INSTITUT NATIONAL DU CANCER

ECONOMIE DE SANTÉ DES IMMUNOTHÉRAPIES

Dr MURIEL DAHAN

DIRECTRICE DES RECOMMANDATIONS ET DU MÉDICAMENT

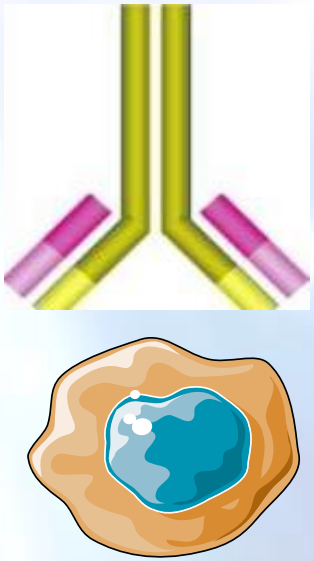
DRM DE L'INSTITUT NATIONAL DE CANCER INCA

PAS DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

CARREFOUR DE PATHOLOGIE
20 NOVEMBRE 2017

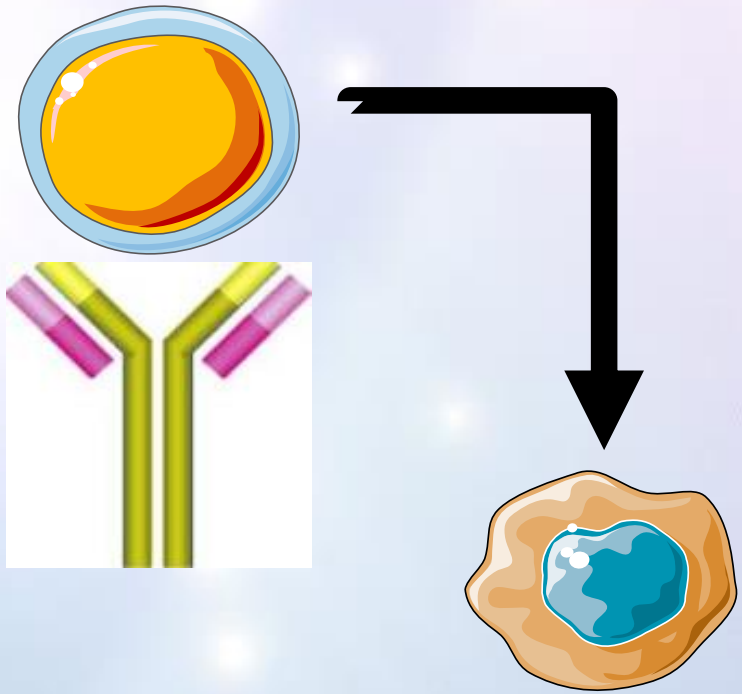
Paradigm Shift in Cancer Therapy

Historical Paradigm: Targeting Tumor Cells	New Paradigm: Targeting Immune Cells



Tumor Cell

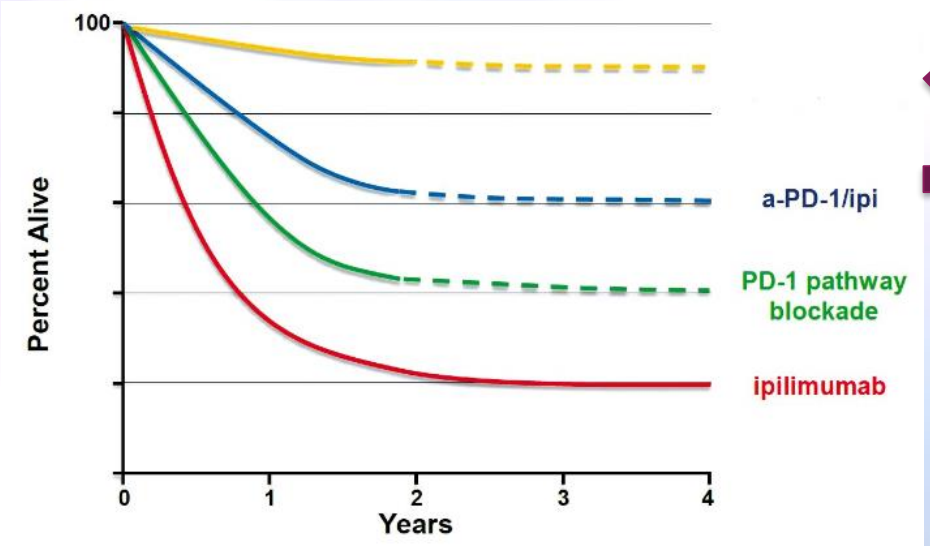
Lymphocyte



Biomarqueurs prédictifs

Un besoin majeur pour les IT => identifier des biomarqueurs :

- de réponse aux inhibiteurs de points de contrôle



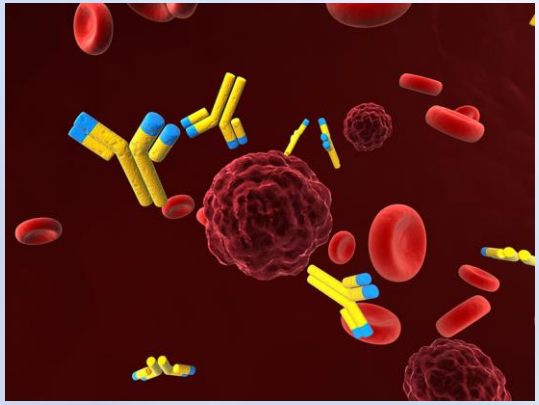
- de toxicité à ces traitements (patients hyper-progresseurs)

Expression de PDL1

AMM du pemprolizumab en première ligne dans le cancer du poumon chez les patients PDL1+ (score de proportion tumorale (TPS) ≥ 50 %.)

⇒ Utilisation en routine clinique de l'expression de PDL1

⇒ Environ 20 000 patients / an (cf activité plateformes de génétique moléculaire pour les tests EGFR et ALK)



Implémentation en routine clinique de la recherche de l'expression de PDL1

Quels enjeux?

- Organisation : circuits des prélèvements et des résultats
- Assurance qualité
- Financement

Quelle organisation?

