

# Recherche clinique Côté Patients

## Actu

La montée  
en puissance  
du Comité  
de patients

## DOSSIER

Médecine  
personnalisée,  
une prise  
en charge  
centrée sur la  
génétique

## MÉDECINE PERSONNALISÉE

# Une prise en charge centrée sur la génétique

Lors de sa dernière assemblée plénière, le comité de patients pour la recherche clinique en cancérologie a invité le sociologue Lionel Pourtau à intervenir sur les enjeux de la « médecine personnalisée ». Il a levé, à cette occasion, quelques malentendus autour de cette notion relativement récente et détaillé les défis sociétaux qu'elle pose. Verbatim.



Lionel Pourtau est chercheur à l'Institut Gustave Roussy (Villejuif) en sociologie de la santé, direction de la recherche clinique et translationnelle. Il est également chercheur au département de recherche en éthique, EA 1610, équipe ES3 (Éthique, santé, sciences, société), de l'Université Paris-Sud.

## « Médecine de la personne et connaissance scientifique

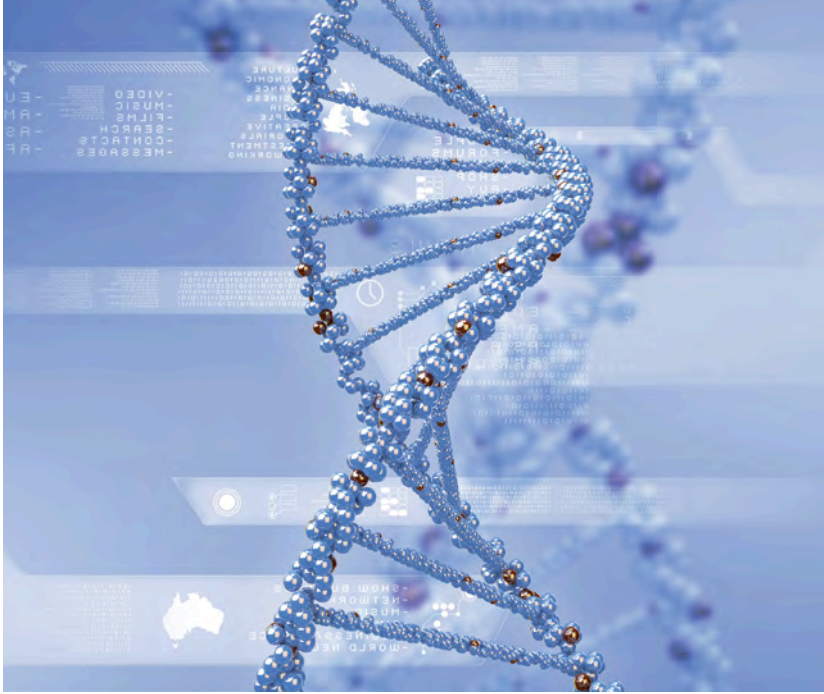
Dans l'exercice de la pratique médicale, l'expérience du médecin est confrontée à la science de la médecine. Ces deux aspects sont partiellement alliés et partiellement contradictoires. Lorsqu'un médecin prend en charge un patient, il s'appuie sur ce que lui dit ce dernier, ce qu'il sait de la pathologie et de ses symptômes. Ainsi, le médecin compare la situation de son patient avec des cas plus ou moins similaires qu'il a déjà rencontré au cours de sa pratique, ce qui lui permet de préciser le diagnostic et le traitement pour le patient qui le consulte. C'est ce que j'appelle l'expérience verticale, fondée sur la connaissance de l'histoire du sujet et sur la comparaison avec d'autres cas rencontrés par le médecin. Parallèlement, il existe l'expérience horizontale, c'est-à-dire le fait que le médecin soit en accord avec ses pairs sur le diagnostic à porter et sur les traitements reconnus les plus efficaces en fonction du moment et du lieu (tous les traitements n'étant pas forcément accessibles au même moment et au même endroit). Le médecin doit en permanence articuler sa pratique en fonction de ces deux types d'expérience.

Lorsque la consultation se déroule dans le cadre de ce que l'on appelle le colloque singulier, c'est-à-dire directement entre le médecin et le patient, l'articulation est relativement simple pour le médecin. Mais pour des maladies comme les cancers, la prise en charge des patients implique aujourd'hui de multiples acteurs: biologiste, anatomopathologiste, chirurgien, radiologue, radiothérapeute, oncologue, médecin traitant, oncopsychologue, tous les intervenants des soins de supports... La prise en charge ne se situe plus réellement dans un colloque singulier, elle implique toute une équipe soignante et non soignante (par exemple, l'anatomopathologiste ne délivre pas de soins mais son rôle est fondamental). Cela complexifie l'articulation entre la science et le cas particulier de chaque patient.

