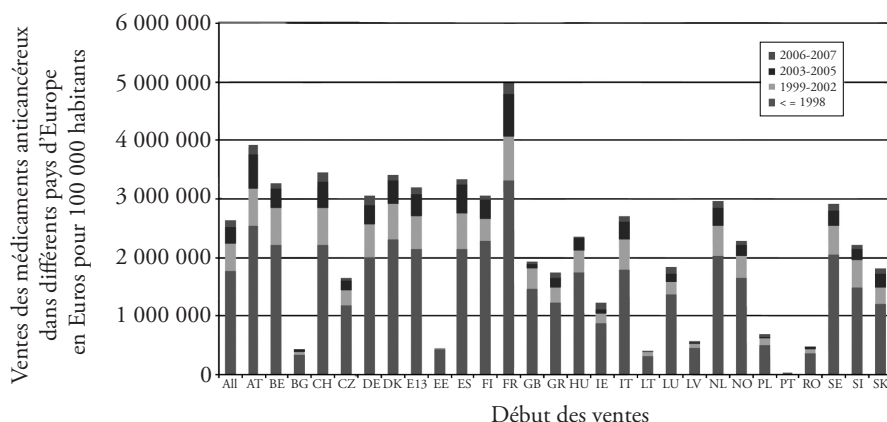


Figure 1 – Comparaisons extraites du *Comparator Report on Patient Access to Cancer Drugs in Europe* (janvier 2009) de Nils Wilking *et al.* Stockholm School of Economics. À noter que les données pour la Grèce, l'Irlande, le Luxembourg et le Portugal, que ce soit les données hospitalières ou que ce soit les ventes au détail, manquent.

Le surcroît de dépenses en médicaments anticancéreux dans le traitement du cancer du sein est induit soit par un excès (en qualité ou en quantité) de prescriptions en chimiothérapie ou hormonothérapie adjuvante, soit par un excès de prescription de ces produits dans les formes avancées de la maladie.

L'Académie nationale de médecine [3] s'est penchée sur ce dernier sujet en traitant du problème de la prescription des molécules onéreuses en cancérologie en général. Certes, il ne s'agit pas pour elle de nier les apports considérables apportés

par les thérapies ciblées. L'utilisation du trastuzumab (Herceptin®) utilisé dans les cancers du sein surexprimant HER2/neu est à ce sujet exemplaire, elle a permis de presque doubler l'espérance de vie des formes métastatiques passant de 20 à 40 mois et dans les formes localisées de réduire de près de 30 % avec 5 ans de recul l'incidence des rechutes métastatiques.

Bien que la prescription des molécules onéreuses soit encadrée en France², l'Académie nationale de médecine estime que ces molécules ne devraient être prescrites bien sûr qu'au vu d'un bilan biologique et clinique précisant les cibles permettant d'escompter une efficacité du produit (cible moléculaire) et d'apprécier cliniquement, biologiquement (marqueurs tumoraux) et par l'imagerie les critères qui permettront de juger de l'efficacité. L'Assurance maladie doit prendre en charge cette recherche de la cible lorsque la thérapeutique envisagée suppose son existence et ne doit rembourser la molécule qu'à la condition que son indication ait été validée par la biologie.

Malgré leur coût élevé et qui ne peut qu'augmenter très rapidement car de nouvelles molécules ciblées apparaissent à un rythme très rapide et en dépit d'un effet de mode, ces traitements pourraient se justifier pour deux raisons qu'il faut distinguer :

- une efficacité notable rapportée sur un nombre suffisant de malades pour être significative avec un taux de complication à court et long terme limité ;
- un espoir pour la recherche.

Pour l'Académie, dans les deux cas, il paraît indispensable d'avoir des renseignements réguliers sur la tolérance et l'efficacité des produits. Il semblerait donc

2 La liste des spécialités pharmaceutiques facturables en sus des prestations d'hospitalisation permet le remboursement des molécules dites onéreuses. Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'Assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments. Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'Assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés. Les contrats de bon usage (CBU) sont fondés sur les référentiels de bon usage disponibles (RBU), lesquels bénéficient du triple sceau de l'AFSSAPS, de l'INCa et de la HAS et font l'objet d'une réévaluation annuelle.

légitime d'appliquer à tous les malades bénéficiant d'une thérapeutique ciblée avec molécules onéreuses les règles qui sont universellement appliquées aux malades qui bénéficient d'un essai thérapeutique « contrôlé » :

- enregistrement dès le début du traitement ;
- suivi régulier avec évaluation à intervalles réguliers de l'évolution de l'état général et de la tolérance physique et mentale, bilan clinique et biologique doit être effectué.

L'autre raison de prescription est celle des thérapeutiques adjuvantes des formes localisées. Actuellement, près de 90 % des formes localisées reçoivent une thérapeutique adjuvante : hormonothérapie et/ou chimiothérapie et/ou immunothérapie. Si celles-ci s'imposent dans toutes les formes N+, il n'en n'est pas de même pour les formes N-. Parmi celles-ci, la discrimination entre les formes à haut risque et celles qui ne le sont pas ne paraît pas, dans la pratique, optimale compte tenu des critères biologiques disponibles actuellement. Mieux faite, elle permettrait d'éviter aux malades des thérapeutiques éprouvantes et pourrait, pour la collectivité, générer de précieuses économies. L'Académie se penche actuellement sur ce problème.

Ainsi, pourraient être évitées des dérives qui non seulement peuvent entraîner des erreurs médicales, mais aussi risqueraient de mettre en danger la solidarité nationale.

Références

1. Situation de la chimiothérapie des cancers en 2010, Collection rapports et synthèses édité par l'INCa, Septembre 2010
2. Nils Wilking *et al.* (2009) Comparator report on patient access to cancer drugs in Europe
3. Rouëssé J, Bouvenot G, Meyer F *et al.* (2011) Académie nationale de médecine (ANM) – Haute autorité de santé (HAS) (rapport adopté le 15 mars 2011) Mise au point sur la prescription des molécules onéreuses en cancérologie, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (in press)

L'auteur a déclaré n'avoir aucun lien d'intérêt.

Notes