- Test par immunohistochimie => réalisé par l'ensemble des pathologistes du territoire

- *« KEYTRUDA as monotherapy is indicated for the first-line treatment of metastatic non -small cell lung carcinoma (NSCLC) in adults whose tumours express PD-L1 with a ≥50% tumour proportion score (TPS)* ***with no EGFR or ALK positive tumour mutations. »***

⇒ **organiser le circuit des prélèvements entre plateformes de génétique moléculaire et pathologistes locaux pour :**

- que le délai de rendu des résultats soit compatible avec le traitement des patients
- gérer au mieux la quantité de prélèvement disponible pour chaque patient, biopsies de petite taille

Assurance qualité

1) Quels anticorps utiliser?

- Anticorps différents utilisés dans les essais cliniques (pembrolizumab, nivolumab, atezolizumab, avelumab)
- Seuils de positivité différents
- Co-existence de trousses diagnostiques CE-IVD et d'anticorps concentrés utilisables dans des techniques « maison »
- Pas de recommandation de la part de l'EMA sur l'anticorps et la technique

=> Mise en place d'un groupe de travail avec les pathologistes des plateformes de génétique moléculaire, la SFP et l'AFAQAP

- ✓ Etudes de concordance des anticorps dans plusieurs localisations tumorales
- ✓ Publication prochaine des résultats pour le cancer du poumon

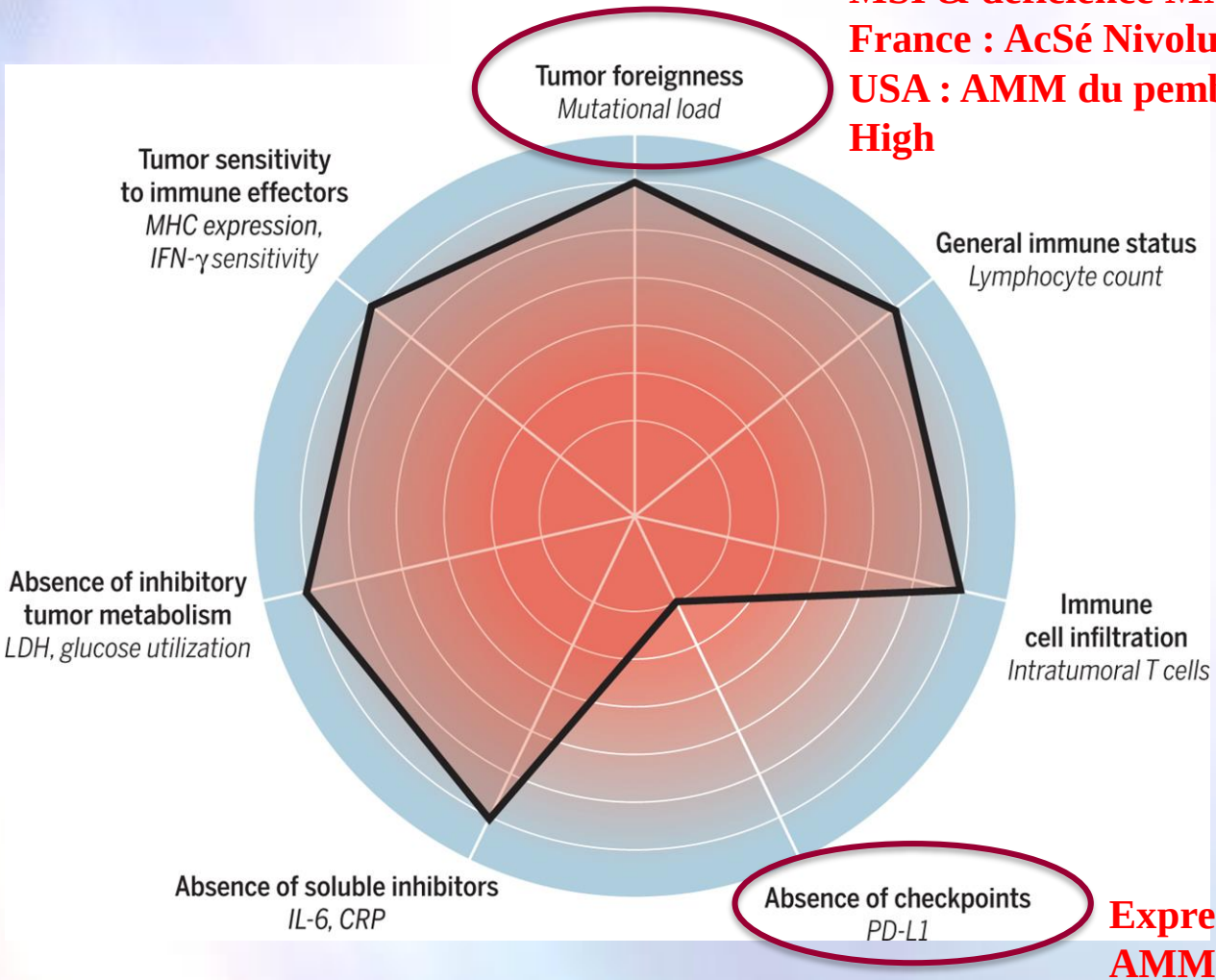
2) Rédiger des guides d'aide à l'interprétation des résultats

3) Organiser des sessions de formation/information

4) Mettre en place des campagnes d'évaluation externe de la qualité

Autres biomarqueurs prédictifs susceptibles d'entrer en routine clinique

MSI & déficience MMR:
France : AcSé Nivolumab
USA : AMM du pembrolizumab et du nivolumab pour les MSI High



Expression PD-L1
AMM pembrolizumab,
Cancer du poumon

The "cancer immunogram"

Visualizing the state of cancer–immune system interactions may spur personalized therapy

Blank et al. Science 2016 ; 352:658-660

Programme AcSé

MOLECULAR SCREENING

28 INCa Molecular Genetic Centres

Targeted Therapies

ALK, ROS1, MET

BRAF

Immunotherapies

MSI

RARE CANCERS : No molecular screening

Extensive targeted therapies (for Pediatrics population)

