



Entretien

«Le médecin doit pouvoir donner le meilleur médicament à son patient»

Solange Peters, nouvelle cheffe du Service d'oncologie médicale du CHUV, poursuit sa lutte contre le cancer avec près de trois cents collaborateurs au sein du Centre suisse du cancer. Elle évoque les nouvelles stratégies thérapeutiques et son combat pour un juste prix des médicaments.

Texte: Pierre Léderrey Photos: François Wavre / Lundi13





De quoi parle-t-on?

Dans la lutte contre le cancer,

l'immunothérapie, la collaboration accrue entre recherche et clinique et le prix des médicaments en hausse qui menace l'accès généralisé aux soins promis par notre système de santé sont autant de sujets brûlants pour des milliers de patients.

En 2018 sera inauguré l'Agora, le vaisseau amiral du nouveau Centre du cancer. Enfin vous n'aurez plus à courir entre vos différents bureaux?

Non, je crois que je serai toujours ici. Je vois énormément de patients, presque tous les jours. Et cela reste ma priorité: soigner les gens. Là, nous venons d'entrer dans les murs du nouveau bâtiment de l'oncologie ambulatoire en automne dernier.

Qu'est-ce que ce centre où travailleront en commun près de trois cents cliniciens, chercheurs et bio-ingénieurs va changer pour les malades?

Depuis trois ou quatre ans, Lausanne a pris une nouvelle dimension en termes d'accessibilité à l'innovation. C'est déjà devenu le plus grand centre de Suisse d'oncologie, surpassant Zurich. Grâce à l'arrivée de George Coukos, le grand spécialiste mondial de l'immunothérapie, et aux millions de francs versés par l'Institut Ludwig pour supporter la recherche sur le cancer. Grâce aussi à notre collaboration avec l'Ecole polytechnique fédérale (EPFL), l'Institut suisse de recherche expérimentale sur le cancer (ISREC) et l'Université de Lausanne. L'Agora va permettre de rapprocher ce grand réseau en réunissant les principaux acteurs au même endroit.

N'est-ce pas un luxe, dans une région tout de même géographiquement limitée?

Non, c'est franchement nécessaire. Nous nous rencontrons régulièrement, mais la charge de travail est énorme. Certaines discussions ou interrogations n'ont ainsi

pas lieu. Une grande partie du bâtiment de l'Agora a été payée par l'ISREC, qui désirait que cette recherche vienne vers le patient.

Certains pensent que le plus grand progrès face au cancer n'est pas technique, mais réside dans l'acceptation de la maladie.

Il est certainement plus facile d'en parler aujourd'hui qu'hier. Reste que les malades évoquent encore leurs difficultés de garder auprès d'eux des tiers aidants. Et comment un ami va-t-il aborder cette question avec vous? **La tristesse et la dégradation induites par un cancer seront-elles supportables pour l'entourage? Pas toujours, visiblement.** Beaucoup de gens continuent à venir ici la tête basse. Et je ne parle même pas des employeurs qui gardent la main

lourde sur les licenciements des patients atteints de cancer, même en regard des cas guérissables. Il est légal de licencier des femmes atteintes d'un cancer du sein après un délai contractuel. Et ce n'est hélas pas rare.

Le cancer fait-il toujours peur?

Avec raison: une femme sur quatre peut avoir un cancer du sein. Une personne sur trois ou quatre aura un cancer dans sa vie. Il faut rappeler que le cancer est la principale cause de mortalité dans le monde. En tête de liste, celui du poumon, dont je m'occupe. Je vois peut-être trois cents nouveaux patients par année. Et je sais qu'à la fin de l'histoire, 70% d'entre eux vont en mourir. On a encore beaucoup de progrès à faire. Même si par exemple des pas importants ont été franchis pour le cancer du sein, nous ne sommes pas encore au stade où, lorsqu'il est diagnostiqué déjà avancé, un cancer peut être guéri.

Et vous, en tant que spécialiste, le craignez-vous encore davantage?

Je n'y pense pas tous les jours, mais comme tout le monde, sûrement. Les oncologues ont des caractéristiques communes, parfois objets de blagues. On fume rarement, quand même. J'ai été une grande fumeuse dans mon adolescence, mais j'ai arrêté en venant



ici. Peut-être que nous avons en commun d'essayer de bien vivre les choses.

