

Nouvelles molécules innovantes : mythes et réalités

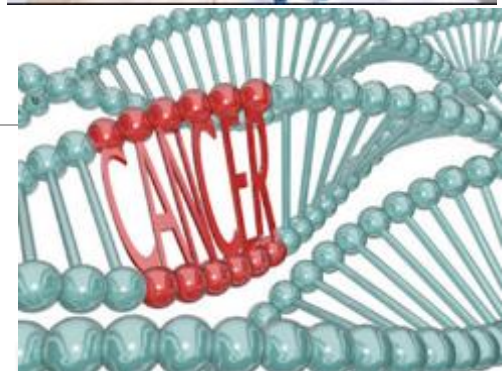
le poids de la finance

NICOLE DELÉPINE
PÉDIATRE CANCÉROLOGUE
NICOLE.DELEPINE@BBOX.FR

**L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt avec
aucune entreprise du médicament**



Gorcy 19-20 Octobre 2019



*Pourquoi les
nouvelles
molécules
ont-elles pris
le pouvoir?*

- ▣ En 1985 les pays riches guérissaient
75 % des enfants atteints de cancer
50 % des adultes cancéreux
- ▣ En 1998 en France nous étions au
premier rang mondial des systèmes de
santé
- ▣ les patients étaient relativement
contents et surtout la mortalité par
cancer diminuait de 1% par an depuis
trente ans.

*Mais le monde de l'argent régnait depuis les
années Thatcher et Big Pharma et alliés
voulaient une part plus importante du gâteau.*

SYSTEME DE
SANTE CASSE
PAR
BUREAUCRATIE
AU SERVICE DE
LA FINANCE



**conséquences délétères de la
main mise de la finance
internationale**



**dans perte d'efficacité et de
sécurité des médicaments mis
sur les marchés internationaux**



**contrastant avec les dépenses
fabuleuses qui leur sont liées**

DEGRADATION RAPIDE DU SYSTEME DE SANTE EN FRANCE et dans le monde

parallèlement développement à toute vitesse et mise sur le marché de vaccins à large cible (population non malade!)

et de drogues dites ciblées censées guérir les patients rapidement et avec moins d'effets toxiques

médicaments préventifs (vaccins) ou curatifs (nouvelles molécules) mis très rapidement sur le marché

car autorisations par les agences de régulation américaine (FDA) ou européenne (EMA)

ayant accepté de nouveaux critères très allégés (dits substitutifs)

EVOLUTION
DELETERE
RAPIDE SUR
VINGT ANS

FIN XXIEME SIECLE LA TECHNOCRATIE PREND
LE POUVOIR

LE CONFISQUE AUX MEDECINS dans les
hôpitaux puis en ville

VIA LES ORDONNANCES JUPPE 1996 >
CREATION AGENCES REGIONALES
HOSPITALISATION

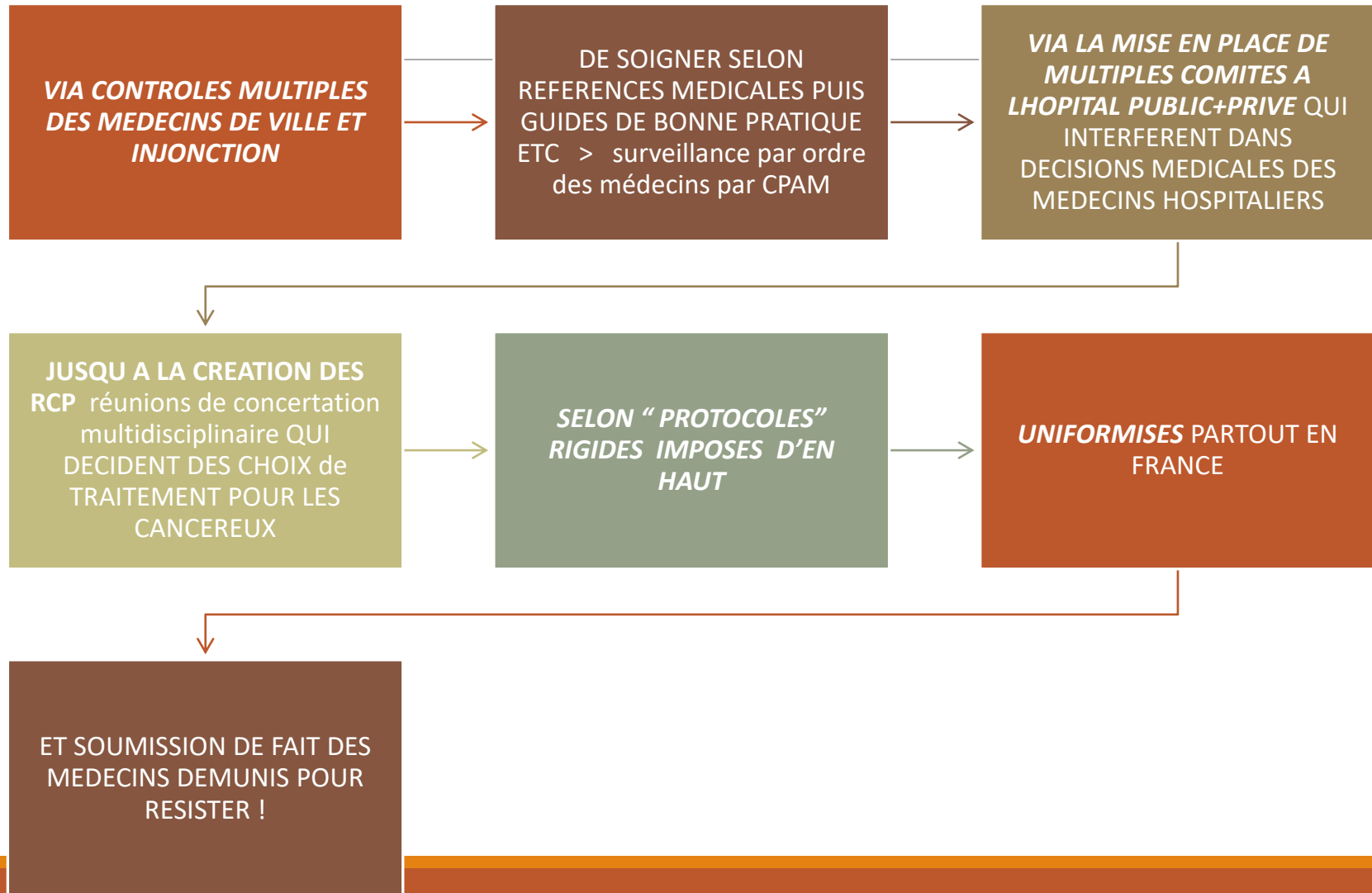
PUIS LES LOIS SUCCESSIVES 2002 2004 +
EMPILEMENT DE DECRETS REGLEMENTS ET
PLANS

PLAN CANCER 2003

LOI BACHELOT 2008 ET CREATION ARS A LA
PLACE ARH

PARALLELEMENT

PERTE DE LIBERTE DE SOIGNER



Le choix des traitements

*influencé puis imposé
par les RCP*

Revient à appliquer
injonctions de l'INCa
par les oncologues
soumis

Car *établissements
qui ne respectent pas
les "prescriptions"
venues d'en haut*

*ne seront pas
ACCREDITES devront
FERMER*

LA MAJORITE DES
DIRECTEURS SE
SOUJET

IMPOSANT LA
SOUSSION AUX
MEDECINS

QUI DEVIENNENT DES
ROBOTS

PROTOCOLES IMPOSES D EN HAUT



***VONT UTILISER LES
MOLECULES RECENTES ET
HORS DE PRIX***



***DONT LES AUTORISATIONS
REPOSENT SUR DES CRITERES
ALLEGES***



***AUTREFOIS ON DEMANDAIT
AMELIORATION DE LA DUREE
DE VIE POUR DONNER AMM
APRES ESSAI LONG***



***AUJOURD'HUI ETUDE PIVOT
SUR PEU DE MALADES ET
TEMPS COURT***

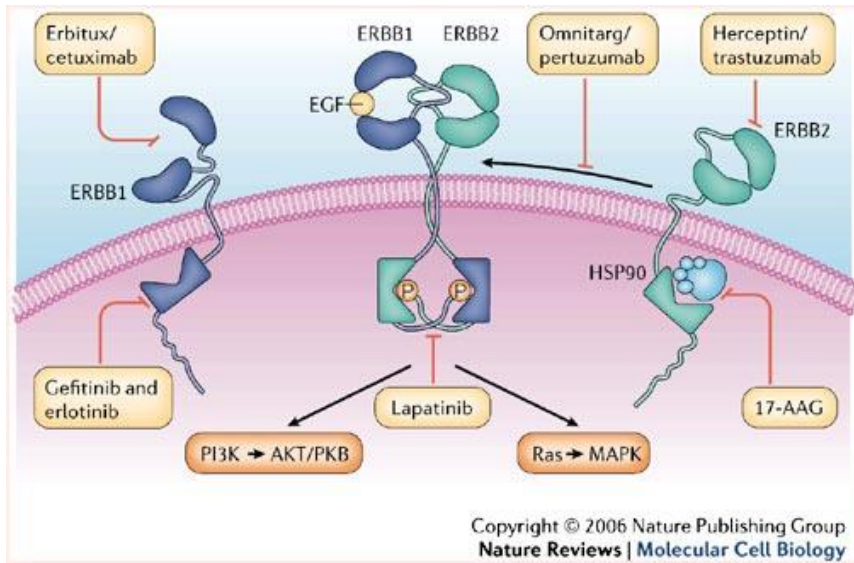


***EVALUATION SUR CRITERES
DITS SUBSTITUTIFS***



***AMM PARFOIS DONNEE SUR
PROBABILITE D EFFICACITE !***

Le piège : espoir des nouvelles molécules ciblées dès la fin du siècle dernier



Les molécules classiques
nouvelles étant rares

l'industrie a inventé des
nouvelles technologies

Justification pour le public:

Prétendait passer des
traitements

de masse à une médecine
« personnalisée »

Voire encore « mieux » :

à une médecine du bien
portant !

La pharmaco génomique : technique supposée miracle



1) Rechercher variations des gènes et de leur expression par *diagnostics dits moléculaires*



2) Traiter les patients avec médicaments ciblés sur l'anomalie génétique décelée sur la tumeur.



A PRIORI avantage certain pour clinicien + patient :
« **un marqueur biologique (biomarqueur) détermine la drogue la mieux appropriée,**



On paie deux fois : l'examen et le médicament



**mais CA NE MARCHE PAS
OU SI PEU !**



La propagande des thérapeutiques ciblées

vendues au patient sur
mensonges

seraient plus efficaces que les
traitements classiques

on les prend par la bouche

« ce n'est pas de la chimio ,

on ne perd pas ses cheveux

Et que c'est bien toléré !!!!

Affirmations mensongères.....

Une propagande mensongère fait croire au miracle via des médecins lobbyistes



« L'approche ciblant une anomalie génétique tumorale spécifique s'avère **plus efficace, avec moins d'effets indésirables graves** que la chimiothérapie »

Jacques Cadranel.

qui a des liens d'intérêt avec : Pfizer, Lilly, Astra-Zeneca, Boeringher, GSK, Roche, Novartis

Réalité décevante et ruineuse

Très peu efficaces
Aussi dangereuses parfois plus
Considérablement plus
coûteuses



Or : 32 euros/gramme

Tant par le prix des traitements

3000 à 5000 €/mois VOIRE BEAUCOUP PLUS

que par examens moléculaires des tumeurs
(500 à 1000 €/examen)



Thérapies ciblées 5000 euros/ gr

Nouveaux traitements peu ou pas utiles aux malades voire nocifs

DISCORDANCE MAJEURE ENTRE

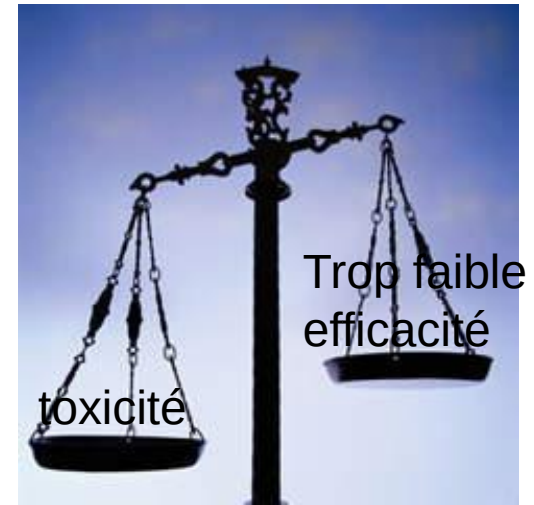
TRÈS FAIBLE EFFICACITÉ

ET PRÉSENTATION TROMPEUSE

*SUR MÉDIAS GRAND PUBLIC (TV,
RADIO, JOURNAUX)*

ET MÉDICAUX

(REVUES MÉDICALES, CONGRÈS ET ENSEIGNEMENTS
POST UNIVERSITAIRES)



nouveaux traitements peu ou pas utiles aux malades voire nocifs

TOXICITÉ CONSIDÉRABLEMENT SOUS-ESTIMÉE CAR
TEST TROP COURT

TROP PEU EFFICACES,
LE PLUS SOUVENT INUTILES ET NUISIBLES
CAR

**BALANCE BÉNÉFICE /RISQUES PENCHE DU
CÔTÉ DES RISQUES**

**SURTOUT PRIVE LE PATIENT DES
TRAITEMENTS DEMONTRES EFFICACES !!!!!**



Et pendant
ce temps-là,
qui paie ?
Nous tous !

autrefois les médicaments en
experimentation étaient fournis par les labos

Mais ils ont pleuré efficacement

depuis le début du siècle, les tests sont
pratiqués sur qq patients

L'AMM OCTROYEE TRES VITE

LE MEDICAMENT COMMERCIALISE ET ESSAIS
A GRANDE ECHELLE SUR LES PATIENTS LES
COBAYES

ET LES LABOS ENGRANGENT DES BENEFICES
FABULEUX

COMMENT TRUQUER LES INFORMATIONS MEDIATISEES

Propagande sans limites: exemple en 2012

« **Cancer du rein métastasé : la guérison est possible**

...Grâce à cette étude réalisée à l'IGR, des malades pourront vivre sans un traitement très onéreux devenu inutile. Les cancérologues ont réussi à obtenir des "rémissions complètes" chez des malades souffrant d'un cancer du rein métastasé. Cette belle victoire vient d'être annoncée par les Drs **Laurence Albiges et Bernard Escudier**.... »

Cancer du rein métastasé : la guérison est possible !

Grâce aux nouvelles thérapies dites ciblées, des patients connaissent le bonheur de vivre de nouveau normalement

PAR ANNE JEANBLANC

Publié le 24/01/2012 à 16:54 | Le Point.fr

Le Point



Cancers du rein métastasés. Premières rémissions complètes. Publié le 20/03/2012 à 12h54 Sabine de la Brosse Le **Pr Bernard Escudier**, décrit l'efficacité d'un **nouveau protocole d'immunothérapie** soulevant un arrêt du traitement

Pour mieux tromper

Changer les critères introduction des critères de substitution !
(surrogate criteria)

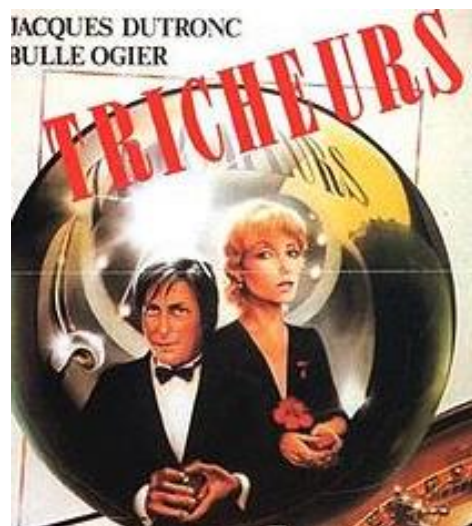
“survie sans progression” n’est que l’analyse de la stabilité d’une lésion
cible choisie par l’examineur (une méta pulmonaire par exemple)

facile à mesurer sur un scanner par ex

Ne traduisant en rien l’ensemble de la réponse du patient

évalué sur quelques semaines

TROMPERIE MAIS SUR LAQUELLE SE BASENT LES NOUVELLES AMM



Astuces habituelles des publicités trompeuses ou mensongères

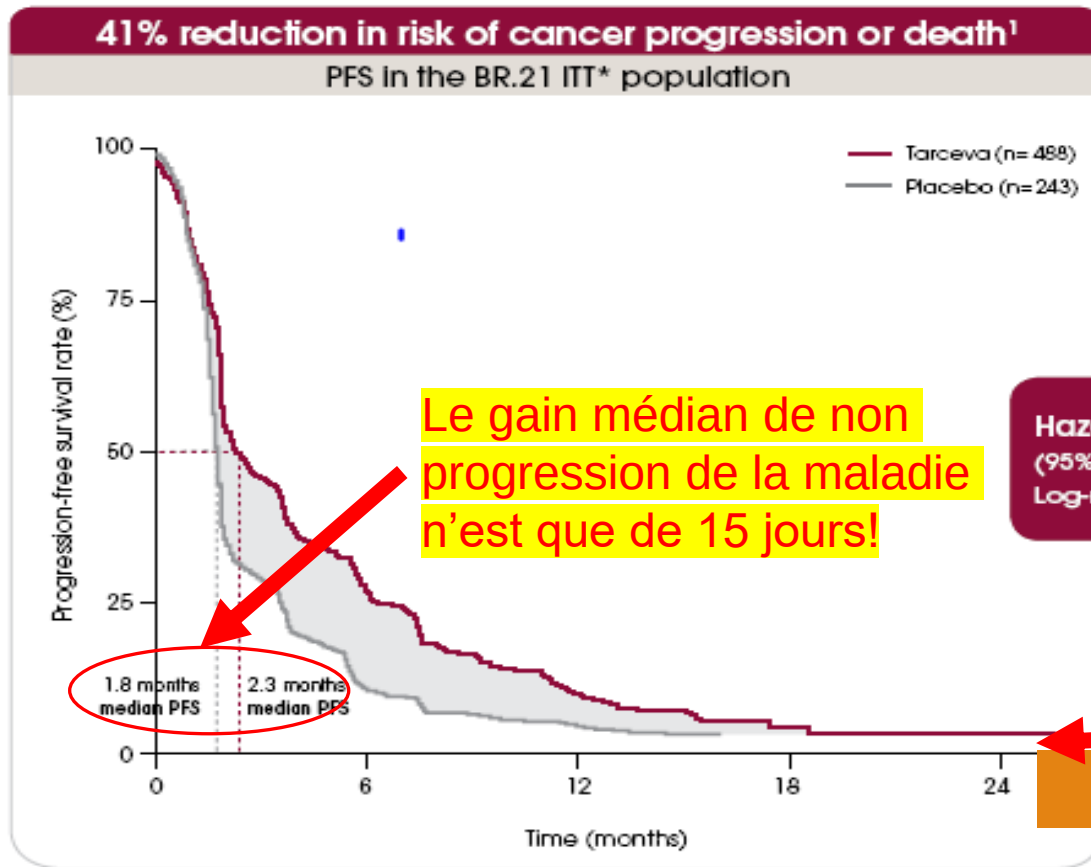
Confondre la survie globale (le fait d'être vivant) **avec la survie sans progression** (Progression Free Survival ou PFS) qui représente seulement le temps durant lequel la tumeur ne progresse pas d'après l'imagerie

Additionner la diminution du risque de progression tumorale à la diminution de risque de mort

Ne jamais préciser que cette **diminution du risque est très courte** (quelques semaines)

Exemple de publicité trompeuse (Tarceva*)

Le laboratoire prétend que sa drogue « **réduit de 41% le risque de progression tumorale ou de mort** ».