Pangenomic research programme / **Whole exome analysis**

MAPPYACTS PROJECT

PHASE II CLINICAL TRIALS

DRUGS	*Crizotinib*	*Vemurafenib*	*Nivolumab*	*Pembrolizumab*	*Multi-agent from multi company*
AcSé-TRIALS	AcSé crizotinib *Since July 2013*	AcSé vemurafenib *Since October 2014*	AcSé *Nivolumab* *Since May 2017*	AcSé *Pembrolizumab* *Since June 2017*	AcSé e-smart *Since July 2016*

=> Accès précoce à des molécules innovantes dans un cadre sécurisé

=> Opportunité pour déployer un test moléculaire en routine clinique sur tout le territoire

AcSé Immunothérapie et cancers rares

PI : A. MARABELLE

Autorisé - février 2017
1er patient – **Avril 2017 -**
5 cohortes, 250 patient

Bristol-Myers Squibb

AcSé **IMMUNOTHÉRAPIE - RÉSEAUX CANCERS RARES**

Pas de screening moléculaire,

sauf pour le **statut MSI** dans la cohorte
''cancers non colorectaux''

PI : C. MASSARD

Autorisations en attente
1er patient – **Mai 2017 -**
6 cohortes, 300 patients,

MSD

AcSé Nivolumab	
250 patients	
5 cohortes (20-50 pts / cohorte):	**Sept. 2017**
• **Cancers rares du rein**	**n = 7**
• **Cancers rares de la tête et du cou**	**n = 1**
• **Cancers cutanés rares**	**n = 8**
• **Cancers non colorectaux avec MSI - high**	**n = 6**
• **Cancer du pénis**	**n = 1**

+ ouverture cohorte des cancers mutés pour polE (screening effectué par ailleurs)

AcSé Pembrolizumab	
300 patients	
6 cohortes (20-50 pts / cohorte):	**Sept. 2017**
• **Sarcomes rares**	**n = 0**
• **Cancers rares de l'ovaire**	**n = 1**
• **Lymphomes primitifs du système nerveux central**	**n = 2**
• **Cancers de la thyroïde réfractaires**	**n = 0**
• **Tumeurs neuroendocrines malignes rares**	**n = 1**
• **Cancers des cellules germinales**	**n = 3**

Financement : la soutenabilité en question

DES DÉPENSES ÉLEVÉES

- **3,7 Mds€ en 2016** (sur 168 milliards soit 2% dépenses AMO - 14% des dépenses de médicaments) - Anticancéreux de la liste en sus : 1,6 Mds € Rétrocession : 0,21 Md € Officine : 1,64 Mds € - US Patients/assureurs payaient 54 100 $/année de vie en 1995 → 2013 = 207 000 $ = +10% par an en valeur réelle (David H., Bach P. Berndt E., Conti R., 2015).
- Coût moyen TC 50 000€/an/patient = 5 à 10 x + que chimios conventionnelles – IT spécifiques 60 à 80 000€, puis CAR-T 400 000€…

UN NOUVEAU MODÈLE FINANCIER

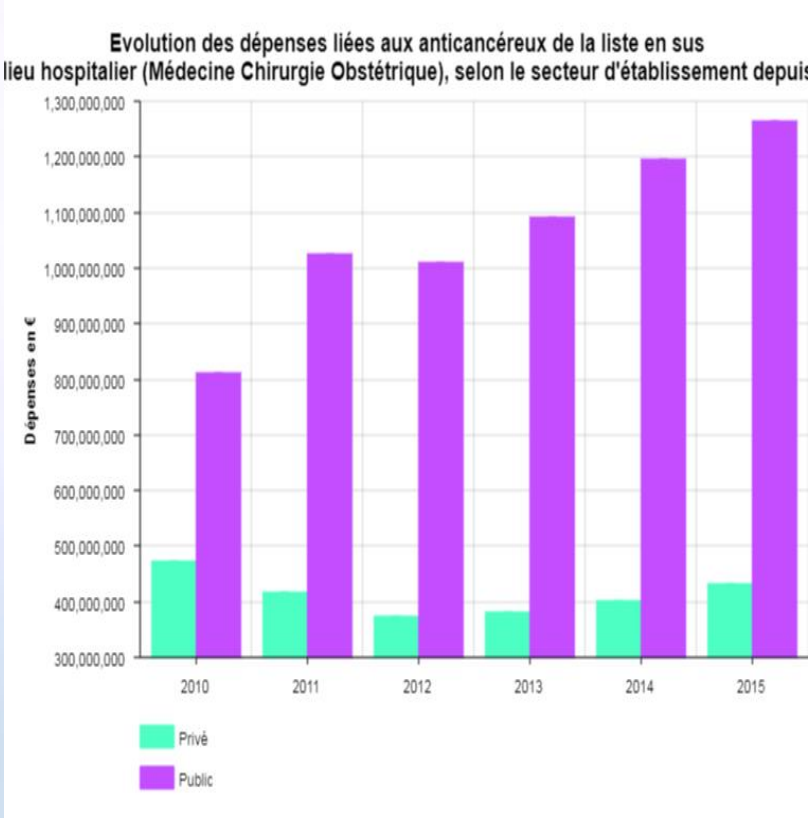
Taille réduite des populations = coûts unitaires élevés
Modèle du médicament orphelin → prix élevé → élargissement population-cible

DES COÛTS QUI S'ADDITIONNENT

- Associations médicamenteuses, traitements au long cours, + **tests moléculaires** (marché mondial 11Mds$ en 2013 45Mds$ en 2017)

DES ÉCONOMIES ?

- Génériques - Arrivée de biosimilaires pour certains des médicaments les plus coûteux de la liste en sus.