## La médecine par les preuves

La pratique médicale dans le cadre unique du colloque singulier entre le médecin et le patient présentait des limites scientifiques pour l'évaluation des traitements. Le jugement du médecin pouvait être déformé par sa connaissance et son empathie envers son patient; il avait envie que le traitement expérimental soit bénéfique pour ce dernier. De la même façon, son jugement pouvait être également déformé par son envie de montrer à ses pairs que le traitement était efficace. Pour palier ses limites et permettre une évaluation objective des traitements, il a été inventé dans les années quarante ce que l'on va appeler le





« gold standard » de la preuve scientifique en médecine: l'essai randomisé en double-aveugle.

Cela consiste tout d'abord à évaluer un traitement expérimental en le comparant à un traitement déjà validé (ou un placebo), pour savoir si le premier fait au moins aussi bien que le second. Pour cela, les patients sont répartis par tirage au sort (la randomisation) entre deux groupes; dans le premier, ils reçoivent le traitement expérimental, dans le second le traitement déjà validé. Enfin, ni le patient ni son médecin ne savent le traitement pris par le premier; c'est ce que l'on appelle le double-aveugle.

Cette méthodologie s'est avérée être parfaitement adaptée à l'évaluation des traitements de chimiothérapie. Elle va dominer la recherche thérapeutique en cancérologie pendant une bonne trentaine d'années, des années cinquante aux années quatre-vingt. Pendant toute cette période, la preuve de l'efficacité d'un traitement est avant tout épidémiologique, c'est-à-dire statistique. Autrement dit, la situation clinique particulière d'un patient est mise de côté. Ce qui importe pour sa prise en charge, ce sont les résultats statistiques issus d'essais ayant impliqué des milliers d'autres patients. Cette approche méthodologique a été un progrès important pour l'évaluation des traitements. Mais elle a aussi conduit à une forme de dépersonnalisation dans la relation médecin-patient.

Aujourd'hui, on peut considérer que cette méthodologie est d'une certaine manière à « bout de souffle ». Malgré des investissements financiers colossaux dans la recherche sur le cancer, représentant environ 1,2 % du PIB (produit intérieur brut) des pays occidentaux, les progrès thérapeutiques obtenus ont été relativement maigres jusqu'au début des années quatre-vingt-dix. Même pour des pathologies pour lesquelles des améliorations importantes de la prise en charge ont été obtenues durant cette période, les progrès ont été davantage dus au dépistage précoce qu'à des avancées thérapeutiques. De plus, la médecine par les preuves nécessite des essais menés sur des milliers de patients suivis pendant plusieurs années; elle est donc très lente.

## L'arrivée de la médecine personnalisée

La médecine personnalisée débute dans les années quatre-vingt-dix avec l'identification de la protéine HER2, dont la surexpression par les cellules tumorales du cancer du sein était un facteur défavorable d'évolution, et par la mise au point d'un médicament, le trastuzumab (Herceptin®), qui se lie à cette protéine et ralentit la prolifération tumorale. Elle naît également avec l'apparition

de l'imatinib (Glivec®), un médicament qui inhibe l'activité d'une protéine issue d'une anomalie génétique acquise. Cette dernière est notamment impliquée dans la survenue de la leucémie myéloïde chronique, une maladie dont l'évolution a été révolutionnée par la mise à disposition de l'imatinib. La médecine personnalisée est ainsi, avant tout, une affaire de génétique, en particulier de génétique moléculaire.

La génétique moléculaire consiste à analyser le matériel génétique humain directement au niveau des acides nucléiques et à partir de liquides biologiques (le sang par exemple). Elle vise à caractériser l'origine génétique d'une maladie. Elle fait partie de la génétique biologique, dont une autre branche, la cytogénétique, étudie de son côté les anomalies génétiques d'un point de vue cellulaire (et non moléculaire).

L'objectif premier de la médecine personnalisée est d'analyser le génome et d'identifier les anomalies génétiques impliquées dans la survenue d'un cancer. Ceci, afin de mettre au point des médicaments dits de thérapie ciblée, c'est-à-dire spécifiquement adaptés à une ou plusieurs de ces anomalies afin de contrecarrer leurs effets et ainsi enrayer l'évolution de la maladie. La médecine personnalisée vise également à prédire l'évolution de la maladie et les effets des thérapies ciblées en fonction des anomalies génétiques identifiées dans les tumeurs des patients.