Affirmation
trompeuse qui
mélange deux
critères

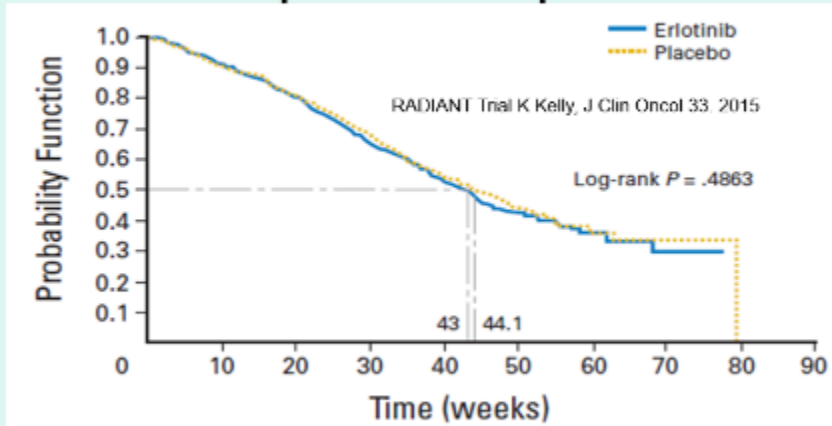
Le gain médian de non
progression de la maladie
n'est que de 15 jours!

Le risque de mort n'a pas
été réduit puisque tous les
malades traités ont rechuté
et sont morts

Dans cette publicité le laboratoire applique la recette du pâté d'alouette et de cheval en mélangeant survie globale vraie avec « survie sans progression » (critère sans intérêt pour le malade) pour affirmer que son produit réduit la mortalité

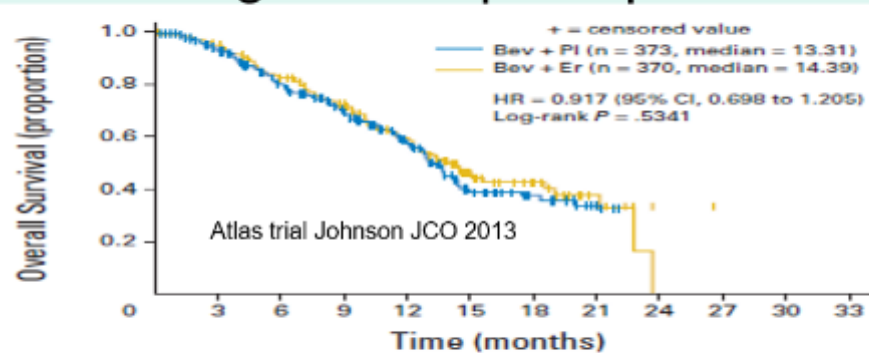
Tarceva inutile dans le cancer du poumon

Tarceva inutile dans le cancer du poumon opéré



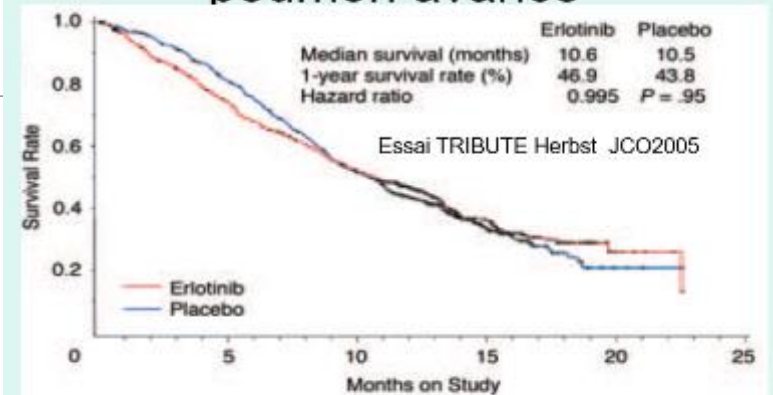
L'addition de tarceva à une chimiothérapie bidroque n'augmente pas la survie des malades opérés

Tarceva inutile en deuxième ligne thérapeutique



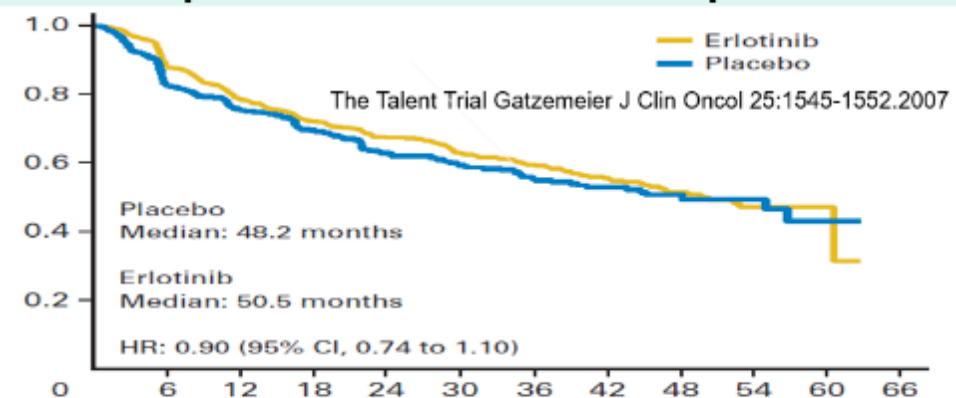
L'addition d'erlotinib à l'avastin en seconde ligne thérapeutique n'apporte aucun gain de survie

Tarceva inutile dans le cancer du poumon avancé



L'addition de tarceva à une chimiothérapie bidroque n'augmente pas la survie des malades inopérables

Tarceva inutile dans le cancer du poumon métastatique



Le Tarceva ne guérit aucun malade métastatique et retarde en moyenne le décès d'à peine 70 jours

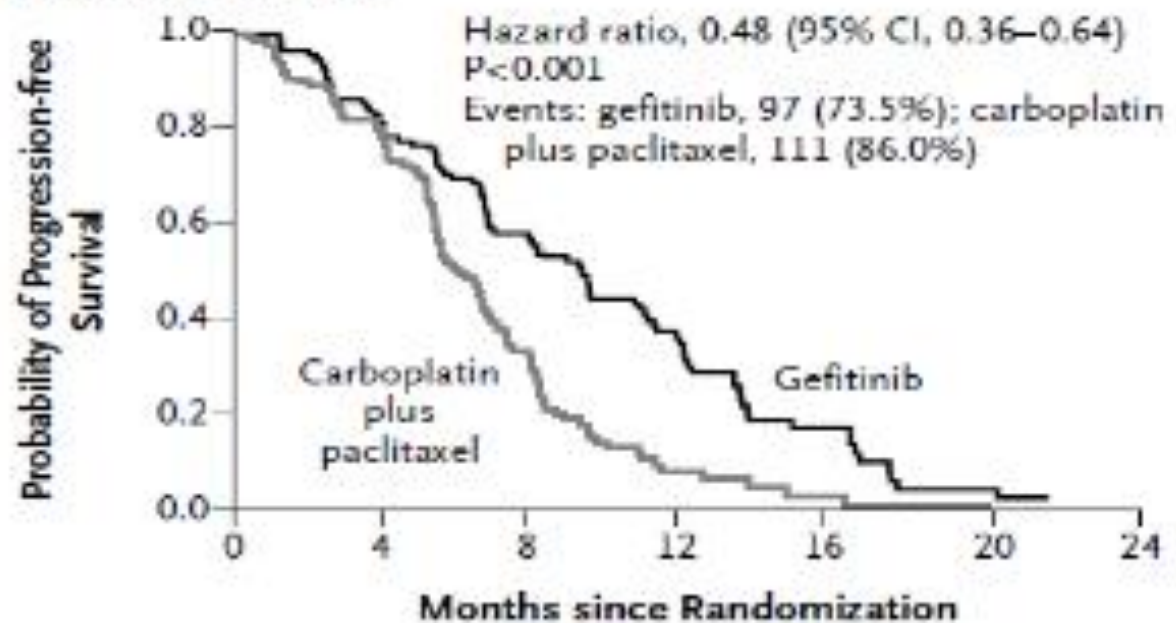
Pub Iressa et cancer du poumon

Astra-Zeneca essai IPASS prétendait qu'il donnait de meilleurs résultats que chimiothérapie en première intention.

«Dans ces études, le nouveau traitement, s'il n'a pas guéri les malades, a cependant permis de doubler leur espérance de vie»

Jacques Cadranel

B EGFR-Mutation-Positive



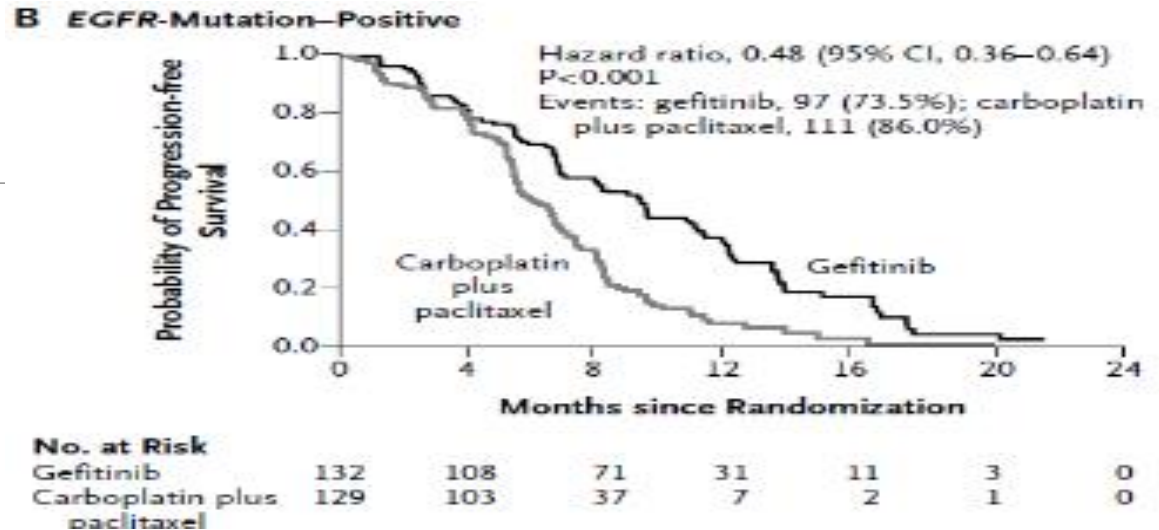
No. at Risk

Gefitinib	132	108	71	31	11	3	0
Carboplatin plus paclitaxel	129	103	37	7	2	1	0

Réalité : iressa n'augmente jamais la survie globale et parfois même la diminue (sur les 9 essais sur les malades souffrant de tumeurs egfr muté, 1 seul annonce 1 gain de survie globale, 2 une diminution de la survie et les 6 autres décrivent prolongation de 2 à 3 mois de la stabilisation tumorale sans bénéfice de survie globale) .

Pub Iressa et cancer du poumon

QUI RACONTE CELA
SUR TOUTES LES
ONDES ?



Jacques Cadranel

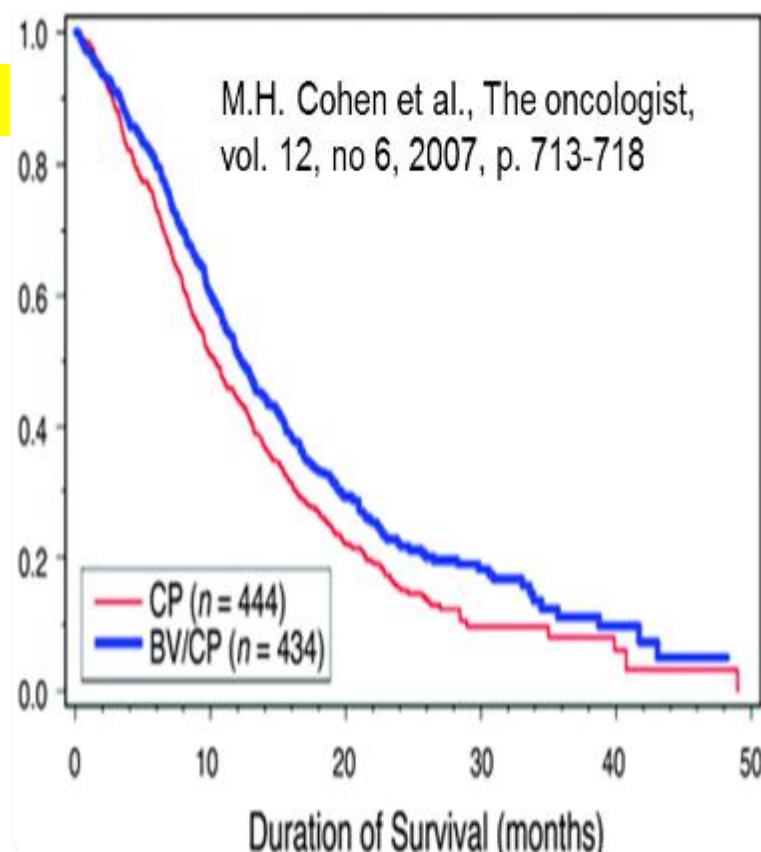
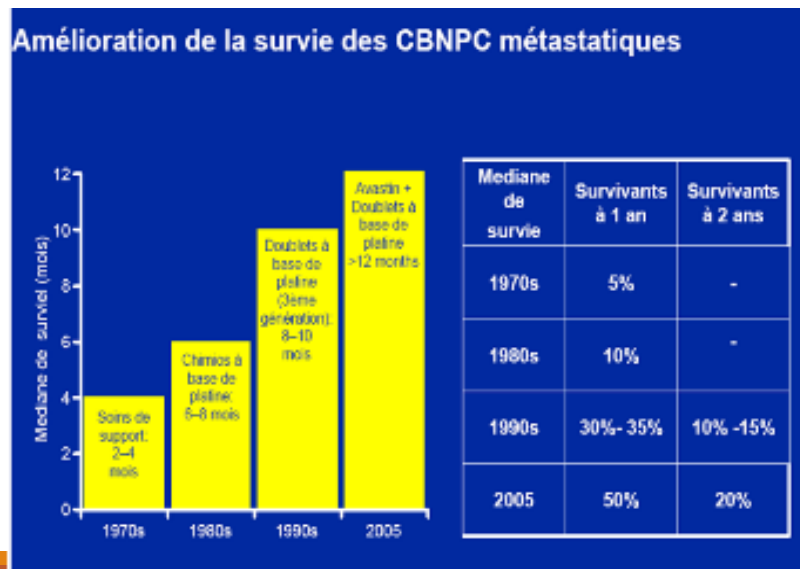
qui présente des liens d'intérêt avec : Pfizer, Lilly, Astra-Zeneca, Boeringher, GSK, Roche, Genentech, MSD, Bayer, Novartis, Clovis...