Financement des tests

Test IHC inscrit à la nomenclature

Code	Intitulé CCAM	Tarif
ZZQX069	IHC sur tissu fixé avec 1 à 2 anticorps, sans quantification du signal	48,00 €
ZZQX081	IHC sur tissu fixé avec 1 à 2 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps	56,00 €
ZZQX027	IHC sur tissu fixé avec 3 à 5 anticorps, sans quantification du signal	68,00 €
ZZQX045	IHC sur tissu fixé fixé avec 3 à 5 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps	83,00 €
ZZQX034	IHC sur tissu fixé avec 6 à 9 anticorps, sans quantification du signal	100,00 €
ZZQX122	IHC sur tissu fixé avec 6 à 9 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps	130,00 €
ZZQX092	IHC sur tissu fixé, avec 10 anticorps ou plus, sans quantification du signal	160,00 €

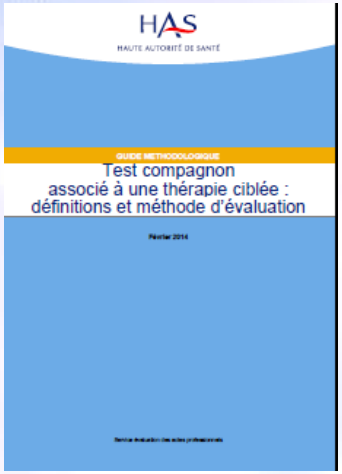
Tarif CCAM peu compatible avec les trousses diagnostiques marquées CE-IVD

⇒ Incitation à utiliser des techniques « maison »

⇒ Veiller à l'assurance qualité de ces techniques

Le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN), mis en place par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) dans le cadre du développement de l'innovation en santé, offre un dispositif pérenne de soutien à la biologie médicale et à l'anatomocytopathologie innovantes. Ce « pilier de soutien à l'innovation » permet une prise en charge précoce et transitoire d'actes innovants de biologie médicale et d'anatomocytopathologie.

Financement des tests



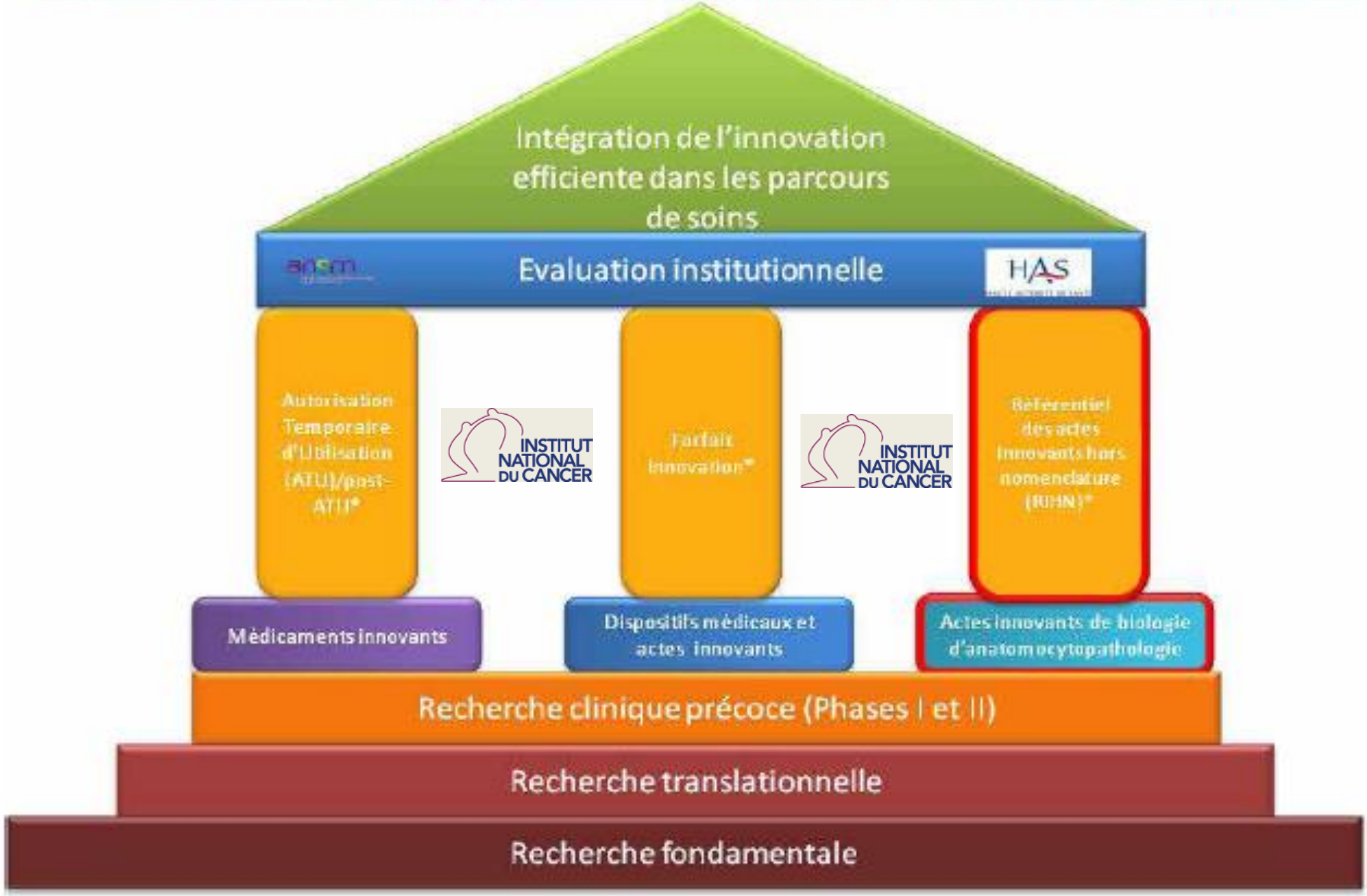
La démonstration de l'utilité clinique d'un test diagnostique implique la démonstration de **trois éléments** :

- Le marqueur identifié par le test doit modifier l'effet du traitement (existence d'une **interaction « marqueur/traitement »)** ;
- Le traitement doit être **efficace chez les patients marqueur (+)** ;
- Le traitement doit être **sans intérêt clinique chez les patients marqueur (-).**

- Depuis le 31 juillet 2015 : **Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature (*RIHN*)**
- PEC **conditionnelle et transitoire** liste d'actes biologie et anapath reconnus innovants par DGOS - MERRI G03 - Dispensé de l'obligation d'accréditation
- Comme **forfait innovation** (DM et actes) et **ATUs**
- Cotation par acte : condition = **recueil prospectif/comparatif données** pour valider efficacité/utilité clinique et/ou médico-économique → évaluation ultérieure HAS pour PEC ville (NABM, CCAM) ou hospitalière.
- Objectif : **accès précoce et transitoire** pour améliorer l'évaluation de la pertinence des actes innovants en impliquant les établissements de soins
- Fin des enveloppes versées via l'INCa aux 28 plateformes d'analyses moléculaires - **Enveloppe fixe MERRI HN** = regroupe tous actes innovants inscrits au RIHN (biologie et anapath)

Cf. instruction DGOS/PF4/2015/258 du 31 juillet 2015

Mécanismes de prise en charge précoce et conditionnelle : les 3 piliers de soutien à l'innovation



* Recherche clinique tardive (Phase III) et recherche médico-économique

La chaîne clinique et économique du médicament

Préclinique

- Phase 1

- Phase IIA
- Phase IIB

Dépôt – ATUn, ATUc?