On aime bien manger, on aime bien sortir, partager, partir en vacances quand on le peut. Bref, profiter de la vie.

Tous ces préceptes de vie pour échapper au cancer, c'est du pipeau?

La peur de tomber malade laisse la place à tout un champ de recommandations diverses et variées. Comme dans n'importe quelle croyance où on espère prévenir le pire. Je pense que beaucoup de ces théories sont sûrement bien intentionnées, mais pas du tout scientifiquement prouvées. Cela dit, certaines choses le sont: la prise quotidienne de fibres et de vitamines contenues dans les fruits et légumes aide à prévenir certains cancers, comme celui du côlon. Ne pas fumer aide à ne pas avoir le cancer de la vessie, de la gorge ou du poumon. Si on mange vraiment trop de viande comme certains Américains, cela pourrait favoriser le cancer. Tout cela est démontré. En revanche, dire que ne pas manger de sucre évite

le cancer, c'est insoutenable en tant que médecin, parce que notre corps transforme en sucre ce que l'on mange. Il faut d'abord que les gens vivent bien, même s'il est bon de tenir compte des quelques facteurs favorisants que l'on connaît. Pendant longtemps, les cancers étaient classés entre une origine environnementale et une autre génétique. Une troisième catégorie vient d'être décrite – finalement la plus importante – celle dite «répliquative»: elle résulte du fait qu'une cellule doit se multiplier parce que l'organe en a besoin. Comme le côlon qui se renouvelle sans arrêt. Ou parce que l'on devient plus âgé. Ou les deux. La probabilité qu'il se produise un «bug» génétique et que la cellule devienne cancéreuse est alors plus importante. Evidemment, si vous fumez, vous augmentez encore plus les risques puisque vous demandez davantage de réparations/répliquations. Il ne faut pas provoquer le destin, en quelque sorte. Mais en même temps, il ne faut pas trop culpabiliser: plus on vit longtemps, plus on demande à notre corps cette répliquative de cellules et

plus on a de risques d'avoir un cancer.

Est-ce précisément sur la compréhension de ces «bugs» que le rapprochement des chercheurs et des cliniciens s'avère le plus prolifique?

Oui, ainsi que sur l'explication aux patients. La plupart, directement ou non, nous posent la question à l'annonce du diagnostic: «Qu'est-ce que j'aurais dû faire?» Nous pouvons leur montrer ces mécanismes dus au hasard et explicables par des phénomènes biologiques.

Vaincra-t-on le cancer un jour?

Je ne pense pas que notre mode de vie le permette. Nous vivons plus longtemps, et sans doute que notre environnement se dégrade. On pourrait encore diminuer la mortalité avec un meilleur dépistage. C'est le cas avec le cancer du sein et, depuis très peu de temps en Suisse, avec la coloscopie pour le cancer du côlon, qui est remboursable dès l'âge de 50 ans. Nous savons aussi que nous sommes capables de dépister le cancer du poumon chez les fumeurs à risques, c'est-à-dire ayant fumé plus qu'un paquet par jour pendant trente ans ou deux paquets quotidiens pendant quinze ans. Soigné plus tôt, nous améliorons les chances de guérison. Pour les maladies plus avancées, deux grands volets ont changé notre prise en charge. D'abord la génétique moléculaire des cancers pour comprendre quels sont les gènes qui permettent au cancer d'envahir les autres organes, ainsi que l'immunothérapie.

Quelle est votre position par rapport à la carte génétique?

Je ne suis pas convaincue qu'il faille forcément savoir à l'avance ce qui va nous arriver. On pourrait se pencher sur la mucoviscidose, l'obésité ou l'Alzheimer précoce. C'est une discussion de société, et la médecine ne m'y semble pas encore complètement préparée. Au contraire, la génétique du cancer est propre à chaque maladie. Elle ne se transmet pas à sa descendance. Cette génétique-là, on la comprend de mieux en mieux. Surtout



dans le cancer du poumon ou de la peau, on peut dire que c'est ce gène-là qui ne fonctionne plus bien et essayer de le réparer ou de restaurer sa fonction. C'est ce que l'on nomme l'oncologie ciblée, les traitements personnalisés. Cela ne guérit toujours pas, mais cela change des chimiothérapies grâce à des médicaments souvent par voie orale qui s'attaquent à ce fameux gène altéré dans la tumeur. C'est intéressant.