CERISE SUR LE GATEAU

COUT DU TRAITEMENT PAR CHIMIO qq centaines d'€
PAR IRESSA qq milliers d'€

AVASTIN (bevacizumab) poumon

L'étude ECOG 4599 **proclame**
comme succès un gain de 2 mois
de survie globale des cancéreux
métastatiques Ce résultat a
permis d'obtenir l'AMM et sert de
support publicitaire mondial,

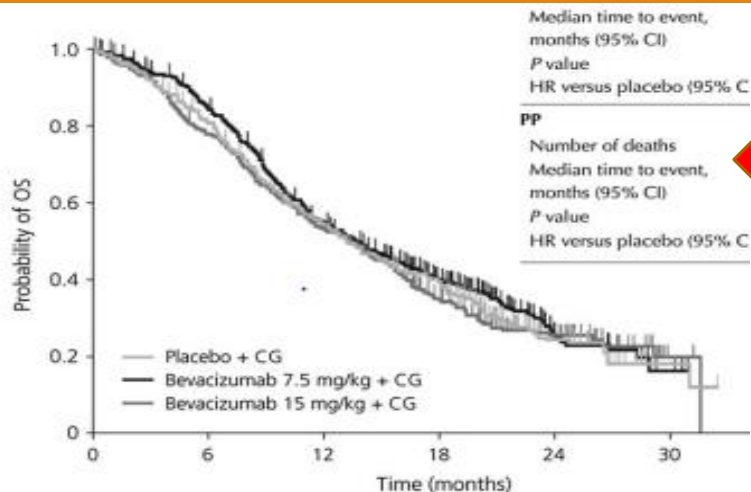


the average cost per course of therapy in
NSCLC is approximately \$56,000.

Propagande de l'IGR

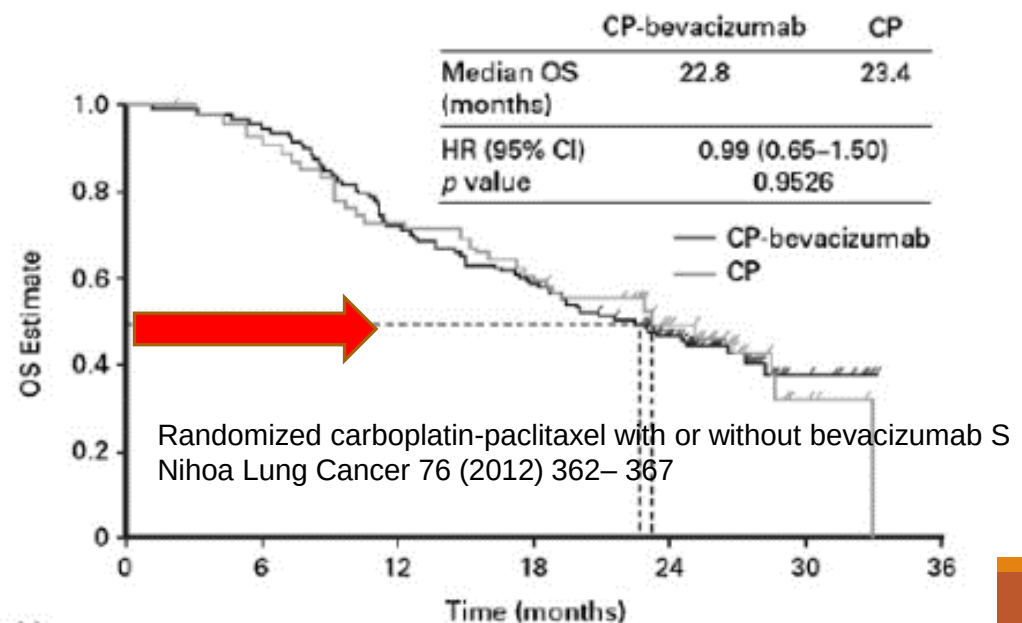
Mais depuis aucun essai n'a retrouvé le bénéfice de survie annoncé! **POUMON**

Reck analyse finale de l'essai avastin Avail Annals of Oncology 21: 1804–1809, 2010



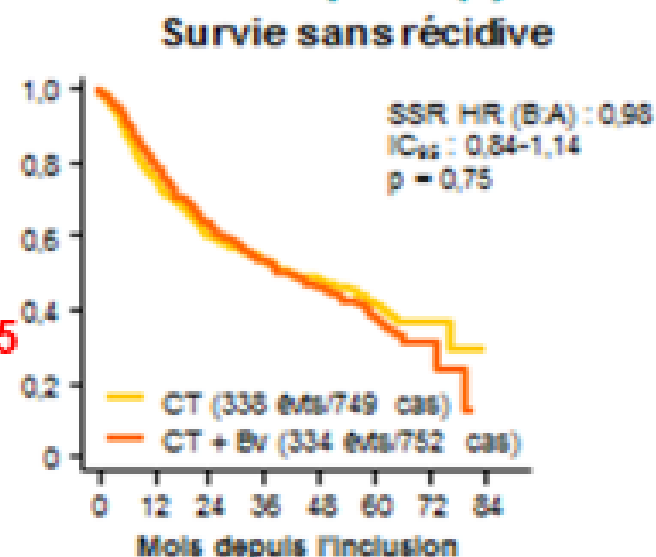
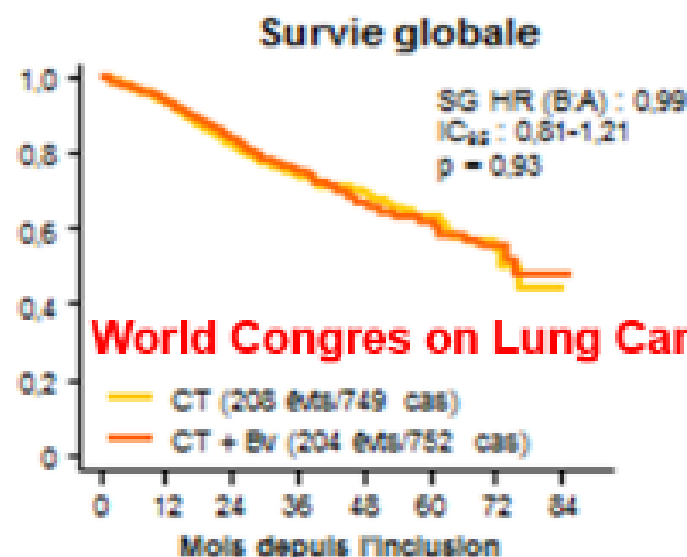
L'analyse finale de l'essai Avail ne montre **aucun bénéfice de survie globale** aux patients qui reçoivent de l'avastin

Dans cet essai japonais les malades traités par avastin+chimio vivent en moyenne 18 jours de moins que ceux qui traités chimiothérapie seule!



Avastin inutile après chirurgie

Essai E1505 : CT adjuvante avec ou sans bévacicumab dans les CBNPC de stade IB à IIIA en résection complète (4)



L'adjonction d'avastin à la CT adjuvante n'apporte aucun bénéfice de survie mais augmente la toxicité du traitement

La balance efficacité/risques de l'Avastin* est défavorable

Complications nombreuses et graves **3% de mortalité secondaires à l'avastin** dans l'essai ECOG

Perforations gastro-intestinales, Hémorragies, Accidents thromboemboliques, Crise HTA, Défaillance cardiaque; Syndrome néphrotique, Sepsis, Retard de cicatrisation

....

« *Le Bevacizumab permet de prolonger la survie d'environ deux mois. Il ne paraît donc pas approprié de choisir un traitement aussi onéreux grevé de tant de complications pour un bénéfice*

clinique aussi minime » The Use of Bevacizumab in Non-Small

Cell Lung Cancer: An Update LAUROS, ANTICANCER RESEARCH 34: 1537-1546 (2014)

Avastin*Omerta!

médicament protégé!!

- ▣ Jérôme VINCENT, journaliste, a publié dans l'hebdomadaire Le Point du 26 novembre 2013 un bon article intitulé «Médicament dangereux du mois – L'AVASTIN®, médicament inefficace contre le cancer »

Un collectif de 78 cancérologues (presque tous liés à Roche) a obtenu un « droit de réponse » **sans que Le Point ne leur demande de préciser leurs liens d'intérêts comme la loi le prévoit.**

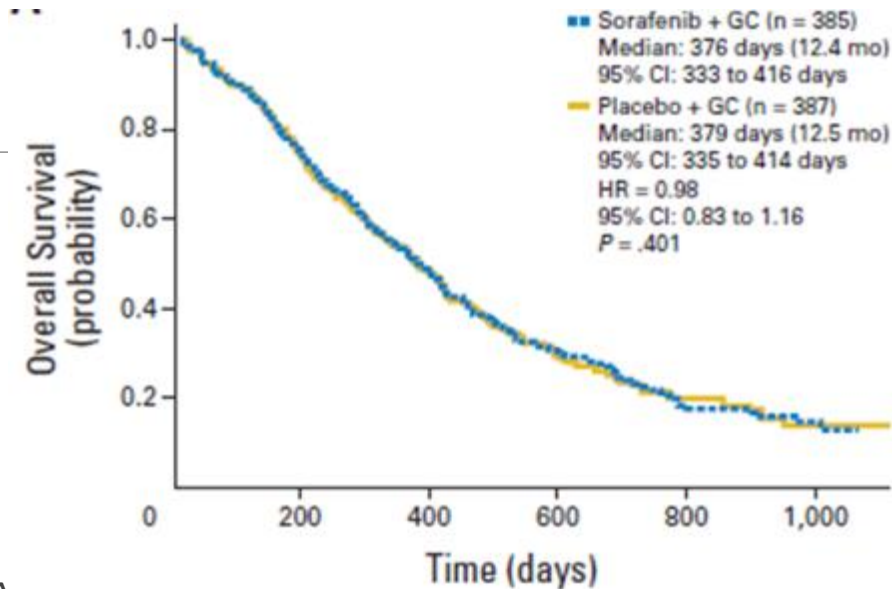
Cette tribune fut republiée par le blog DOCBUZ, qui rajoutait : "Les cons, ça ose tout.", par La Dépêche ...



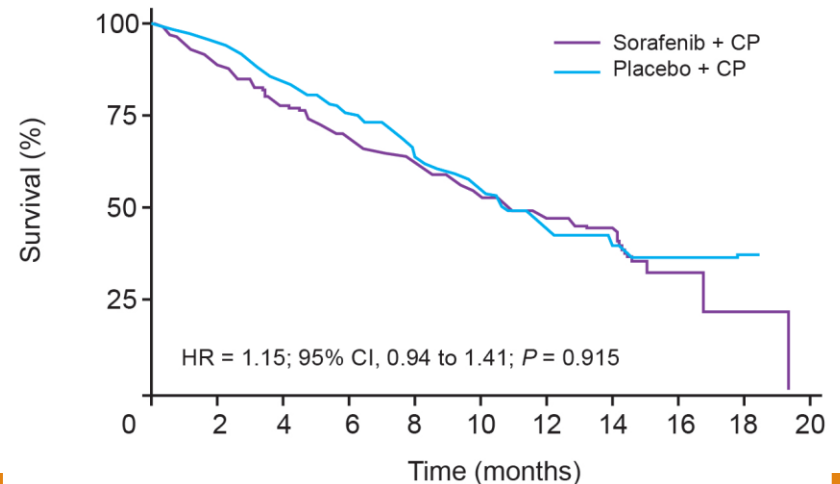
Au 15 02 2017 un gramme d'or coute 30 euros et un gramme d'avastin plus de 3000 euros ! En France, son utilisation revient entre 1 633 et 3 270 euros par mois

NEXAVAR (sorafenib) inutile

L'ajout de Sorafenib à la chimiothérapie par Gemcitabine/Cisplatine **n'améliore pas la durée de survie** des malades métastatiques,



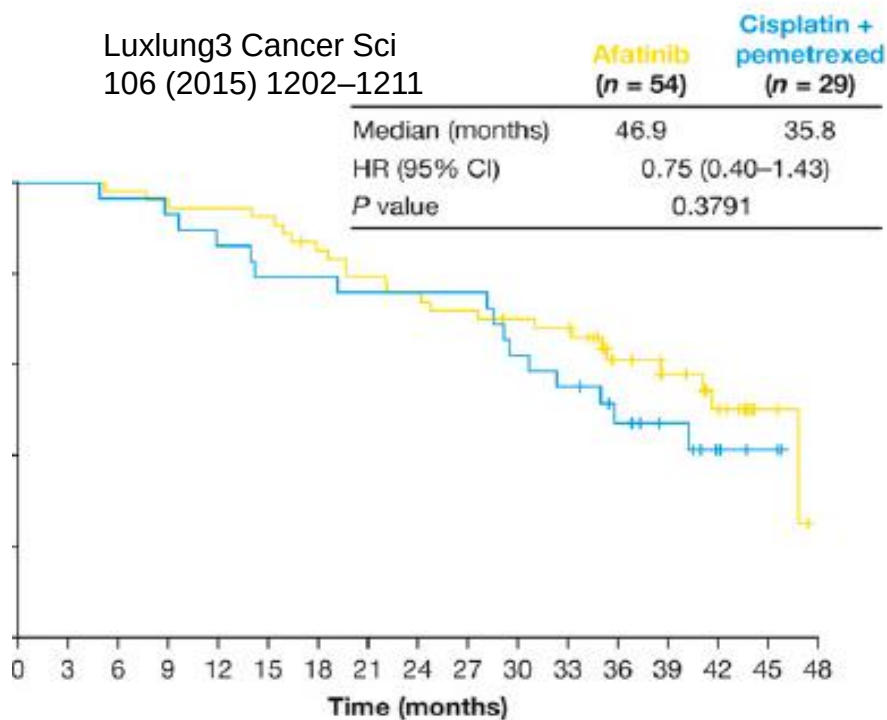
L'ajout de Sorafenib à la chimiothérapie par Placitaxel/Carboplatin **n'améliore pas la durée de survie** des malades souffrant de cancer avancé,



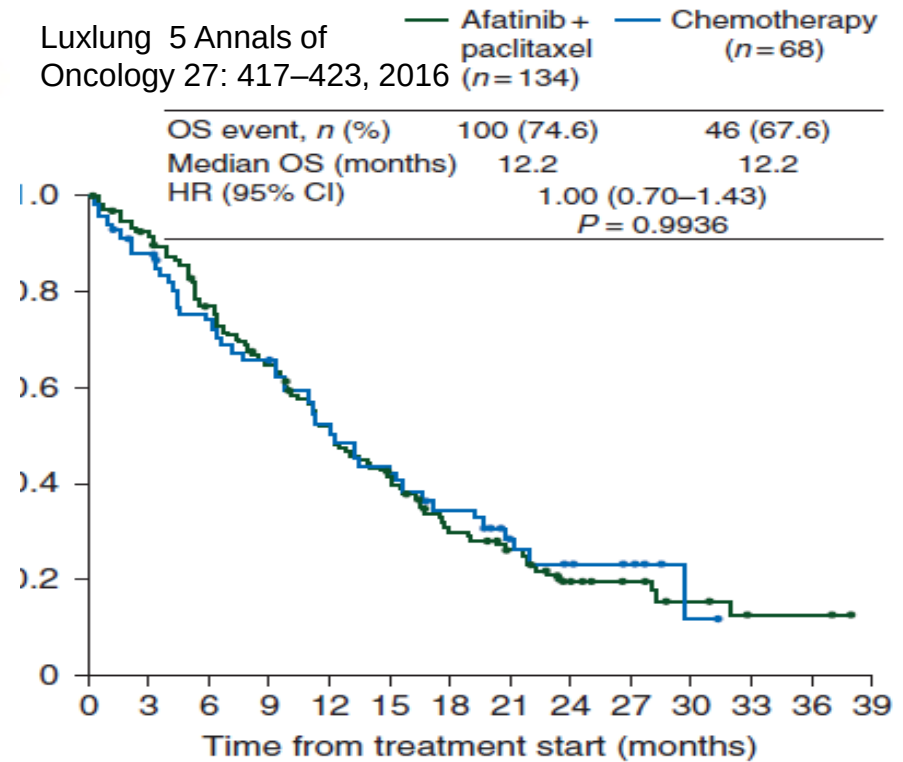
Giotrif* (afatinib) globalement inutile

Sur l'ensemble des patients les essais LUX-Lung 1,3,6 ont démontré l'absence d'amélioration de la survie globale par afatinib.