- Phase IIIA
- Phase IIIB

Dossiers AMM CT CEESP

EMA/ ANSM ATU/ AMM

ANSM Conditions prescription et délivrance

CT (HAS) SMR/ASMR /indication (Médict d'exception/ FIT) **CEESP** Avis médico-éco, Etudes post-AMM

UNCAM Taux

CEPS Prix Accord-cadre

MINISTRES Décret 24/3/16 liste en sus Arrêté PEC

Caisses assurance maladie/caisse pivot (ES) ± organismes complémentaires ± reste à charge patient

SNIIR
AM
PMSI
SNDS

Prescription

Observance/Adhésion

Rétrocession

PH, PIH (CE, Sortie)

Dispensation

HOPITAL

VILLE

Suivi / Etudes post-AMM

Développement des médicaments anticancéreux et équité d'accès

- **NOUVEAUX TYPES D'ESSAIS CLINIQUES :** critères de jugement, schémas et méthodes différents (essais adaptatifs, faible nombre de malades, etc.), études multiproduits et multilaboratoires…Mais toujours un critère essentiel : LA SURVIE GLOBALE
- **ATU/forfaits innovation/RIHN : quel suivi ?**
- **ENREGISTREMENTS PRÉCOCES : quel retour d'expérience ?**
- **MULTI-INDICATIONS : des choix à faire, le couperet de la première AMM**
  - ***Impossible d'obtenir toutes les AMM simultanément : ATU-Post-ATU permet l'accès anticipé*** - environ 60% des nouvelles AMM mises à disposition de façon anticipée par ATU
  - ***L'accès aux innovations importantes, réellement équitable avant la première AMM, plus difficile après***
  - ***Temps administratif et temps scientifique en décalé, l'urgence pour les patients atteints de cancer, le hors AMM à gérer***
- **DYNAMISME DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES => complexité de leur maîtrise**

Financement des médicaments à l'hôpital

•INTRA-GHS :

Liberté des prix, selon marchés

•HORS GHS - LISTE EN SUS :

Tarifs de responsabilité nationaux (base de prise en charge AMO) – Conventionnel ou arrêté

•RÉTROCESSION :

Tarif responsabilité + marge forfaitaire par ligne de prescription (22€ depuis 2010)

- Ecart médicament indemnisable EMI, Ecart Rétrocession Indemnisable ERI depuis février 2015 .

•CAS PARTICULIER DES ATU

•Déclaration de ventes Firmes CEPS obligatoire

•Liste rétrocession (toutes n et c inscrites) : PP = PA + marge forfaitaire (té) + TVA 2,1%

- Patients hospitalisés : dotation MIGAC/MERRI base FICHCOMP

Le décret du 24 mars 2016

Niveau d'ASMR	Comparateur(s) indiqué(s) dans l'avis de transparence		
	Comparateur(s) sur la liste en sus (dont génériques et biosimilaires)	Comparateur(s) dans le GHS	Absence de comparateur
ASMR I, II, III	Inscription		
ASMR IV	Inscription	Non inscription	Inscription si intérêt de santé publique ISP
ASMR V	Inscription	Non inscription	Non inscription

- Similaire à l'avis du Conseil de l'hospitalisation, mais application automatique
- Inscription/ non-inscription/ radiation **par indication**
- **Diversité de situations cliniques dans une indication unique AMM,** alors qu'essais cliniques conduits sur une population strictement sélectionnée.

  - **Exclusion de l'accès aux médicaments les plus adaptés** pour des patients présentant des profils non ou insuffisamment évalués
  - Prescription **d'autres médicaments moins adaptés tout aussi coûteux**
  - Ne prend pas en compte **les évolutions de stratégies**
  - **Que du plus pas de moins**
  - **Des difficultés d'accès dramatiques mais pas si nombreuses**.

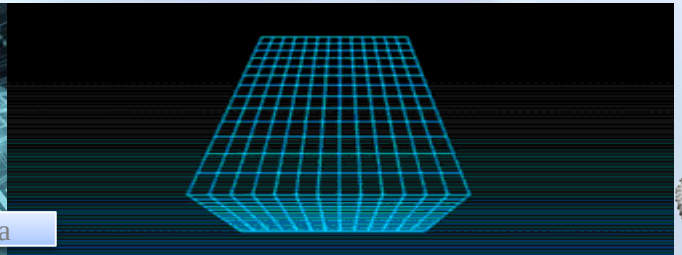
Des conséquences en termes d'accès

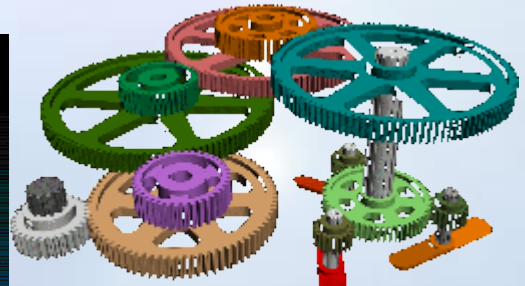
- L'accès équitable aux médicaments les plus adaptés, en particulier anticancéreux, et aux tests : objectif de santé publique intemporel, inscrit dans le plan cancer 3

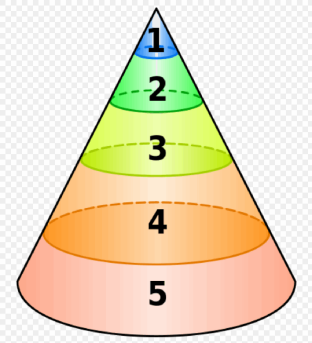
- La liste en sus : un outil qui a amélioré l'accès et a marché bon an mal an pendant 10 ans
- L'intra-GHS invisible pour le bon usage, accès quasi-illimité
- La rétrocession et la ville : accès plus ouvert que liste en sus
- Le RIHN : limité…