À ce stade, il convient de pointer un petit mensonge structurel: l'expression « médecine personnalisée » tend à faire croire qu'elle s'intéresse d'abord et avant tout à la personne. En fait, pas du tout! La personnalisation dont il est question porte sur la génétique de la tumeur présente chez une personne, pas sur cette personne dans sa globalité. C'est une ambiguïté qui est rarement levée car elle intéresse tous les acteurs de la recherche; laisser penser que la médecine personnalisée est une médecine centrée sur la personne favorise la recherche de financements...

## Les enjeux techniques de la médecine personnalisée

À partir des exemples du trastuzumab et de

l'imatinib, le modèle dominant de recherche à l'heure actuelle consiste à identifier une anomalie génétique impliquée dans la survenue d'un cancer, puis à tenter de mettre au point un médicament – une thérapie ciblée – qui, d'une manière ou d'une autre, contrecarre cette anomalie. Cette approche se heurte toutefois à plusieurs obstacles. Tout d'abord, elle permet d'identifier uniquement les mutations les plus fréquentes et il est nécessaire pour cela de « screener » un grand nombre de patients. Ensuite, elle nécessite une analyse gène par gène, ce qui est long et coûteux. Par ailleurs, il est rare qu'une seule mutation génétique soit impliquée dans la survenue d'un cancer. Enfin, les thérapies ciblées sur une seule mutation induisent fréquemment des mécanismes de contournement de la part des cellules tumorales, entraînant une forme de résistance et donc une perte d'efficacité. Pourtant, c'est cette approche qui est actuellement privilégiée par les laboratoires pharmaceutiques. Sans dénier les avancées obtenues par cette industrie, force est de constater que celle-ci préfère un « business model » privilégiant des médicaments segmentés, c'est-à-dire s'adressant à des populations spécifiques de patients, car offrant des perspectives plus intéressantes en terme de retombées financières.

Une autre approche consiste à travailler à partir de l'exome. Il s'agit de la partie des gènes qui codent pour la production de protéines impliquées dans les processus physiologiques. L'exome ne représente qu'un 1,5 % de l'ensemble du génome humain (qui est composé d'environ 20 000 gènes). Avec les progrès technologiques de ces dernières années, l'analyse de l'exome est aujourd'hui rapide (quelques jours, voire quelques heures) et à des coûts relativement peu élevés. Appliquée à des populations de patients atteints d'un même type de cancer, elle pourrait permettre d'identifier l'ensemble des anomalies génétiques les plus fréquentes et, par là, de proposer aux patients autant de médicaments ciblés sur celles-ci. On aboutirait ainsi à des formes de multithérapies, associant plusieurs médicaments agissant

simultanément sur plusieurs mutations, à l'instar de ce qui existe notamment pour traiter l'infection par le VIH, le virus responsable du sida.

Ces enjeux techniques sont donc très importants car ils vont déterminer ce que sera demain la médecine personnalisée.

## Les enjeux éthiques de la médecine personnalisée

Le développement de la médecine personnalisée s'accompagne d'enjeux très importants en terme de santé publique et sur le plan économique. On le sait, le cancer est en grande partie une maladie du vieillissement. Comme l'espérance de vie a beaucoup augmenté, le nombre de personnes qui sont confrontées à un cancer augmente lui aussi. Entre 2005 et 2011, le nombre de patients atteints d'un cancer a progressé de 30 %. Parallèlement, les coûts de prise en charge ont augmenté de 119 %, essentiellement du fait du coût des thérapies ciblées. La plupart d'entre elles coûtent une véritable fortune. Le traitement par une des thérapies ciblées contre le cancer du poumon coûte ainsi 80 000 dollars US, ceci pour un gain de vie de 1,2 mois en moyenne. Deux auteurs ont calculé, en extrapolant sur cette base, que si tous les Américains qui décèdent d'un cancer chaque année pouvaient bénéficier d'une année de vie supplémentaire grâce à une thérapie ciblée, le coût global serait de 440 000 milliards de dollars; cela représente 100 fois le budget annuel du *National Cancer Institute* (l'Institut national du cancer aux États-Unis), ceci sans qu'aucun patient ne soit pour autant guéri! Les ressources financières n'étant pas illimitées, les thérapies ciblées posent d'ores et déjà de manière aiguë la question de l'allocation de ces ressources.