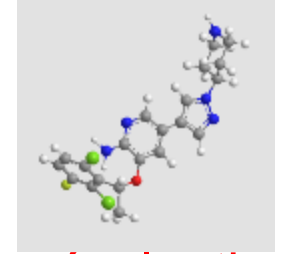
Luxlung3 Cancer Sci
106 (2015) 1202–1211



Luxlung 5 Annals of
Oncology 27: 417–423, 2016



Crizotinib : Xalkori*

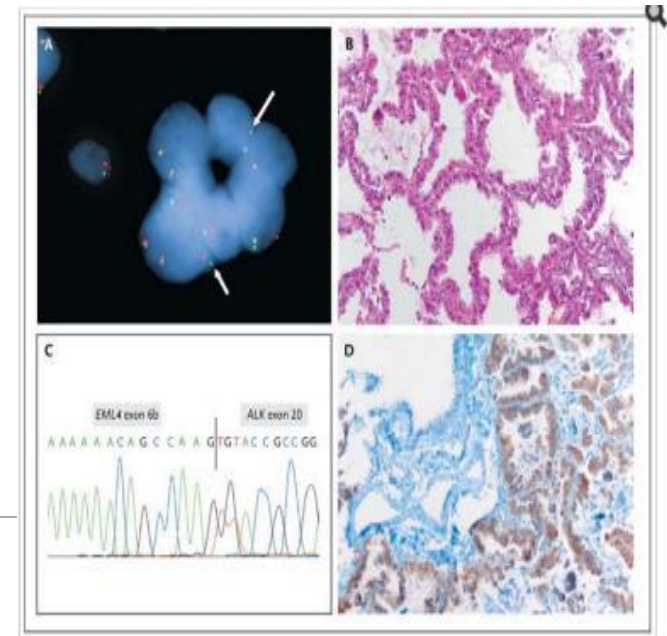


Son prix est astronomique £37.512 d'après une évaluation
NICE

XALKORI ANTINÉOPLASIQUE DE LA
CLASSE DES INHIBITEURS DES
PROTÉINES KINASES DESTINÉ AU
TRAITEMENT DES **CANCERS DU POUMON
NON À PETITES CELLULES**

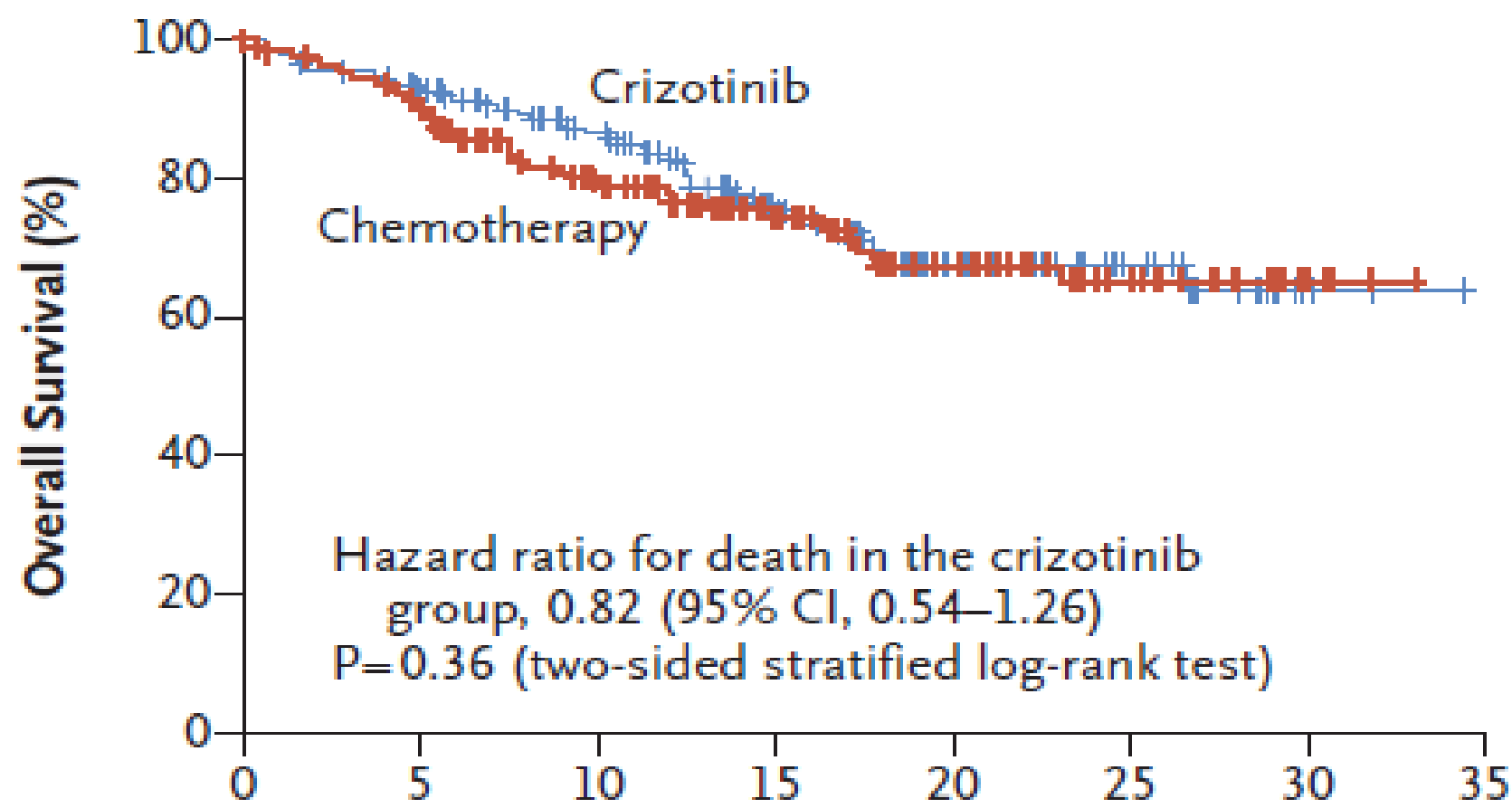
26/8/2011, THE U.S. FOOD AND DRUG
ADMINISTRATION L'A AUTORISÉ
À LA MISE SUR LE MARCHÉ

POUR TRAITER LES CPNPC AVANCÉS OU
MÉTASTATIQUE EXPRIMANT LE GÈNE
(ALK).



Diagnosis of an *EML4-ALK*-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer in a Single Representative Patient

Overall Survival



Crizotinib ne guérit pas plus de malades que la chimiothérapie,
ni n'augmente le durée médiane de survie
durée médiane de stabilisation de la maladie seulement
augmentée de 3 mois

Bilan des thérapies ciblées dans le cancer du poumon

Randomized Trials with Targeted Therapies in Front-Line NSCLC

TRIAL	TARGET	CT	GROUP	COMMENT
Iressa	EGFR	GC	AstraZeneca	Closed, no benefit
Iressa	EGFR	PC	AstraZeneca	Closed, no benefit
Tarceva	EGFR	PC	Genentech/OSI	Closed, no benefit
Tarceva	EGFR	GC	Genentech/OSI	Closed, no benefit
ABXEGFR	EGFR	PC	Amgen	Closed, no benefit
AG3340	MMP	PC	Agouron	Closed, no benefit
AG3340	MMP	GC	Agouron	Closed, no benefit
BMS275291	MMP	PC	BMSO	Closed, no benefit
Lonafarnib	FT (ras)	PC	Schering	Closed, no benefit
ISIS 3521	PKC α	PC	ISIS	Closed, no benefit
Targretin	RXR	PC	Ligand	Closed, no benefit

CLOSED NO BENEFIT!

Les anti-angiogénèses sont inutiles dans les cancers du poumon!

L'analyse de 25 essais randomisés de phase III portant sur 19098 patients montre que « *les anti-angiogénèses entraînent des réponses et augmentent la survie sans progression par rapport à l'absence de traitement mais n'apportent aucun bénéfice en termes de survie globale* »

Raphael J et al., ASCO communication orale
18.04 2015

*Conclusion le seul
traitement
potentiellement
curateur du cancer
du poumon est
local*

EN CAS DE MÉTASTASE OU TUMEUR NON OPÉRABLE, LES CHIMIOTHÉRAPIES CLASSIQUES BIDROGUES ONT UNE CERTAINE EFFICACITÉ ET CONSTITUENT LE TRAITEMENT DE RÉFÉRENCE.

LES THÉRAPIES CIBLÉES RESTENT EXPÉRIMENTALES N'ONT PAS PERMIS DE GUÉRIR UN SEUL MALADE

ONT SEULEMENT PARFOIS PROLONGÉ DE QQ SEMAINES LA DURÉE DE VIE DE QQ MALADES

AU PRIX DE COMPLICATIONS NOMBREUSES PARFOIS LÉTALES ET DE CERTAINS CAS D'ACCÉLÉRATION DE LA MALADIE!

LE CANCER JADIS MALADIE LONGUE ET PÉNIBLE

DEPUIS LES THÉRAPIES CIBLÉES TROP SOUVENT UN CANCER FOUDROYANT!

autre
exemple

médicaments
innovants et
cancer du rein



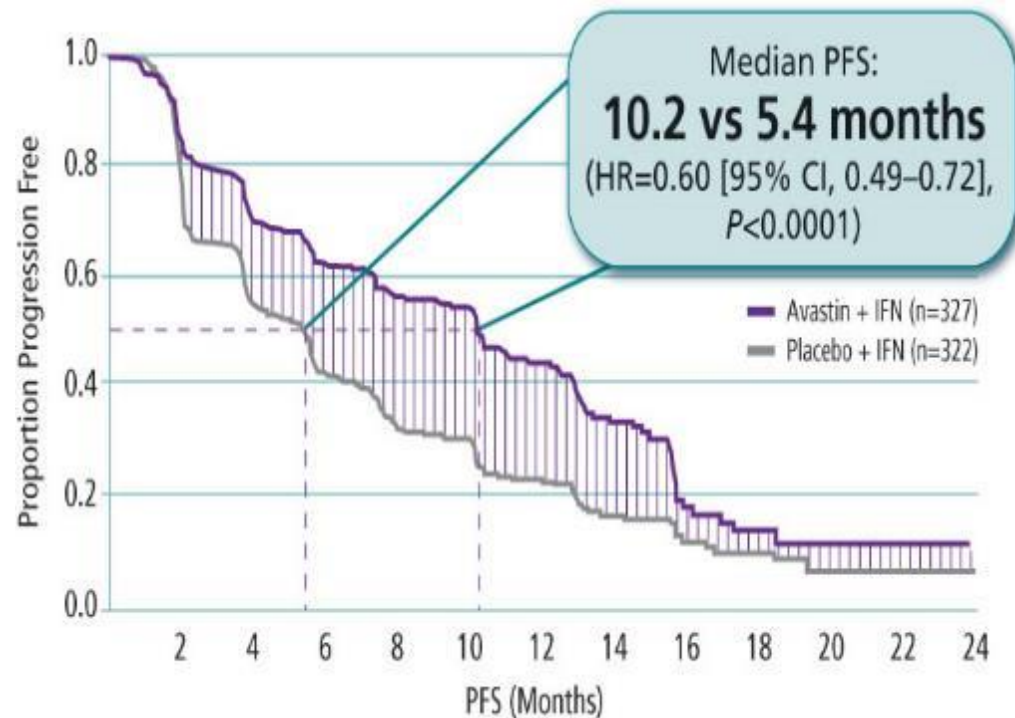
publicité trompeuse pour l'Avastin* rein

Dr Escudier B Département de médecine de l'Institut Gustave

« Comparé à l'interféron seul, l'association bévacizumab-interféron double le temps de survie sans progression. »¹

¹ ESCUDIER B, Phase III trial of bevacizumab plus interferon alfa-2a in patients with metastatic renal cell carcinoma (AVOREN): final analysis of overall survival.; J Clin Oncol. 2010 May 1;28(13):2144-50 Rous

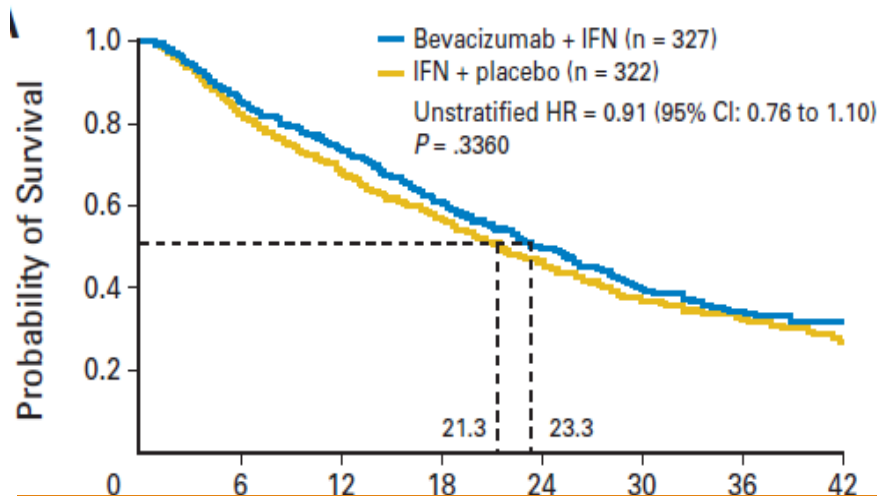
Conseiller et Honoraires de : F. Hoffmann-La Roche , Bayer, Pfizer, Inate, Wyeth, Antigenics ...



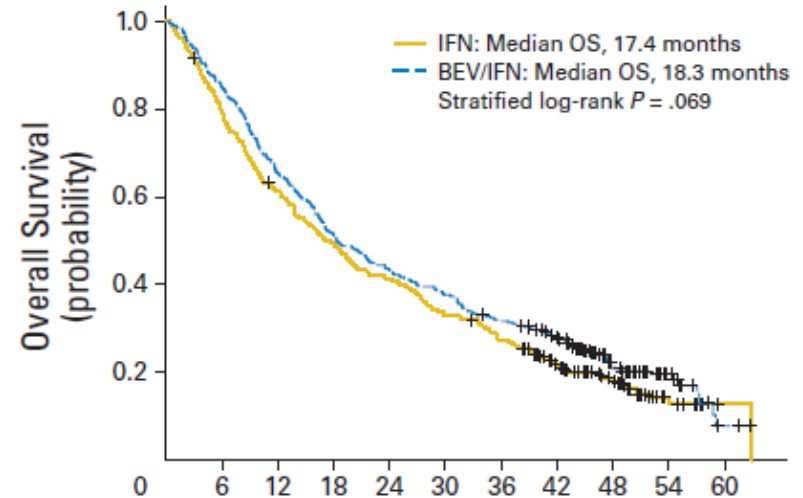
Le « temps de survie sans progression » est un critère subjectif reposant sur l'appréciation d'un comité de médecins soit disant indépendants (mais payés par le laboratoire) qui montre que le médicament est **un peu efficace mais pas qu'il est utile**

Réalité : Avastin inutile et toxique rein

Les résultats finaux de ces essais n'ont pas pu mettre en évidence de gain significatif de survie du patient



AVOREN:Final Analysis
J Clin Oncol 28:2144-2150. 2010



Final Results of CALGB 90206 J Clin
Oncol 28:2137-2143.2010

L'efficacité trop faible de l'Avastin, sa toxicité importante, son coût annuel exorbitant ne justifient plus de le proposer comme traitement du cancer du rein

Pub trompeuse Afitinor (Everolimus) REIN

Actualité publiée le 14-04-2010

Traitement de seconde intention

Afinitor® Novartis est désormais disponible en France depuis fin mars 2010.

Destiné aux patients atteints du cancer du rein métastatique en progression*,

réduit le risque de progression de la maladie et de décès de 67%.

PRETENDENT ILS ! MENSONGE

Recommandé par quatre grandes sociétés savantes internationales EORTC(1), EAU(2), ESMO(3) et NCCN(4),



Toujours la formule du pâté d'alouette et de cheval mélangeant absence de progression et survie globale

Les sociétés savantes et leurs membres chargés de l'élaboration des recommandations très liés aux big pharma

Dans l'étude pivot l'Afinitor s'est révélé incapable d'améliorer la survie!

Avis 2010 de la HAS : « **ASMR 4 (mineure)** En conséquence, **il n'est pas attendu d'intérêt de santé publique pour AFINITOR** dans cette indication. »

Pub trompeuse Nexavar*(sorafenib)

Cancer du rein. Un nouveau médicament affame les tumeurs.

Paris Match | Publié le 20/02/2007 à 09h37 | Mis à jour le 24/11/2016 à 11h17
Sabine de la Brosse

Le Dr Bernard Escudier, chef de l'unité d'immunothérapie à l'Institut Gustave-Roussy, explique l'action d'un nouveau traitement anticancéreux, récemment commercialisé aux Etats-Unis, qui bloque les vaisseaux nourriciers des tumeurs.



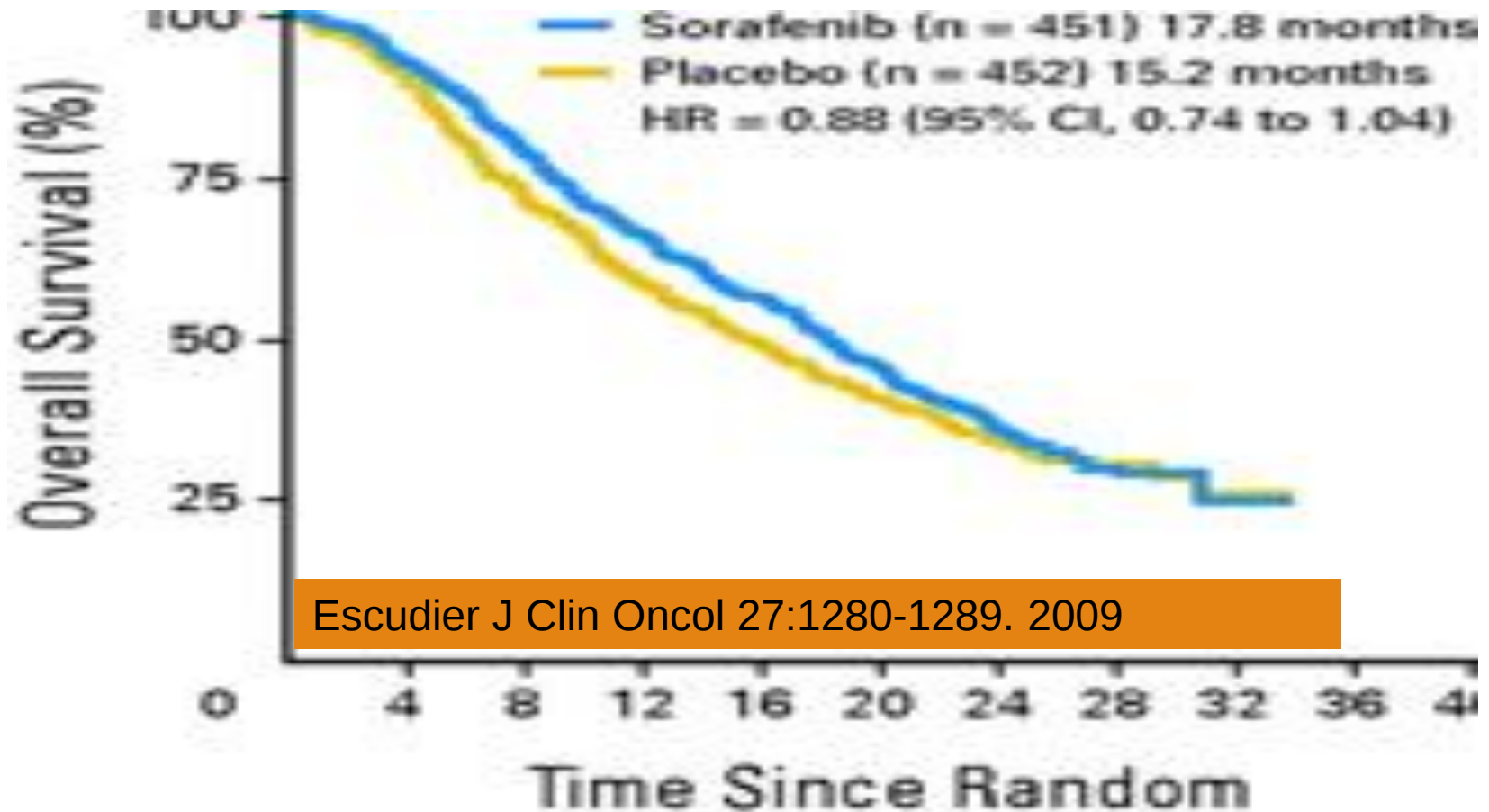
Présentation trompeuse mélangeant survie et survie sans progression

SURVIE SANS PROGRESSION DOUBLEE PAR RAPPORT AU PLACEBO



En réalité la courbe de survie des malades de l'essai montre que sans traitement (placebo) 40% d'entre eux vivent 2 ans et que le nexavar n'apporte rien!