- Les choix stratégiques pas/plus toujours uniquement guidés par l'intérêt des patients

➡ ***Le dynamisme actuel impose de repenser la structuration***







INSTITUT NATIONAL DU CANCER

La vision de l'INCa

Socle : améliorer la pertinence de l'usage des médicaments pour

- **Améliorer et harmoniser les pratiques au niveau national**, sur des bases scientifiques incontestables, en évitant la multiplication des travaux locaux ou régionaux ayant la même visée ;
- **Offrir aux patients, de façon réactive, les thérapeutiques les plus adaptées** ;
- **Adapter les délais d'accès** aux besoins des patients et non aux processus administratifs conduisant à leur prise en charge financière, **tout en laissant ces processus se dérouler sereinement** ;
- **Réduire l'iatrogénie et les risques pour les patients, mais aussi les dépenses,** liées à un mauvais usage de ces médicaments ;
- **Rendre plus transparentes les pratiques réelles et réallouer les dépenses** actuellement consacrées aux prescriptions hors AMM non contrôlées**, en ville comme à l'hôpital** ;
- **Identifier les besoins d'études ou d'essais** à mettre en œuvre pour répondre à des interrogations émanant des praticiens ;
- **Associer tous les acteurs** et les motiver à collaborer autour de ces objectifs communs peu contestables.

Exemples d'actions de l'Institut pour accompagner les innovations

SURVEILLER VOTRE PATIENT

À adapter au patient et à la situation, et en l'absence de recommandation particulière du médecin prescripteur

Examens cliniques et interrogatoire

- Surveillance du poids à chaque consultation.
- Tous les patients doivent faire l'objet d'un dépistage d'une infection par le VHB avant l'initiation d'un traitement par dasatinib. Un médecin spécialisé en hépatologie doit être consulté avant initiation du traitement chez les patients présentant une sérologie positive pour l'hépatite B (y compris ceux ayant une hépatite B active) et chez ceux dont la sérologie est devenue positive au cours du traitement. Les patients porteurs du VHB et traités par dasatinib doivent être étroitement surveillés tout au long du traitement et plusieurs mois après son arrêt.

Suivi biologique

- Surveillance régulière de l'hémogramme :
  - 1 fois par semaine pendant le 1er mois ;
  - 1 fois tous les 15 jours pendant le 2e et le 3e mois ;
  - 1 fois tous les 3 mois par la suite.
- Surveillance régulière de : ionogramme sanguin ; créatininémie et enzymes hépatiques (ASAT et ALAT) à doser 1 fois par mois en début de traitement puis 1 fois tous les 3 mois par la suite.

Surveillance cardiologique

- Surveillance de la tension artérielle à chaque consultation.
- ECG en cas de nouvelle prescription d'un médicament susceptible d'allonger le QTc (sérotonin, quinolones...).
- Contrôle de la kaliémie et de la calcémie corrigée en cas de facteurs favorisant une hypokaliémie (diarrhées, vomissements, diurétique, hypokaliémiant...).

L'état des patients ayant une insuffisance cardiaque peut s'aggraver sous dasatinib du fait de ses effets hydrosodiques et la surveillance cardiologique doit être renforcée chez ces patients.

DÉTECTER DES INTERACTIONS

Pour plus d'informations, se référer aux RCP des médicaments et au thésaurus des interactions médicamenteuses de l'ANSM. Il est conseillé que le pharmacien réalise une analyse des interactions.

Risque d'augmentation de la toxicité

- Inhibiteurs puissants CYP3A4 (dont jus de pamplemousse, conazoles antifongiques, certains macrolides comme l'érythromycine...).

Risque de diminution de l'efficacité

- Inducteurs puissants CYP3A4 (dont millepertuis, alcool en prise chronique, rifampicine, anticonvulsivants tels que carbamazépine, phénobarbital...).
- Modificateurs du pH gastrique (utilisation possible des hydroxydes d'aluminium ou de magnésium si administré au moins 2 heures avant ou après la prise de dasatinib).

e-cancer.fr L'intégralité des recommandations est disponible sur le site de l'INCa

N° du médecin prescripteur :

INFORMER VOTRE PATIENT

Ce qui peut gêner le patient

- Fatigue.
- Éruptions cutanées.
- Crampes musculaires et douleurs musculo-squelettiques.
- Rétention hydrique.
- Diarrhées.

Auto-surveillance et prévention

- Suivi régulier du poids pour détecter une éventuelle rétention hydrique.
- Exposition solaire limitée et photoprotection (idéalement protection vestimentaire et port d'un chapeau, utilisation d'une crème solaire avec indice de protection élevée à appliquer toutes les deux heures).
- Application d'un émollient une à deux fois par jour en cas de peau sèche.
- Modification du régime alimentaire en prévention des effets digestifs.

Ce que le patient doit signaler sans délai à son médecin

- Saignements mineurs (hématomes, épistaxis).
- Fièvre, frissons.
- Prise de poids anormale.
- Dyspnée, toux sèche.
- Douleurs abdominales.
- Myalgies.

Ainsi que tout autre événement grave ou particulièrement gênant.

Grossesse et fertilité

- Les femmes en âge de procréer doivent être informées qu'elles doivent utiliser une contraception efficace.
- La prise du dasatinib est non recommandée au moment de la grossesse. Une fenêtre thérapeutique, décidée par le médecin prescripteur, est possible lorsqu'une grossesse est souhaitée.
- Les effets du dasatinib sur la fertilité humaine ne sont pas connus.

Allaitement

- L'allaitement doit être interrompu durant le traitement par dasatinib.

Informations générales

- Le patient doit signaler la prise de ce médicament à l'ensemble des professionnels de santé qui le prennent en charge.
- L'automédication n'est pas recommandée.
- Les patients peuvent déclarer eux-mêmes un effet indésirable auprès de l'ANSM (http://www.ansm.sante.fr).