Un autre aspect éthique relatif à la médecine personnalisée concerne le rapport de chacun à sa propre santé, avec des enjeux sociétaux conséquents. La médecine personnalisée s'oriente et va de plus en plus s'orienter vers la prévention, c'est-à-dire vers l'identification d'anomalies génétiques prédictives de la survenue de cancer. C'est déjà le cas pour certains cancers. Cela va très probablement se généraliser dans les années à venir. Il est même possible que l'on parvienne à détecter des marqueurs qui sont présents avant même que les tumeurs se forment. Des traitements seront alors donnés alors que la maladie ne se sera pas encore déclarée.

L'identification d'un risque de cancer, qui pourra éventuellement survenir, dix, vingt ou trente ans plus tard, représente en quelque sorte une épée de Damoclès dans une boîte de Pandore. Une fois le risque connu, comment vit-on avec? Quelles conséquences cela aura-t-il pour l'ensemble des composantes de la vie? Un employeur embauchera-t-il une personne qui présente ce type de risque ou lui donnera-t-il une promotion? Les assureurs accepteront-ils d'assurer une personne qui présente un risque plus élevé de cancer? Le ou la partenaire de cette personne acceptera-t-il de fonder une famille avec elle en connaissance ce risque?

Parallèlement, cela change le rapport au statut de malade. Un individu pourra avoir une identité de malade alors que le cancer surviendra plusieurs décennies plus tard, voire jamais. Cela transforme complètement le rapport à la santé, à la médecine et à la maladie. La génétique moléculaire et la médecine personnalisée vont dissoudre dans la pratique la différence actuelle entre l'état d'être malade et celui de ne pas l'être. Cette évolution va inévitablement conduire à repenser le rôle et la place d'usager du système de santé. ■ ”

## ACCÈS AUX THÉRAPIES CIBLÉES

# 1<sup>er</sup> bilan du programme AcSé

Lancé en juin 2013 par l'Institut national du cancer (INCa), le programme AcSé vise à permettre l'accès à des thérapies ciblées sur l'ensemble du territoire dans le cadre d'essais cliniques. À ce jour, deux essais sont en cours et le programme répond à ses objectifs.

Les thérapies ciblées sont des médicaments qui, comme leur nom l'indique, ciblent des altérations moléculaires (mutations, translocations, amplifications, etc.) présentes dans les cellules cancéreuses. Elles permettent d'agir plus spécifiquement sur ces cellules que ne le font les médicaments de chimiothérapie classique. Chaque thérapie ciblée est conçue contre une ou plusieurs altérations particulières. Si celles-ci sont retrouvées dans les cellules cancéreuses, le médicament sera actif. Sinon, il n'aura pas d'activité.

Les altérations moléculaires ciblées ne sont pas forcément spécifiques d'un seul cancer. Par exemple, elles peuvent être retrouvées dans les cellules tumorales chez un patient atteint d'un cancer du poumon et chez un autre atteint d'un cancer du côlon. Dès lors qu'une ou plusieurs altérations sont présentes, une thérapie ciblée peut ainsi être active pour traiter différents types de cancer.

De nombreuses thérapies ciblées ont d'ores et déjà obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM), le plus souvent pour le traitement du cancer d'un organe déterminé. Elles pourraient toutefois être également efficaces pour des patients atteints d'un cancer touchant un autre organe mais présentant la ou les mêmes anomalies génétiques. L'objectif du programme AcSé est d'évaluer des thérapies ciblées non pas en fonction de l'organe atteint par un cancer mais du « profil génétique » des tumeurs. Par là, il vise à permettre à des patients atteints de cancer dont la tumeur présente la même altération moléculaire un accès précoce à des thérapies ciblées en dehors de leurs indications validées par une AMM.

### Égalité d'accès

Le programme AcSé est conçu pour, d'une part, que les patients aient une égalité d'accès aux thérapies ciblées sur l'ensemble du territoire, d'autre part, que cet accès se fasse de façon sécurisée tout en permettant de recueillir des données d'efficacité. C'est pourquoi, les traitements sont évalués dans le cadre d'essais cliniques auxquels peuvent participer tous les établissements de santé autorisés à traiter les cancers.

Ce programme s'adresse à tous les patients, enfants et adultes, atteints d'un cancer et en échec thérapeutique. L'inclusion dans

un essai est possible si leur tumeur présente une altération spécifique. Celle-ci est recherchée à partir d'un échantillon de la tumeur par l'une des plateformes de génétique moléculaires mises en place par l'INCa.