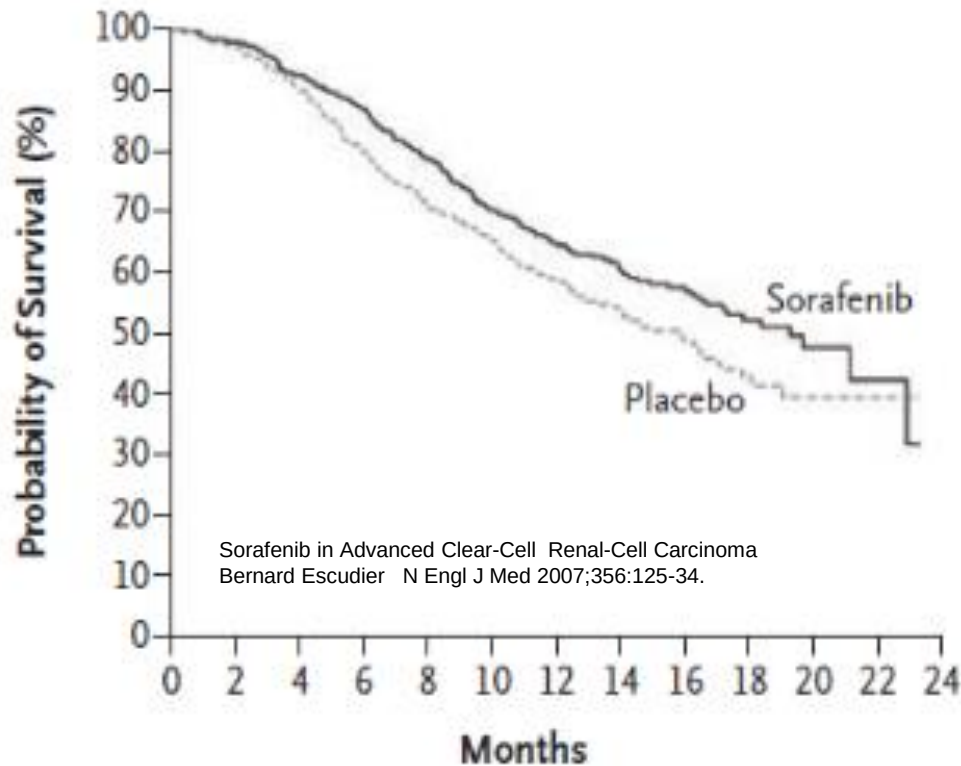
Réalité : Sorafenib inutile et toxique chez les malades métastatiques de cancer du rein



AUCUN GAIN SIGNIFICATIF DE SURVIE GLOBALE ET NOMBREUX EFFETS SECONDAIRES

Pub trompeuse Nexavar*(sorafenib) REIN

Présentation trompeuse mélangeant survie réelle et « survie sans progression » critère de substitution

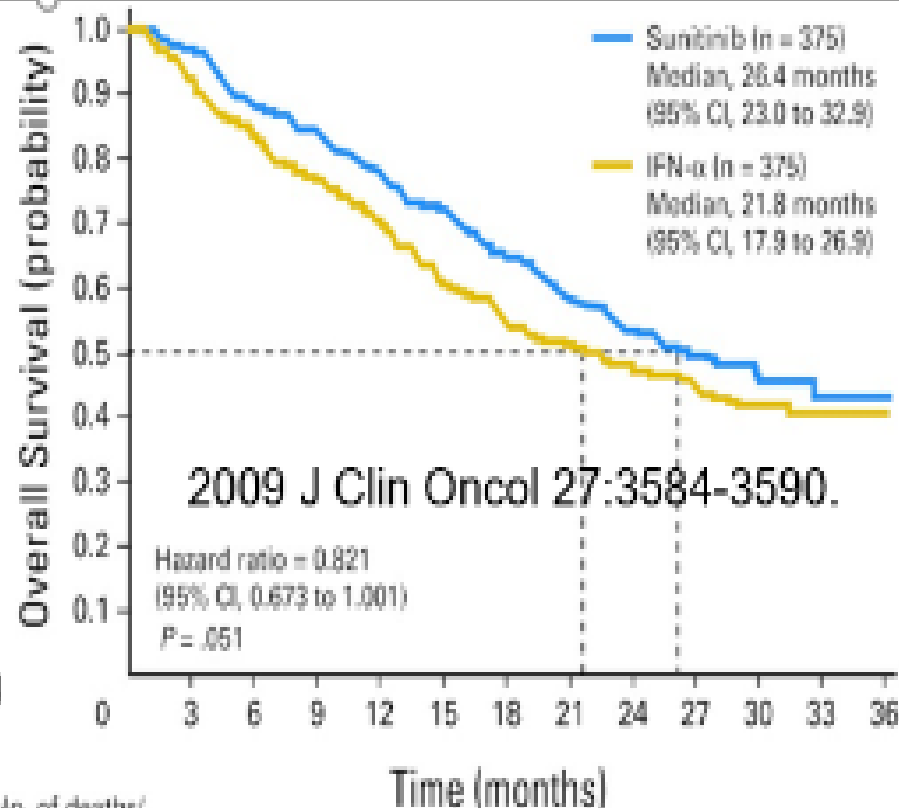
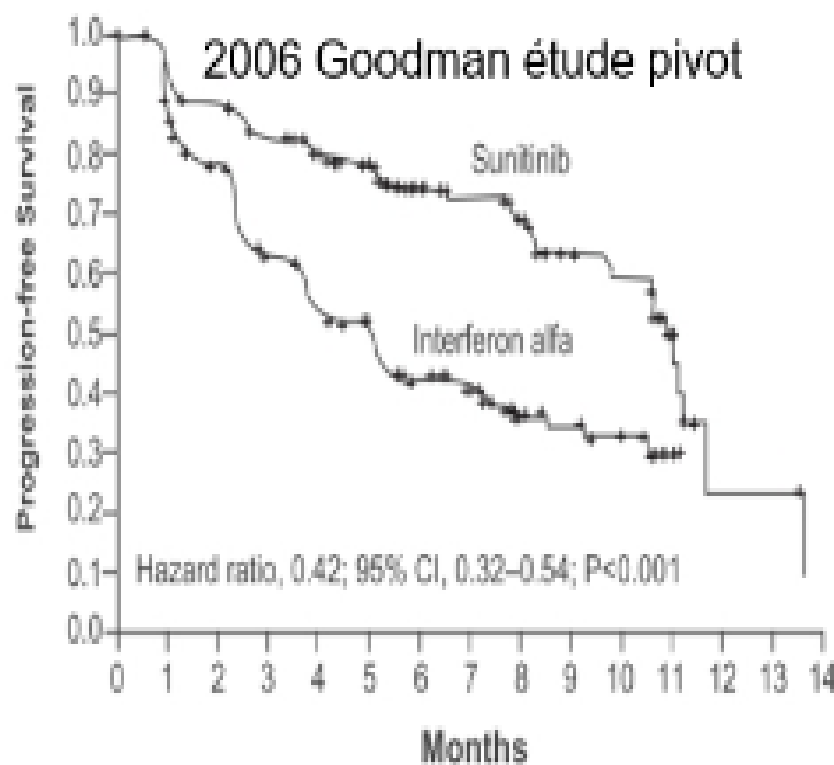


Réalité : à deux ans le sorafenib ne fait pas mieux que ...rien!

En réalité la courbe de survie des malades de l'essai montre que sans traitement (placebo) 40% d'entre eux vivent 2 ans et que le nexavar n'apporte rien!

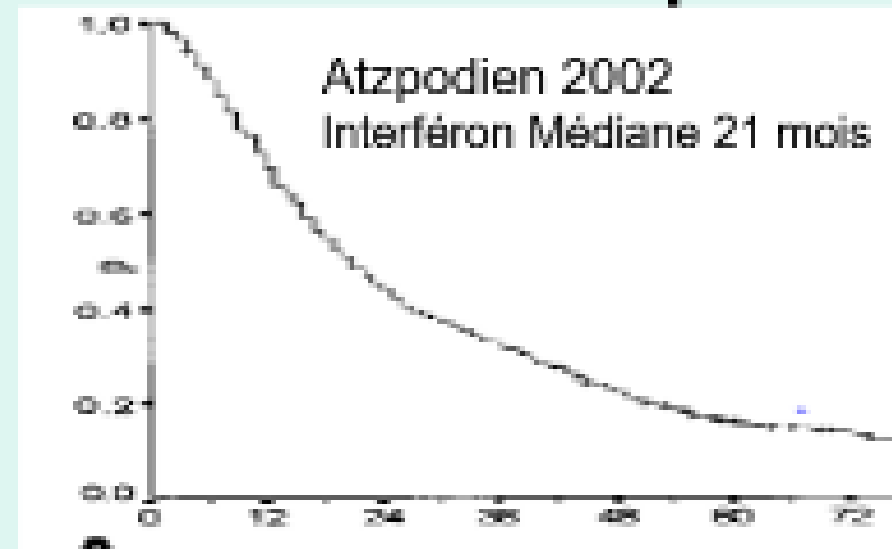
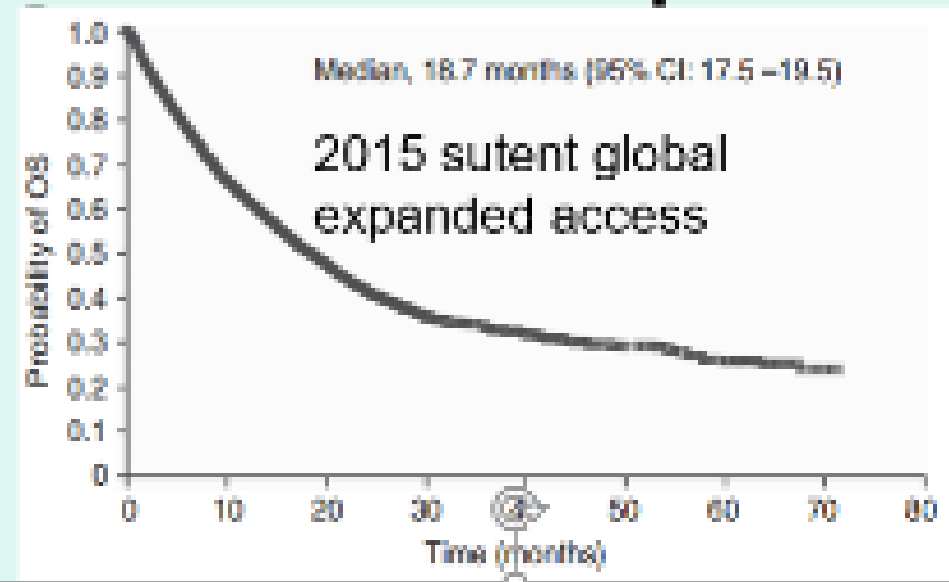
Pub SUTENT(Sunitinib)

5000 euros le gramme

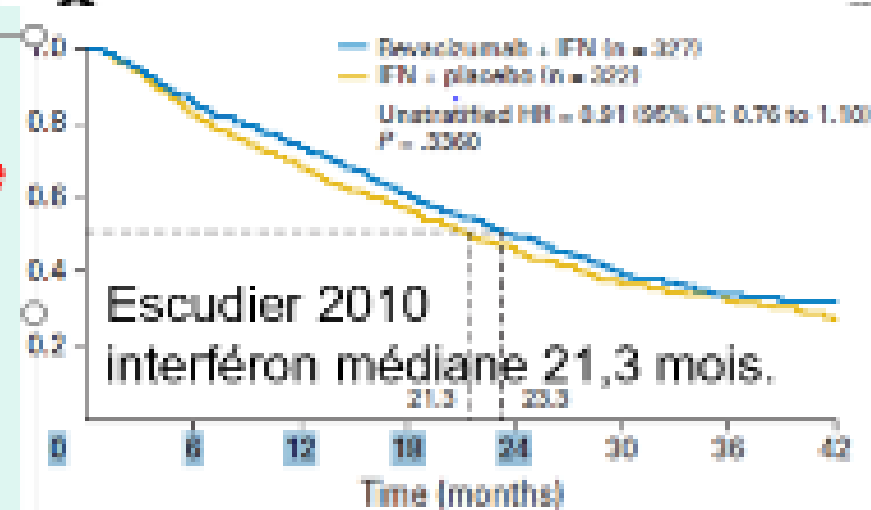


En 2006 l'étude pivot proclame un doublement de la médiane de survie sans progression (11 mois contre 5). En août 2009 Motzer et coll affirment une amélioration de la durée médiane de survie (26.4 mois contre 21.8)

Réalité : Sutent* pas mieux que l'interferon pour les métastatiques



Dans l'analyse finale de l'étude global expanded access « la survie médiane est de 18.7 mois, inférieure à la durée médiane de survie des malades traités par interféron seul dans les études de Atzpodien (21 mois) et Escudier (21,3mois).



Suten et Nexavar

Toxicité importante

étude Assure 2015

Hypertension,

16% du bras sorafenib, 16% sunitinib

4% du bras placebo

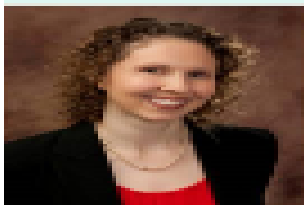
Augmentation du taux

de **syndrome pied main** 15%

vs (1% for placebo)

rash 15% (vs < 1% for placebo),

and diarrhée (9% vs 0% for placebo)



Après ablation d'un cancer du rein

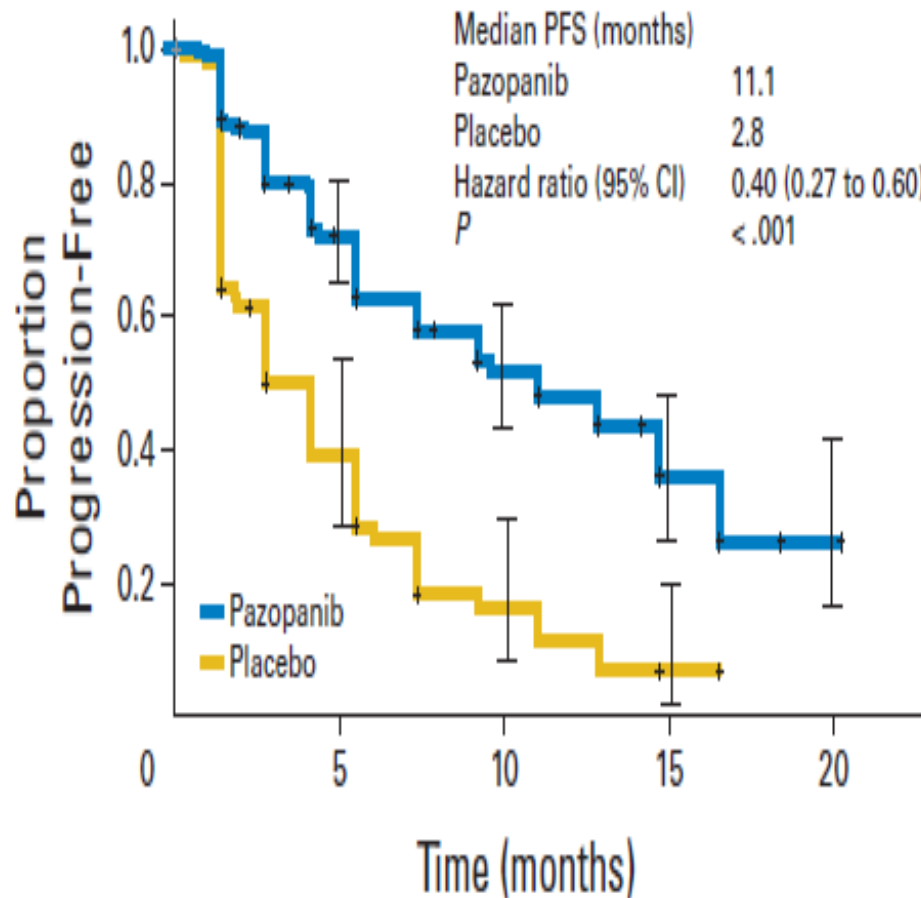
Nexavar et Suten sont inutiles !