FÉVRIER 2017

FICHE MÉDICAMENTS

DASATINIB

[SPRYCEL®]

Inhibiteur de tyrosine kinase (ITK) ciblant BCR-ABL

Traitement de la Leucémie Myéloïde Chronique

Ce médicament est également utilisé dans d'autres types d'hémopathies malignes.

- Traitement en une prise par jour, tous les jours.
- À prendre avec ou sans aliment approximativement à la même heure chaque jour.

Une prise du traitement pendant le repas, quand elle est possible, permet d'atténuer les effets indésirables digestifs. Une prise le soir pourrait également limiter l'intensité du ressenti des effets digestifs par le patient.

Si une dose a été oubliée, la dose suivante devra être prise à l'horaire habituel, sans être doublée.

Une mauvaise observance peut nuire à l'efficacité du traitement. Il est nécessaire de suspendre le traitement la veille d'un geste invasif programmé (thrombopathie induite par le dasatinib).

Prescription initiale hospitalière semestrielle, réservée aux spécialistes et services en hématologie, cancérologie, oncologie médicale.
Dispensation en pharmacie de ville.

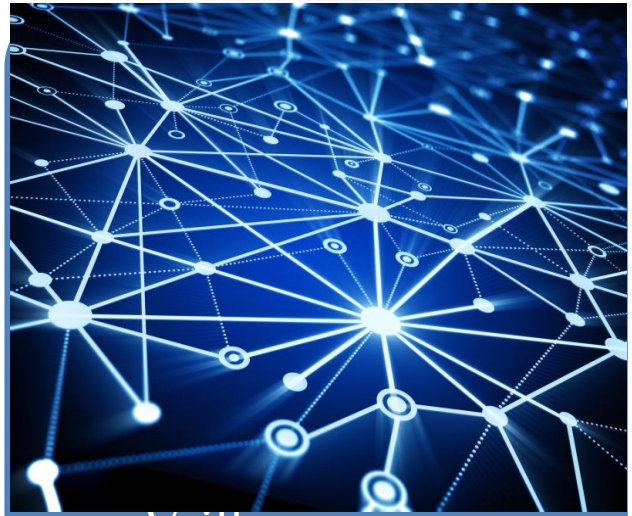
Tous les effets indésirables ne sont pas décrits dans cette fiche. Une information plus complète est disponible sur les « Résumé Caractéristique Produit » (RCP), disponibles sur http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/
Plus d'informations sur les cancers, à destination des professionnels de santé et des patients sur : e-cancer.fr rubriques « Professionnels de santé » et « Patients et proches ».
Déclarer les effets indésirables auprès de l'ANSM (http://www.ansm.sante.fr)
Thesaurus des interactions médicamenteuses http://www.ansm.fr/Sources/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses

ISBN : 978-2-37219-284-2 / ISBN REF : 978-2-37219-285-9 RÉF. FICDASATINIB17

RESOMEDIT ACORESCA INSTITUT NATIONAL DU CANCER

16 Recos EI + nombreuses à venir

dont immunothérapies



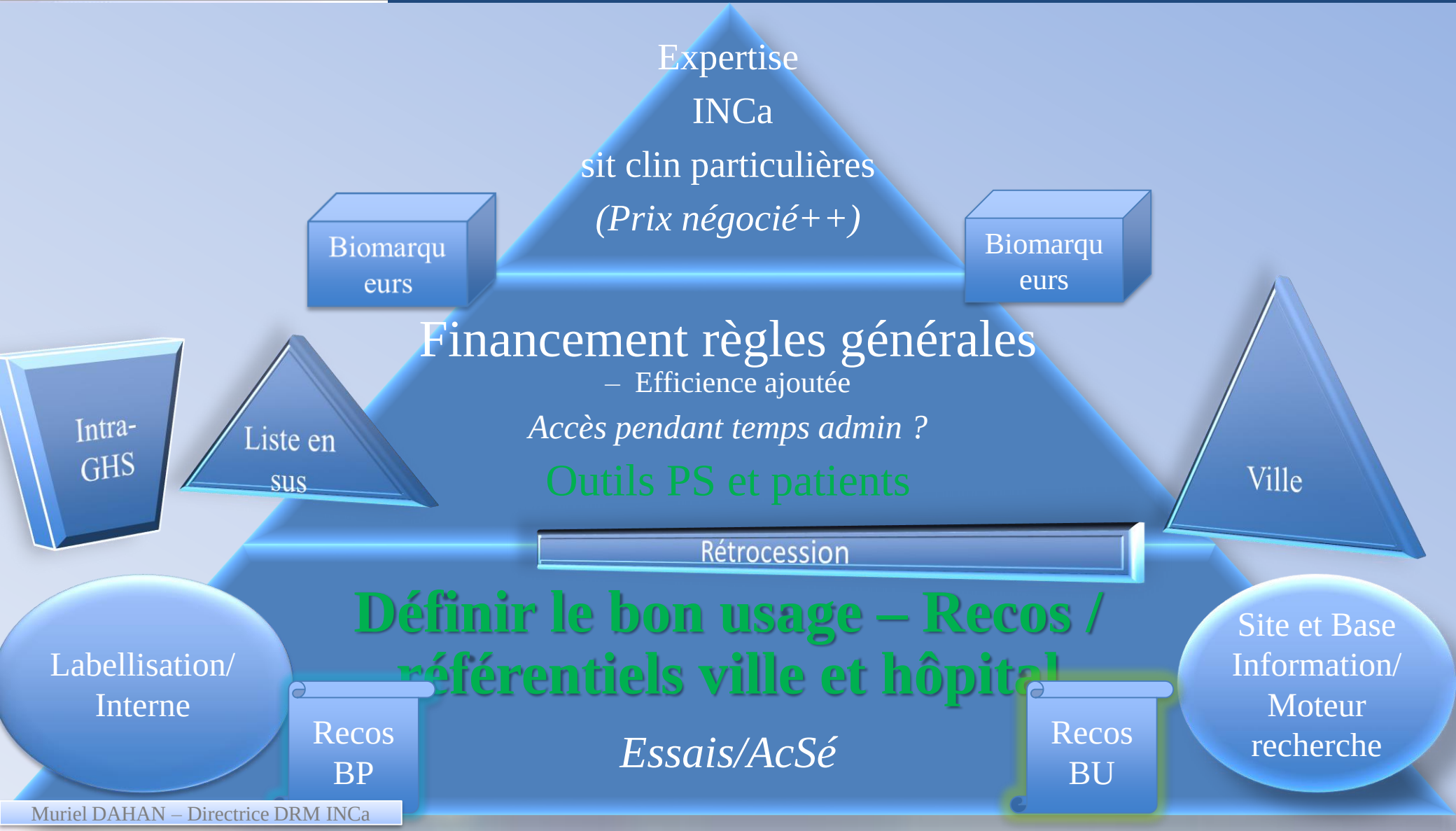
Veille nouveaux médicaments à venir :