Le second progrès, selon vous, c'est donc l'immunothérapie...

Voilà. Pourquoi votre corps ne peut-il pas se débarrasser de ce cancer? La plupart des cellules cancéreuses ont tellement d'anomalies qu'elles devraient être éliminées. Mais le cancer, en grandissant, parvient à détourner les cellules immunitaires de leur fonction de reconnaissance. En gros, il parvient à débrancher les globules blancs et les lymphocytes de leur fonction destructrice. Il a fallu attendre plus de quarante ans pour disséquer ces mécanismes utilisés par la cellule tumorale pour se faire oublier. Et l'on peut maintenant parfois réactiver notre système immunitaire. Hélas, cela ne fonctionne pas encore pour tous les cancers.

Pourquoi?

Parce qu'il existe des dizaines de ces mécanismes différents. Nous n'en avons identifié que six ou sept. Typiquement, nous n'avons pas encore bien compris ce qui se passait dans le cancer du sein ou du côlon. Dans le poumon, le mélanome, la vessie, la gorge, en revanche, nous avons fait de grands progrès. Mais comme dans les années 1960 où on a commencé à développer la chimiothérapie, nous n'en sommes qu'au tout début de l'immunothérapie.

Mais y a-t-il déjà des patients traités par immunothérapie?

Tout à fait. C'est un standard de traitement international pour certaines tumeurs comme le cancer de la peau et du poumon,

qui peuvent être traités en première ligne par ce biais. Ceux de la vessie, du rein ou de la gorge le sont après de la chimiothérapie. Les traitements standards, des injections toutes les deux à quatre semaines, peuvent le plus souvent être donnés en ville sans besoin de venir ici. Par contre, nous devons parfois intervenir pour des questions de remboursement. Il y a beaucoup moins d'effets secondaires qu'avec la chimiothérapie.

Pourquoi cela coûte-t-il si cher?

Question éminemment politique. Le prix d'un médicament est défini par les firmes pharmaceutiques pour permettre un remboursement de la recherche, qui se chiffre en millions. Certains pays comme la Belgique ou la Hollande ont un fort droit de négociation. Ce n'est guère possible en Suisse: le prix de base fixé par l'Office fédéral de la santé

publique (OFSP) se base surtout sur une comparaison des prix pratiqués à l'étranger. Je suis étonnée qu'aucune autorité, américaine ou européenne, ne demande un droit de regard sur ce business plan dans les mains des entreprises pharmaceutiques, par exemple en demandant une durée d'amortissement de la recherche plus longue pour que le prix de base soit plus bas et donc plus accessible. Et pourquoi, lorsque le marché d'un médicament s'élargit géographiquement ou en termes d'indications, ce prix ne baisse-t-il pas significativement? Il n'y a aucune transparence, il s'agit d'un rapport de force entre les autorités médicales et les pharmas. C'est ce que je tente avec d'autres en Europe de mettre en place: que cela reste une activité lucrative, mais pas au détriment du patient. Je me bagarre parfois avec certains collègues qui ne donnent pas tel médicament parce qu'il est trop cher. Le médecin soigne et donne le meilleur médicament à son patient. Swissmedic détermine les bienfaits en termes de qualité de vie ou de soins avant de mettre un médicament sur le marché. S'il est dans mes mains et que je peux le prescrire, en tant que médecin, je dois le faire.



Notre système de santé, malgré ses imperfections, reste un bien précieux?

Oui, chaque fois que je voyage, je bénis Ruth Dreifuss pour l'introduction de l'assurance de base Lamal. En Suisse, chacun peut recevoir les traitements les plus innovants. Il n'y a pas d'iniquité de traitement, que vous soyez pauvre ou riche. C'est unique au monde. MM



Pour Solange Peters, une approche éthique du business pharmaceutique est souhaitable.

Bio express

- 1972** Naissance le 20 décembre à Lausanne.
- 1996** Elue au Conseil communal de Lausanne. Plus tard cheffe du groupe socialiste.
- 1998** Diplôme de médecine à l'UNIL
- 2016** Nommée professeure et cheffe du Service d'oncologie médicale du CHUV