VEGF TKI adjuvant therapy in RCC does not improve clinical outcomes
Stephanie Hawthorne ASCO 2015

L'étude ASSURE réalisée sur fonds publics a inclus 1943 patients avec K rein réséqué tirés au sort pour recevoir un an de suten* ou un an de nexavar* ou rien (un placebo).. **L'espérance de vie à 5ans atteint 80,7% pour les malades recevant un placebo contre 76,9 et 78,7 pour le Suten * et le Nexavar**

Ces drogues sont toxiques Il n'existe aucune raison à les utiliser après chirurgie . La surveillance régulière constitue le standard

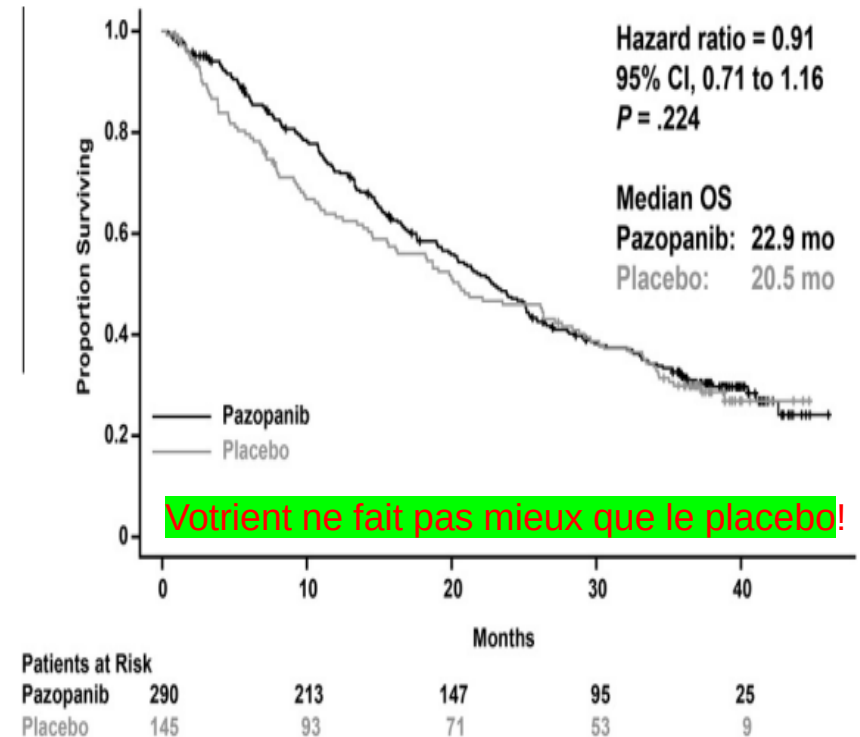
2010 Pub trompeuse votrient et réalité 2013 REIN



Cora N. Sternberg Clin Oncol 28:1061-1068. 2010

Efficacité affirmée **contre rien** et en **durée** sans progression faux critère !

C.N. Sternberg et al. / European Journal of Cancer xxx (2013) xxx-xxx



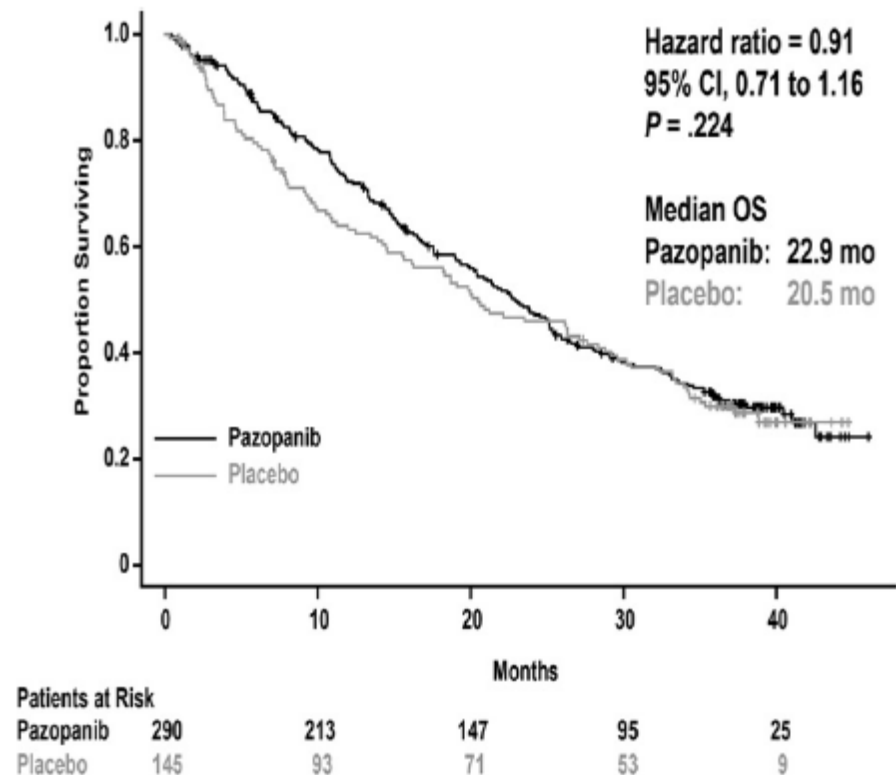
HAS : VOTRIENT n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR V, inexistante) le service médical rendu reste insuffisant pour justifier une prise en charge par la solidarité nationale

Votrient (pazopanib) inutile! REIN

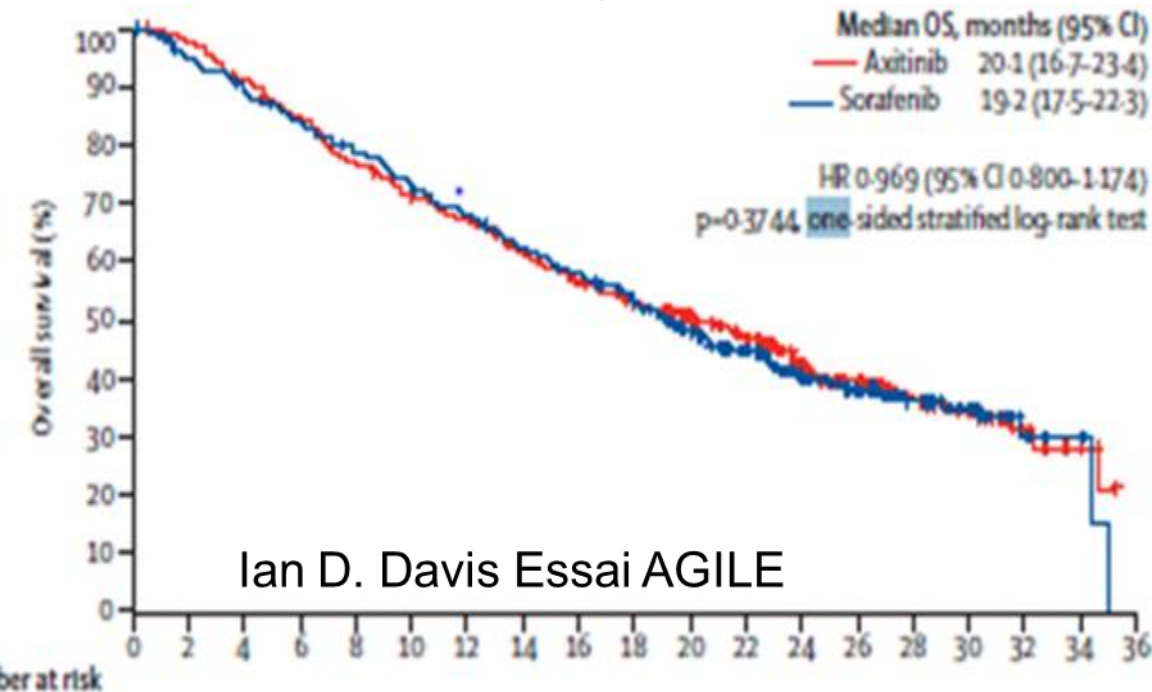
le 2 février 2011, la Haute autorité de santé a émis un avis défavorable au remboursement, avis confirmé lors d'un second examen du dossier le 26 juin 2013. «**VOTRIENT n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu dans le cancer du rein avancé ou métastatique**»

En avril 2013 l'auteur de l'étude pivot confirmait l'incapacité du votrient à prolonger la durée de survie.

C.N. Sternberg et al. / European Journal of Cancer xxx (2013) xxx-xxx



Axitinib Inlyta* inutile



La Commission européenne a autorisé sa mise sur le marché **dans le cancer du rein** métastatique le 3/ 9 2012 s'appuyant sur les résultats de l'essai comparant l'axitinib à la Sorafenib (**axitinib non inférieur à la sorafenib actuellement reconnue comme inefficace!**)

(5053€ pour 4 semaines)

Dans 3 essais de phase II axitinib a démontré une certaine activité anti tumorale mais sans augmentation significative de la durée de survie.

HAS : « amélioration du service médical rendu mineure (ASMR de niveau IV). La spécialité INLYTA n'est donc pas susceptible d'apporter une réponse au besoin de santé publique identifié. »

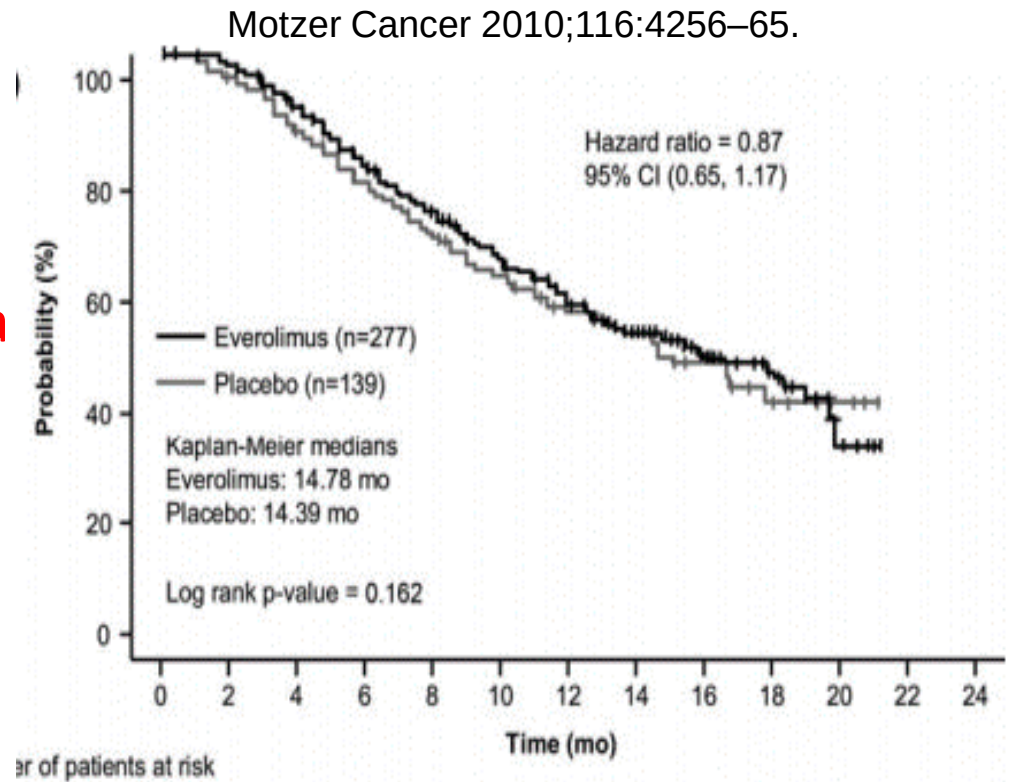
Everolimus (Afinitor®) inutile

Testé contre placebo après échec de TKI La comparaison de la durée de stabilisation tumorale est en faveur de l' everolimus (Hudes et al, 2007) MENSONGE

Sans aucune amélioration statistiquement significative de la durée de survie globale

Mais l'AMM a été attribuée aux USA comme en Europe.

En avril 2010 le résultat final de l'étude pivot confirmait l'incapacité de l'éverolimus à prolonger la durée de survie.



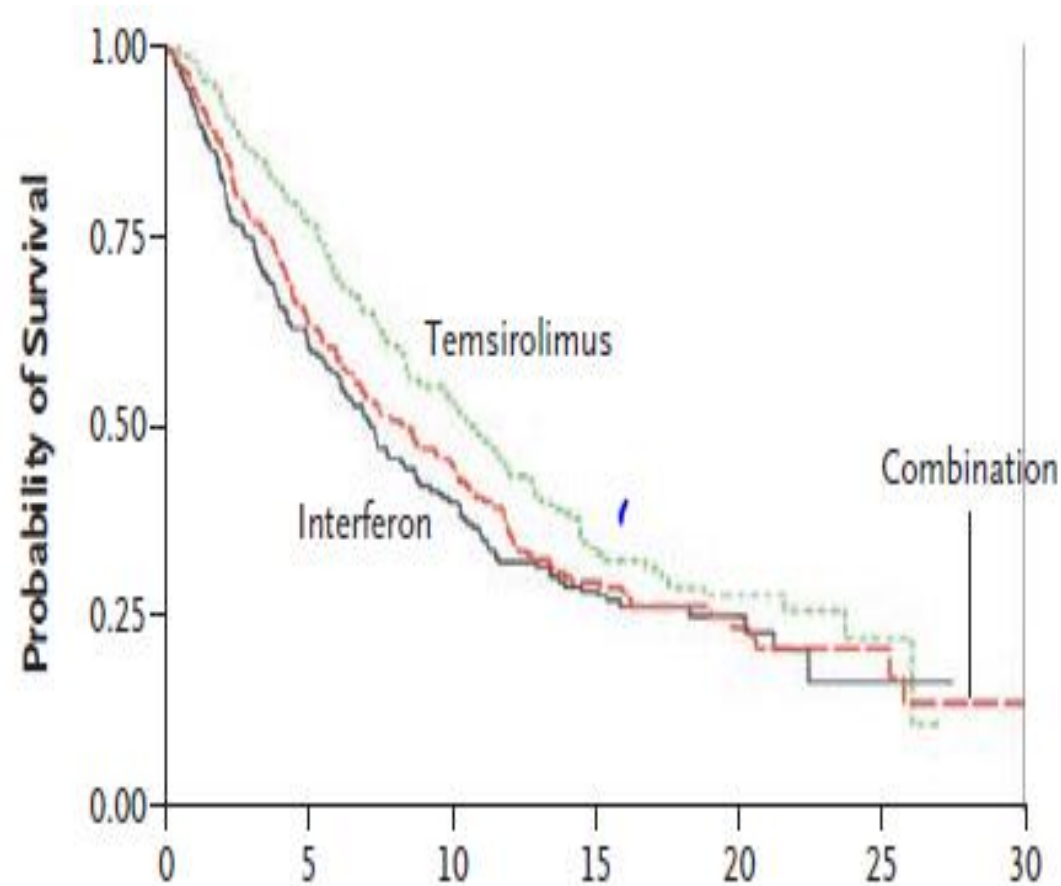
Avis Haute Autorité de santé « ASMR4 il n'est pas attendu d'intérêt de santé publique »

Pub Torisel* (Temsirolimus)

Comparé à l'interferon-alfa le temsirolimus augmenterait de 2 mois la survie globale avec **une survie médiane de 10.9 mois** pour le Temsirolimus contre 7.3 mois pour l'interferon alfa ,

durée de survie curieusement très inférieure aux 17 à 21 mois, rapportée récemment pour ce dernier traitement.

Aucune confirmation par étude indépendante pour l'instant



cancers du
rein

état actuel
de la science

LE TRAITEMENT OPTIMAL DU CANCER
DU REIN EST CHIRURGICAL

2°) EN CAS DE MÉTASTASE OU DE
TUMEUR NON OPÉRABLE DES
TRAITEMENTS MÉDICAUX PEUVENT
ÊTRE DISCUTÉS.

L'INTERFÉRON ET L'INTERLEUKINE ONT
FAIT LA PREUVE D'UNE UTILITÉ RÉELLE
MAIS MODESTE

LES THÉRAPIES CIBLÉES QUI
BÉNÉFICIENT D'UNE PROPAGANDE
CONSIDÉRABLE SONT TOXIQUES

ET N'ONT JUSQU'ICI PAS APPORTÉ DE
PREUVE RÉELLE D'UTILITÉ POUR LES
MALADES.

Alors pourquoi des sociétés savantes conseillent les thérapies ciblées?