Horizon Scanning

Medicaments + tests moléculaires

Accompagnement accès aux innovations : appui demande RTU auprès ANSM – **Revenir progressivement aux référentiels de bon usage ?**

Assoir la pertinence sur des bases solides, réactives



Le centre de toute cette organisation

NE JAMAIS L'OUBLIER

LE PATIENT !!

www.e-cancer.fr

Applications | Banques | Musiques Médias | EuroScan - EuroScan | Electroménager IL | ANAP | SFPO - Société Franç | Sites suggérés | Booking.com | Skyscanner | Autres favoris

ACCENTUER LES CONTRASTES | ACCÈS THÉMATIQUE | ACTUALITÉS | DOSSIERS ET COMMUNIQUÉS DE PRESSE | AGENDA | EXTRANET | FR | EN

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

ACCÉLÉRONS LES PROGRÈS FACE AUX CANCERS

SUIVEZ-NOUS SUR :

INSTITUT NATIONAL DU CANCER | PLAN CANCER | EXPERTISES ET PUBLICATIONS | COMPRENDRE, PRÉVENIR, DÉPISTER | PATIENTS ET PROCHES | PROFESSIONNELS DE SANTÉ | PROFESSIONNELS DE LA RECHERCHE

POUR AGIR AU QUOTIDIEN

NE PAS FUMER | BOUGER PLUS | ÉVITER L'ALCOOL | MANGER MIEUX

40 % DES CANCERS POURRAIENT ÊTRE ÉVITÉS

RETROUVEZ NOS CONSEILS EXPERTS ›

PUBLICATION

Agir ensemble pour faire reculer les cancers - Rapport d'activité 2016

Ce rapport présente les actions marquantes de l'année 2016

ACTUALITÉ

Dépistage organisé du cancer du sein : un nouveau livret d'information pour s'informer et décider

Dans le cadre de la

APPEL À PROJETS

PLBIO 2018 Biologie et Sciences du Cancer

Cet appel à projets libres est ouvert à l'ensemble des domaines de la recherche cognitive et des disciplines scientifiques participant[...]

L'Institut national du cancer produit des expertises sous forme de recommandations nationales, de référentiels, de rapports et d'avis en réponse notamment aux saisines du ministère chargé de la santé. Ces travaux sont destinés à éclairer les décideurs, à guider les professionnels ou à informer les personnes malades et la population générale sur les cancers.

Les réponses aux saisines › | Expertise collective ›

LES RECOMMANDATIONS DESTINÉES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'Institut national du cancer apporte son expertise dans la production de recommandations de bonne pratique pour les professionnels de santé, à travers la production de :

- guides ALD/Parcours de soins, élaborés avec la Haute autorité de santé (HAS) ;
- recommandations nationales pour une prise en charge spécialisée en cancérologie, en lien avec les sociétés savantes concernées ;
- référentiels nationaux de prise en charge, en lien avec les réseaux régionaux de cancérologie, l'Association des coordinateurs des réseaux de cancérologie (ACORESCA) et les sociétés savantes.

Accéder aux recommandations pour les professionnels de santé

Des guides destinés aux patients sont réalisés en miroir de ces guides pour les professionnels de santé : les guides Cancer info et les guides patients HAS/INCa.

ÉTAT DES LIEUX ET DES CONNAISSANCES

L'INCa produit, par ailleurs, des rapports destinés à faire un point à date de la connaissance scientifique ou médicale, dans les domaines de l'épidémiologie, du dépistage, de la prévention ou des soins.

Accéder au catalogue des publications

Plus d'informations sur E-cancer.fr

/Labellisation-des-recommandations-et-referentiels/Recommandations-et-referentiels

n - EuroScan | Electroménager IL | ANAP | SFPO - Société Franç | Sites suggérés

Date de dernière mise à jour : 14/09/2017

Recommandations et référentiels de bon usage des médicaments anticancéreux

APPEL À CANDIDATURES

L'appel à candidatures, lancé en juin 2017, porte sur des recommandations de prévention et de gestion des effets indésirables des anticancéreux.
La date limite de soumission initialement fixée au 14 septembre 2017 est reportée au 16 octobre 2017.

En réponse à des jalons du Plan Cancer, les axes du programme de travail pour l'année 2017 sont :

- Inhibiteurs de protéine kinase indiqués dans la leucémie lymphoïde chronique (LLC) : ibrutinib, idelalisib, venetoclax
- Inhibiteur du protéasome par voie orale indiqué dans le myélome multiple : ixazomib.
- Inhibiteur des PARP dans les cancers de l'ovaire : olaparib
- Inhibiteur de l'EGF et HER2 dans les cancers du sein : lapatinib
- Inhibiteur de CDK 4 et 6 dans les cancers du sein : palbociclib
- Hormonothérapie par voie orale des cancers du sein et des cancers gynécologiques.
- Chimiothérapies orales conventionnelles. : alkylants, activateurs des récepteurs rétinoïques intracellulaires, antimétabolite folique, purique et pyrimidique, inhibiteur de l'histone désacétylase, de la mécaryocytopoïèse, de la polymérisation de la tubuline, de la ribonucléotide réductase, de la topoisomérase I et II.

DOCUMENTS À TÉLÉCHARGER

- Appel à candidatures - WORD 209,50 ko
- Dossier de candidature - WORD 149,50 ko
- Budget prévisionnel - EXCEL 66,00 ko

ACCÈS AU SITE DE SOUMISSION EN LIGNE ›

INSTITUT NATIONAL DU CANCER