~~Certaines recommandations discutables ne reflètent elles pas les liens d'intérêts trop nombreux de leurs rédacteurs?~~

A.S. Merseburger Hanover (DE)

Company consultant Ipsen Pharma, Bayer, Astellas, Janssen Cilag, Novartis, Pfizer, **Company speaker honorarium** Ipsen Pharma, Wyeth, Astellas, Novartis, Pfizer, SEP, **Trial participation** Astra Zeneca, Bayer, Pfizer, TEVA, Novartis, Astellas, Receipt of **grants/research supports** Wyeth, **Participation in a company sponsored speaker's bureau** :TEVA, Janssen, Pfizer, Astellas, Ferring, Novartis

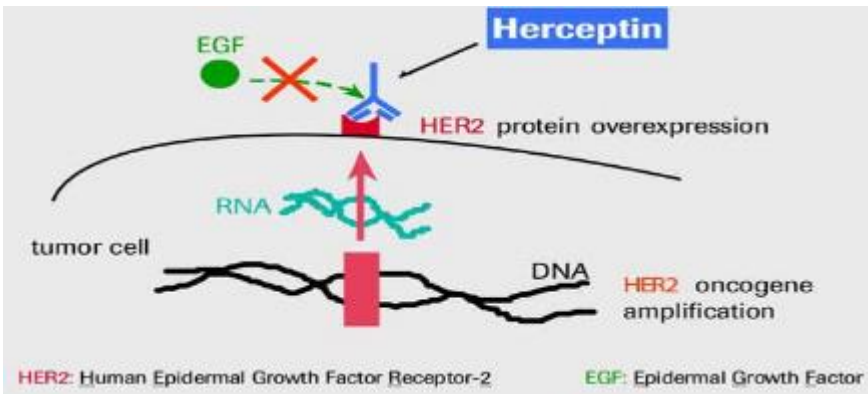
M. Kuczyk Hanover (DE)

Actionnaire de : Bayer Healthcare, Astellas, Storz, Pfizer, Wyeth, Novartis
Consultant de : Karl Storz, Coloplast
Orateurs pour :Pfizer, Astellas, Bayer, GSK, Pierre Fabre, Jansen Cilag & Hexal
Participant aux essais : Protect Study, Millenium Study C21004; Millenium Study C21005

Cancer du sein

A thin vertical line extends from the top of the text area down to a solid orange horizontal bar at the bottom of the slide.

Introduction dans les années 1995 de l'herceptine*



Anticorps monoclonal murin humanisé IgG1 réagissant contre les récepteurs HER2-Neu surexprimés par les cellules mammaires cancéreuses chez 20% des patientes

publicité sans précédent
incluant même un livre et un
film long métrage vantant ses
mérites!

Herceptine* un des
médicaments les plus vendus
aujourd'hui pour un total de
plus de 5 milliards de dollars
annuel



Le livre



le film

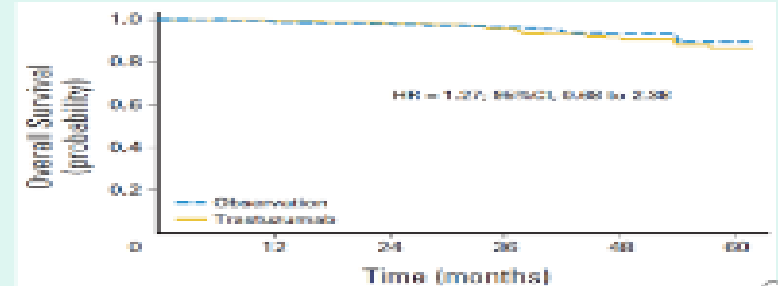
Propagande de l'Herceptin

Herceptine : pas de preuve d'utilité dans le cancer du sein localisé*

L'étude HERA conçue, payée et analysée par le labo prétend que les malades traitées bénéficient d'une survie en rémission à 4 ans supérieure de 6% (78,6% contre 72,2% sans trastuzumab)

Résultat très optimiste non retrouvé ni dans l'un des bras du N9831 trial du North Central Cancer Treatment Group ni dans l'essai français PACS 04 Marc Spie[®]mann

J Clin Oncol 27:6129-6134. © 2009



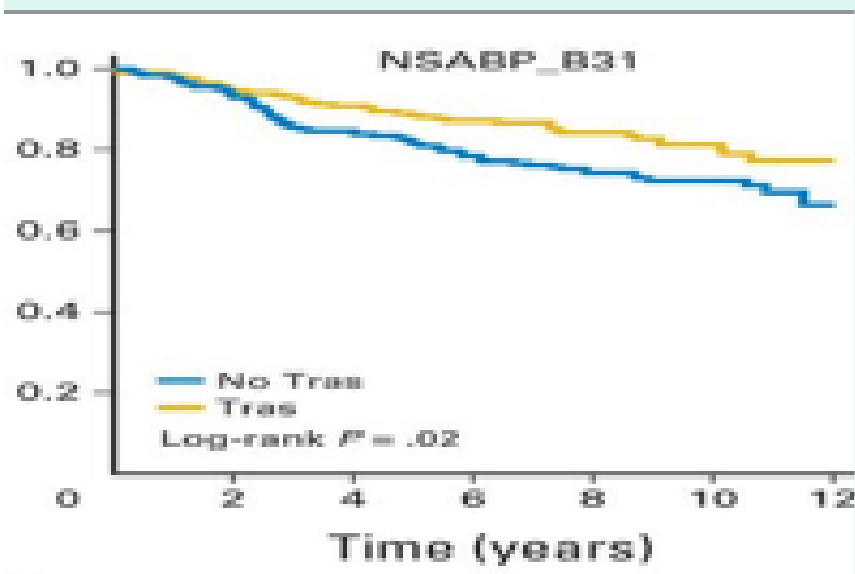
HAS « compte tenu de l'absence d'impact de ce médicament sur la survie globale, du choix non adapté de la chimiothérapie mise en œuvre..., la Commission considère que l'**ASMR de HERCEPTIN dans cette extension d'indication n'est pas évaluable** ».

n'apporte rien aux malades souffrant de tumeurs de stade 1 et IIA, IIB qui guérissent à plus de 95 % sans Herceptine, n'améliore que de 6 à 8% la survie des malades vues au stade 3 HER2+ sans problème cardiaque

Gain global de guérison estimé à 0.45 % de l'ensemble des malades atteintes de cancer du sein, soit moins d'une femme sur 200!

Toxicité cardiaque importante avec 4,1% de risque de défaillance cardiaque ou de mort.

Pour les malades souffrant d'une tumeur localisée HER+ 5% de gain de survie moyen



Pour 2,263 patients avec des récepteurs hormonaux + le gain de survie globale à 8 ans atteint 4% (11.6% versus 7.8%),

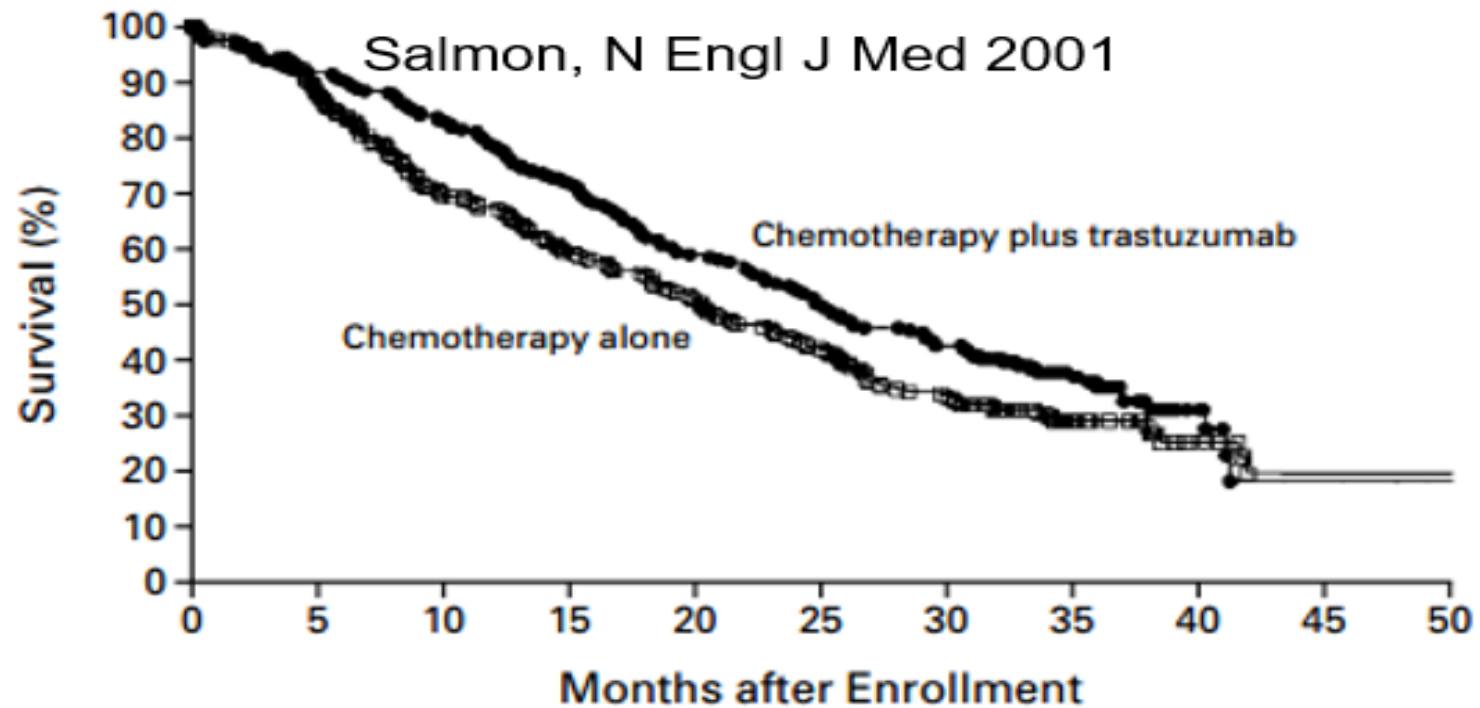
Chez 957 malades avec des récepteurs hormonaux - le gain de survie globale à 8 ans atteint 8% (21.2% versus 12.4%)

Efficacy of Adjuvant Trastuzumab : A Meta-Analysis of the Randomized Trastuzumab Trials. J Clin Oncol. 2015 Aug 20;33(24):2600-8

L'herceptine améliore d'environ 5% l'espérance de guérison des seules malades HER+, Mais celles-ci constituent moins de 20% des malades souffrant de carcinome mammaire, ***Le gain réel de survie dû à l'herceptin sur l'ensemble des malades souffrant de carcinome mammaire ne dépasse donc pas 1%!***

Herceptine très peu utile

cancer du sein métastatique



Herceptin prolonge de 4 mois la médiane de survie des malades métastatiques HERC2 + mais ne permet pas d'en guérir une seule.

SEIN :Avastin inutile et dangereux

En février 2008, premier anticorps monoclonal autorisé pour le traitement du cancer du sein métastatique par la FDA lors d'une procédure accélérée, sur la foi de deux études proclamant une prolongation de la survie sans progression lorsque l'Avastin était associé à la chimiothérapie.

USA 2010 **la FDA a retiré l'indication du cancer du sein** pour l'Avastin

2011 France **HAS ASMR : 5**

«Compte tenu du faible gain de survie sans récidence et de l'absence d'amélioration de la survie globale l'intérêt de l'ajout de bévacizumab au paclitaxel est aujourd'hui moins bien établi. »

2012 Cochrane Database Syst Rev.

« aucun bénéfice de survie ou de qualité de vie »

Chine *«The efficacy (in terms of OS) of bevacizumab in combination with taxanes has not been demonstrated.*

Compte tenu de son inutilité et de sa toxicité on ne comprend guère qu'il soit encore autorisé dans cette maladie

autres
thérapies
ciblées
et sein

nombreuses ont été mises sur le marché du cancer du sein.

Regardons les plus couramment utilisées en France actuellement :

évérolimus (Afinitor®),

lapatinib (Tyverb® 2007),

pertuzumab (Perjeta® 2012) et

ado-trastuzumab-emtansine (Kadcyla®)

Évérolimus Afinitor* inutile

Les résultats initiaux de l'essai BOLERO-2 affirmaient que l'ajout d'évérolimus à l'exemestane augmentait la durée de « non progression » d'environ 4 mois

l'analyse finale de cet essai BOLERO-2 a démontré l'absence d'amélioration significative de la survie globale des patients.

En association avec taxol*/ avastin l'ajout d'évérolimus n'a pas permis d'améliorer la durée de survie sans progression. En deuxième ou troisième ligne en association avec herceptine* et la vinorelbine, aucune amélioration significative de la survie globale.

Et la malade doit subir de nombreux effets secondaires délétères : pneumopathie infectieuse, stomatite, hyperglycémie, dyslipidémie et neutropénies

Le NICE en Angleterre ne recommande pas l'afinitor.

Tyverb*, lapatinib inutile

L'étude pivot annonçait une augmentation de 4 mois de stabilisation tumorale par l'ajout de Lapatinib à la.

HAS de 2008 : « Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes pour le taux de réponse globale et la survie globale ».

L'étude ALTTO présenté à l'ASCO 2014 : « l'ajout de Tyverb® à l'herceptine n'améliore en rien la durée de survie sans progression ni la survie globale » a été confirmé par l'essai NeoALTTO.*

Le NICE anglais « l'efficacité du Tyverb® sur la durée de survie dans le cancer métastatique du sein est trop modeste pour le recommander et ne justifie pas son prix. »

Mais le ministère de la santé français continue de le rembourser à des prix cent fois supérieurs aux médicaments classiques..

ado-
trastuzumab

Kadcyla

AMM donnée sur les résultats de l'étude Emilia, comparant Kadcyla seul à l'association Tyverb[®] et Xeloda* et proclamant une augmentation de la survie globale de 5 mois (30,9 vs 25,1 mois).

Mais l'essai Marianne portant sur 1095 malades a démenti ce résultat : ni le Kadcyla ni Kadcyla + Perjeta n'ont fait mieux que le traitement classique par herceptine +chimiothérapie.

Le NICE en Angleterre a refusé de recommander Kadcyla.

PERJETA
pertuzumab
dose de
charge :

5 700 €

dose
d'entretien : 4
150 € / mois

L'étude pivot cléopatra comparant bithérapie par taxol*+ herceptine* à cette même bithérapie associée à Perjeta* en première ligne de traitement chez des femmes souffrant d'un cancer du sein métastatique ou récidivé, HER2 positif annonce une augmentation de la durée médiane de survie chez les malades (40.8 mois vs 56.5 mois).

Mais aucune étude indépendante du laboratoire n'a confirmé ce résultat...

HAS : amélioration du service médical rendu modérée (ASMR III)

Sein : état actuel de la science

Le cancer du sein localisé est de bon pronostic : 90% guérissent après traitement local par chirurgie

complété si besoin par radiothérapie et, en cas de tumeur évoluée ou agressive par hormono- ou chimiothérapie

Le traitement du cancer métastatique du sein (5% des malades) est rarement curateur et vise à prolonger la vie et à en améliorer la qualité.

Une seule thérapie ciblée est un peu utile l'herceptine.

Les autres sont inutiles et toxiques

inefficacité relative des nouvelles drogues identiques dans la plupart des cancers



Robert Roskoski Jr.
MD, PhD.
President and
Scientific Director

“La plupart des inhibiteurs des
protéine kinases ne prolongent la
survie des malades que de
quelques semaines ou mois par
rapport aux chimiothérapies
conventionnelles”

historical overview of protein kinases and
their targeted small molecule inhibitors

Pharmacol Res. 2015 Jul 21;100:1-23.

Erlotinib Tarceva * et pancréas



La FDA et l'EMA l'ont autorisé



Toxique



Gain de survie de dix jours par patient



pénibles du fait des effets secondaires !



Coût de 500 000 dollars pour un an de vie gagnée (dix jours x 36 patients !)

Mélanome malin au Danemark

Gain de durée de vie de 3,5 mois

Coût de 100 000 dollars par patient

Pub mensongère des oncologues : le médicament guérirait 10 % des patients mais cela est faux



Un membre du groupe décideur
était rémunéré par le labo !

Source deadly medicine peter Gotzsche

Paradoxe des thérapies innovantes de la cancérologie actuelle

Des soins palliatifs de qualité donnent volontiers ces trois ou quatre mois de vie supplémentaires et dans des conditions humaines

Ne pas imposer quelques semaines supplémentaires, intolérables. Ces drogues peuvent vous rendre la vie insupportable ou vous achevez alors que vous étiez en fin de vie ou pas !



Et des prix astronomiques!

Coût des médicaments de la liste en sus en 2012 tous secteurs confondus un peu plus de 2.6 milliards d'euros!

Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale juin 2013

Cancer métastatique du sein

Tamoxifène (traitement médical encore le plus efficace) coûte **70 € par mois**, chimiothérapie bi drogue de référence < 100 €

Avastin® revient à 4000 €
mois, herceptine® ~~ 3500€,
Afitinor ®3500€
Tyverb® 1300 €...



Et des prix astronomiques!

Cout des médicaments de la liste en sus en 2012 tous secteurs confondus un peu plus de 2.6 milliards d'euros!

Rapport de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale juin 2013

Cancer métastatique du poumon

chimiothérapie bi drogue (traitement de référence) revient à moins de 150 euros par mois

Avastin® coûte près de 4000 € par mois

Tarceva® 2500€

Nexavar® 3500 €

Iressa® 2250€

Xalkori 5777€...

Cancer métastatique de la prostate

hormonothérapie classique

et la chimiothérapie coûte moins de 100 € le mois

Ixandia ® 3500€ par mois,

Zitiga® 3500€,

Abiratérone® 3500€...

dépenses mondiales en anticancéreux

\$100 milliards en 2014 en hausse de 10,3% par rapport à 2013

\$ 107 mlds en 2015

PREDICTION 150 MLDS EN 2020

10,8% DE L'ENSEMBLE DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS À TRAVERS LE MONDE + TRAITEMENTS DE SUPPORT, ANTI-NAUSÉUX, TRAITEMENTS DE L'ANÉMIE...

LES ETATS-UNIS REPRÉSENTENT À EUX SEULS 42,2% DES DÉPENSES TOTALES, SUIVIS PAR LES CINQ PRINCIPAUX MARCHÉS EUROPÉENS (ALLEMAGNE, FRANCE, GRANDE-BRETAGNE, ESPAGNE ET ITALIE).

5 mai 2015 (Reuters) rapport du cabinet IMS Health

**CHAQUE ANNÉE
EN FRANCE
LE CANCER
RAPPORTE
2,4 MILLIARDS
D'EUROS.**

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

Le prochain anticancéreux sera à plus de 100 000 euros par an.

La France acceptera-t-elle de payer?

(17 septembre 2015 jean yves nau)

nos décideurs ne nous protègent pas! Exemple: stirvarga

direction de l'évaluation médicale, économique et de santé
publique 15/15 **avis stirvarga n'apporte pas d'amélioration
du service médical rendu (asmr v inexistante)** chez patients
cancer colorectal métastatique en échec ou ne relevant pas
des traitements disponibles (chimiothérapie à base de
fluoropyrimidine,

**le ministre a donné un avis favorable à l'inscription de taux
de remboursement de: 100% LOGIQUE ?**

**Cette gabegie qui creuse sans limites le trou
de la sécurité sociale menace l'existence
même de notre système solidaire de santé**

ASCO 2015

Au cours du congrès de juin 2015 réunissant plus de 37000 participants

Le sujet du « coût –efficacité » et de la légitimité de l'emploi de plus en plus systématique des nouvelles drogues d'emblée en lieu et place des traitements éprouvés a pris une ampleur considérable

Pr Peter B Bach *'Le prix des traitements doit intervenir dans le choix de la thérapeutique*

Voulons-nous payer des sommes colossales pour un bénéfice microscopique?'

À ceux qui
prétendent
que des
patients
perdraient
des chances

Le dr Goldstein répond en plein congrès de
l' ASCO :

*« Le but est de donner aux patients le
meilleur pour eux –mêmes..*

*Ni Necitumumab (EGFR inhibiteur) mis en
exergue comme grand progrès dans le K
poumon non à petites cellules avancé
«essai phase III Squire »,*

*ni la plupart des drogues ciblées n'ont
réussi à guérir un seul patient »*

Le mirage des thérapies ciblées s'étend au-delà du cancer

Rhumatologie, Hépatite, Alzheimer...

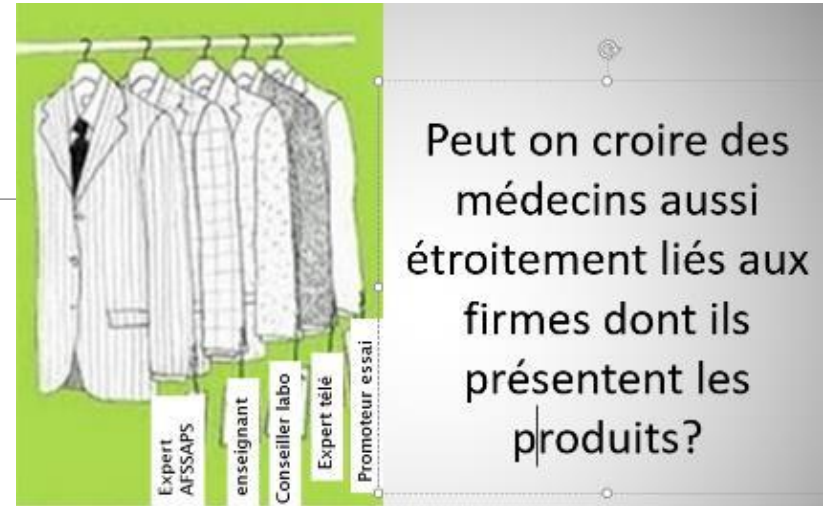
A chaque fois le même schéma :

1°) professeurs leaders d'opinion rémunérés par le laboratoire prétendent que le produit est miraculeux

2°) Une ou des Associations de patients subventionnées par les firmes ou trompées par leurs médecins réclament le remboursement du produit innovant qui va les guérir

3°) Des experts des agences sanitaires liés au laboratoire affirment que le médicament est très utile

4°) Un Ministre trop proche du Leem impose le remboursement pour tous et à un prix conforme aux plus folles demandes de l'entreprise



Arthrite rhumatoïdale

Les **agents biologiques** coûtent 16000 dollars par an par patient soit **120 fois plus que** le traitement équivalent par drogues conventionnelles

La méta-analyse de 2010 démontre que **l'ancienne association de 2 drogues** à faible prix est **aussi efficace**,

Publiée 4 mois après les recommandations de l' EULAR
...milliards d'euros pour rien

Lisez absolument la chronique puppen du 22/12/2016

« Alibabamumab et les trois cent-quarante rhumatologues » qui explique pourquoi aurez-vous bien du mal à trouver un rhumatologue pour vous prescrire le meilleur traitement de fond dans la polyarthrite rhumatoïde

Hépatite et Solvadi en France

Le Solvadi permet de diminuer la charge virale des porteurs de virus de l'hépatite

n'a pas démontré qu'il sauvait des vies et a de graves effets secondaires

prix de 41.861 € (850 € en Egypte!) alors que la fabrication coute 80€

Pour 200.000 malades à traiter (dont seulement 4% évolueront en 20 ou 30 ans vers une cirrhose)

arnaque à plus de 8 milliards d'euros...dont 1 milliard en 2015 et beaucoup de patients « bien portants » rendus malades en raison des effets négatifs

Lire la chronique du formindep « quand l'hépatologie s'enhardit »

Les 5 hépatologues leaders d'opinion de Clichy, Marseille et Saint-Dizier, interviewés dans l'article du Parisien ou présents dans les vidéos de l'association APHC, ont perçu 47.618 € d'avantages et ont également signé 184 conventions avec les firmes pharmaceutiques (valeur monétaire non publiée grâce à Marisol Touraine)

**1 MILLIARD
D'EUROS DE
BÉNÉFICE,
L'HÉPATITE C**

**ON EN VIT
TRÈS BIEN.**

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



Consulter la revue
prescrire d'octobre 2014

Médicaments anti Alzheimer: quand l'efficacité est jugée secondaire



La Commission de la transparence de la Haute autorité de la santé (HAS) a conclu le 20 octobre dernier¹ à un intérêt médical insuffisant des médicaments contre la maladie d'Alzheimer pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale. La ministre de la Santé s'est prononcée dans la foulée contre leur déremboursement. Bruno Toussaint, directeur éditorial de la revue médicale indépendante Prescrire, nous livre la position de Prescrire sur ces deux sujets.

Christian Lehmann n'a ainsi pas caché sa consternation face au discours du ministre «*Marisol Touraine aura été: veule, stupide, consternante... Scrupuleusement attachée,, à faire de la santé publique une simple variable d'ajustement du politique* ». «*Marisol Touraine se retrouve devant un choix simple. Acter l'inutilité et la nocivité de ces médicaments, ordonner leur déremboursement (dans un premier temps), puis les modalités de leur arrêt de commercialisation (puisqu'il en va de la santé des malades). Ou bien satisfaire les lobbies, maintenir un statu-quo déclinant* »

Les mythes justificatifs de prix délirants

Les prix ne sont en aucun cas justifiés par les coûts de recherche

le véritable coût de la mise au point d'un médicament serait de l'ordre de 100 millions de dollars soit huit fois moins que les chiffres avancés par l'industrie pharmaceutique

The Cochrane Collaboration
Trusted evidence. Informed
decisions. Better health



Professor Peter C Gøtzsche
Director of The Nordic
Cochrane Centre

Les bénéfices d'aujourd'hui font d'abord les dividendes de demain

En 2015 les dividendes versés aux actionnaires ont atteint plus de **70 milliards d'euros soit 95% des bénéfices.**

En comparaison les budgets de recherche et développement ne dépassent pas 56 milliards d'euros dont à peine **10 à 15 pour la recherche des médicaments** l'essentiel étant consacré au « développement »

Les bénéfices permettent les **opérations de développement (plus de 40 milliards/an!)** congrès, visite médicale, enseignement post universitaire, publicité dans les revues médicales, soutien aux sociétés savantes, aux associations de malades, essais destinés à obtenir l'AMM,

le **lobbying** en 2014 : **40 millions euros dépensés auprès de la commission de Bruxelles**

Création de liens d'intérêts divers, souvent commerciaux avec les leaders d'opinion et **parfois corruption : 2 milliards de dollars annuels pour acheter les consciences des médecins**

Les bénéfices **font ensuite les salaires des cadres dirigeants**. En Suisse à la fin des années 90, les plus hauts salaires étaient ceux des banquiers avec environ 2 à 3 millions/an. Depuis **les dirigeants des big pharma caracolent en tête** après avoir multiplié leurs revenus par 20 ou 30.

Record 2008 : **40,3 millions de francs suisses pour Daniel Vasella PDG de Novartis**.

Depuis 2000 multiplication par 70 à 100 des prix des médicaments

et pourtant on a vu de moins en moins d'innovations véritables

aucune innovation significative : pas de pilule d'or chez Prescrire en 2010, 2011, 2012..

Comment en
est-on arrivé
là ?

LA MONDIALISATION A APPORTÉ UNE PUISSANCE FINANCIÈRE COLOSSALE AUX « BIG PHARMA » QUI ONT UTILISÉ LEUR PUISSANCE EN LOBBYING VOIRE EN CORRUPTION

LES FIRMES DU MÉDICAMENT ASSURENT L'ESSENTIEL DU BUDGET DE L'ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE, DES REVUES, ET CONGRÈS MÉDICAUX, DES SOCIÉTÉS SAVANTES, ET DE NOMBREUSES ASSOCIATIONS DE MALADES,

LES FIRMES ONT SIGNÉ DES CONTRATS COMMERCIAUX AVEC LA MAJORITÉ DES MÉDECINS LEADERS D'OPINION ET/OU EXPERTS

ELLES SE SONT INSTALLÉES AU MARCHÉ DU POUVOIR POLITIQUE PAR LE CHANTAGE AUX EMPLOIS ET LE FINANCEMENT DES CAMPAGNES ÉLECTORALES

LES AGENCES SANITAIRES CRÉÉES POUR ASSURER LA SÉCURITÉ SANITAIRE ONT ÉTÉ INVITÉ À 'SOUTENIR L'INNOVATION'

Alliance des pouvoirs médical et politique avec les big pharma



pour imposer de nouvelles
stratégies thérapeutiques
reposant sur la génétique

Aux USA l'association PhRMA
de l'industrie pharmaceutique a
distribué **10 millions de dollars**
lors de la campagne 2010
En France??? Omerta!



les agences sanitaires ont failli!

En privilégiant le soutien à l'innovation sur la sécurité.

En abandonnant le critère principal classique la survie globale au profit de la durée de stabilisation de la tumeur (survie sans progression), critère subjectif jugé par des médecins rémunérés par le laboratoire

En acceptant la comparaison au placebo en lieu et place du meilleur traitement connu.

Afin de délivrer plus et plus vite des autorisations de mise sur le marché (AMM) sans attendre une évaluation réelle de son utilité pour les malades



En prenant un médicament innovant mis sur le marché vous servez peut être seulement de cobaye à vos risques et périls

Innovation n'est pas synonyme de progrès !

Ne croyez pas qu'un médicament innovant mis sur le marché vous est forcément utile

Les agences sanitaires l'ont accepté parce que le labo a affirmé qu'il était efficace sur un court essai de peu de malades, **En le prenant c'est vous qui servez de cobayes et parfois à vos dépends**



Les malades opérés du cancer du rein et qui ont pris suture ou nexavar ont **diminué de 2 à 4% leurs chances de guérison à 5 ans** (étude Assure Asco 2015),

essai SWOG0023 malades souffrant de cancer du poumon traités par Iressa **ont vécu un an de moins** que ceux qui n'ont pas subi ce traitement (23 mois vs 35)

essai TAYLOR les patients qui traités par l'erlotinib ont vécu **3 mois de moins** que ceux qui ont reçu de la chimiothérapie classique

Que Pouvons /Devons nous faire?

1°) Nous informer à des sources indépendantes

2°) Faire appliquer la loi sur la transparence

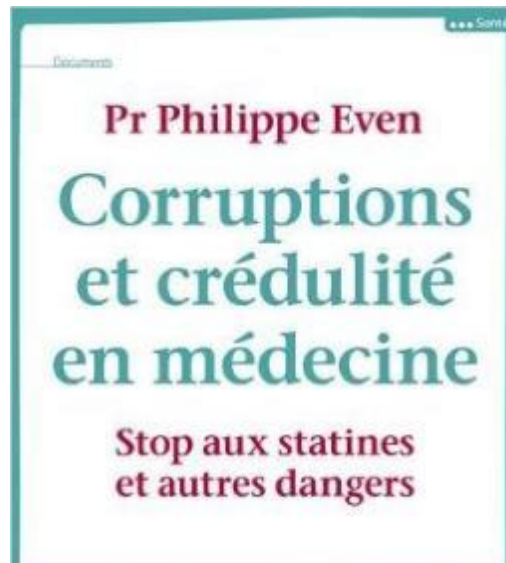
3°) Interroger nos futurs élus sur leur proposition concernant la suppression des liens d'intérêt des experts et responsables du ministère et des agences sanitaires

4°) Demander au futurs élus d'assurer une fixation de prix juste pour pérenniser notre système de santé, en recourant si besoin aux licences obligatoires

5°) Signer la pétition médecins du monde et manifester avant d'être malade

Nicole Delépine

Libérez vous de la propagande



Nicole Delépine
et Gérard Delépine

Soigner
ou obéir ?

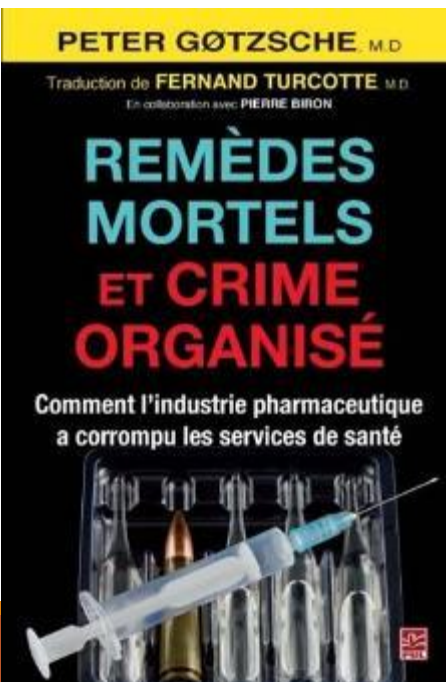


Premières mesures urgentes
pour éviter le naufrage



Nicole Delépine et Gérard Delépine

CANCER
LES BONNES QUESTIONS
À POSER À VOTRE MÉDECIN



Consulter les sites du
formindep

Form indep

et de pharmacritique



Faisons
respecter la
loi !

À la télé
comme dans
les journaux

Article L4113-13 du Code de la
Santé Publique

« Les membres des professions
médicales qui ont des liens avec
des entreprises et établissements
produisant ou exploitant des
produits de santé ou des
organismes de conseil
intervenant sur ces produits

*sont tenus de les faire connaître
au public*

*lorsqu'ils s'expriment lors d'une
manifestation publique ou dans
la presse écrite ou audiovisuelle
sur de tels produits ».*

*L'accord de libre-échange Inde-UE
comme le tafta et l'accord avec le
Canada visent à déposséder les
peuples de leur pouvoir souverain
de réguler les entreprises
internationales*

DÉFENDONS NOS DÉMOCRATIES MENACÉES PAR
LES ACCORDS INTERNATIONAUX

Notre combat pour la liberté et la dignité de soigner : opposons-nous au monopole du traitement du cancer au bénéfice exclusif des big pharma et de leurs mercenaires



CANCER

LES BONNES QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

Maintenant qu'on vous a diagnostiqué un cancer, il est nécessaire que vous en sachiez davantage à propos de votre état et des options thérapeutiques qui s'offrent à vous. À ce stade, nombreux ne savent plus quoi penser ni vers où se tourner. Pourtant, à qui confier ses angoisses, ses doutes et les mille questions qui surgissent durant les longues heures d'attente, sinon à votre médecin ? De quel type est mon cancer ? À quel stade en suis-je ? Quelle chirurgie puis-je en proposer ? Quels sont les résultats connus des nouveaux traitements ? Poser les bonnes questions vous apporte de l'aide et contribue à rétablir le dialogue avec votre médecin. Au-delà des questions générales, cet ouvrage pratique s'attache surtout à questionner les choses concernant les cancers les plus fréquents (sein, côlon, estomac, prostate, cancer de la poitrine) et précise certains termes médicaux et juridiques en vigueur.

À l'heure où la santé est devenue une marchandise comme les autres, il est plus important que jamais de nourrir le dialogue singulier médecin/patient en aidant les malades à obtenir toutes les informations les concernant, comprendre les traitements proposés – en d'autres termes, à redevenir sujets et non plus seulement objets de soins.



Médecine, oncologie, ancien chef de service de cardiologie pédiatrique à l'hôpital public-Adolphe de Paris, Nicole Delépine se bat depuis trente-deux ans pour améliorer la prise en charge des malades atteints de cancer, en particulier les plus jeunes. Gérard Delépine, chirurgien orthopédiste, oncologue et statisticien, a consacré sa carrière à développer une technique de chirurgie conservatrice.



2016-4

19 €

Nicole Delépine
et Gérard Delépine

CANCER
LES BONNES QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN

MICHAEL

Nicole Delépine et Gérard Delépine

CANCER

LES BONNES QUESTIONS À POSER À VOTRE MÉDECIN



www.docteurnicoledelepine.fr

@nicoledelepine