### Deux essais en cours

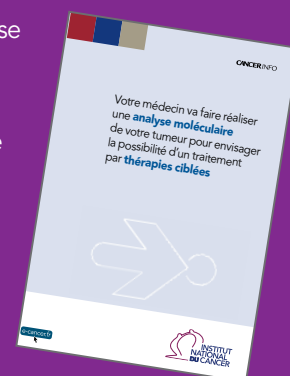
Le premier essai du programme a débuté en juillet 2013. Il porte sur le crizotinib, un médicament oral ciblant des altérations sur trois gènes (ALK, MET ou ROS1). Cette thérapie dispose d'une AMM uniquement pour le traitement de patients atteints d'un cancer du poumon présentant une altération spécifique du gène ALK. L'essai concerne plus de 20 types de cancer différents, dès lors que les tumeurs présentent l'une des trois altérations ciblées.

À l'heure actuelle, 150 établissements participent à cet essai à travers toute la France. Plus de 4000 patients ont pu bénéficier d'une analyse de leur tumeur, dont une centaine chez lesquels une des altérations recherchées a été retrouvée. 100 patients participent ainsi à l'essai.

Pour les responsables d'AcSé, la réalisation de cet essai est une réussite dans la mesure où elle démontre la pertinence et la faisabilité du programme. Forts de ce constat, ils ont lancé à la fin 2014 un second essai. Il concerne cette fois le vemurafenib, une thérapie ciblée orale actuellement disponible pour le traitement du mélanome chez les patients porteurs d'une mutation du gène BRAF. Réalisé, comme le premier, par Unicancer, l'essai s'adresse à des patients dont la tumeur présente cette même mutation mais qui sont atteints d'autres formes de cancers. Il est prévu d'inclure environ 500 patients. La liste des centres participants peut être consultée à partir du registre des essais cliniques sur le site de l'INCa ([e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)) ou sur le site d'Unicancer ([unicancer.fr](http://unicancer.fr)). ■

## Comprendre l'analyse moléculaire

L'analyse moléculaire d'une tumeur vise à rechercher la présence d'altérations afin de déterminer si une thérapie ciblée peut être prescrite ou pas. Pour bien comprendre comment une analyse de ce type est réalisée et à quoi cela sert, l'Institut national du cancer a édité une fiche d'information destinée aux patients. Cette fiche peut être téléchargée gratuitement sur le site de l'INCa ([e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)).



## PERSONNES ÂGÉES

### Une recherche clinique en oncogériatrie en progrès mais encore insuffisante

Dans un rapport sur la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer en France en 2013 <sup>(1)</sup>, l'Institut national du cancer note que, pour ces malades, « l'accès aux essais cliniques et aux traitements innovants a nettement progressé depuis 2008 mais reste encore insuffisant ». Les personnes âgées de 75 ans ou plus représentaient près d'un tiers de l'ensemble des nouveaux malades du cancer diagnostiqués en 2013. Mais sur l'ensemble des essais ouverts aux inclusions cette même année, seuls 10 % d'entre eux concernaient les personnes âgées. De plus, 14 essais seulement étaient exclusivement dédiés à cette population de malade. Parmi l'ensemble des personnes âgées, un peu moins de 5 % ont participé à un essai. Le nombre de patients de 75 ans ou plus inclus dans un essai a toutefois fortement augmenté au cours des dernières années : en 2007, ils étaient environ 250, sept ans plus tard, ils étaient près de 5 400.

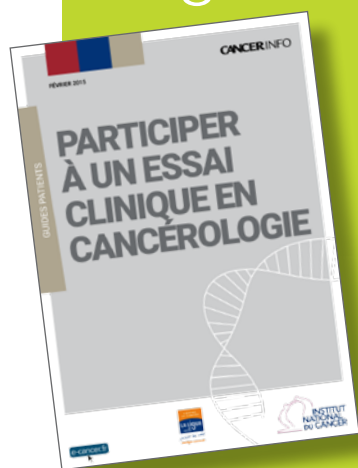
L'INCa souligne dans son rapport qu'une « meilleure structuration de la recherche clinique en oncogériatrie se met en place » et



qu'elle devrait permettre dans les prochaines années « une mobilisation forte de tous les acteurs concernés pour développer des essais cliniques dédiés à cette population, avec des objectifs et des critères de jugement adaptés, portant notamment sur la tolérance des traitements, la qualité de vie, le maintien d'un état fonctionnel correct, et les attentes du patient ». ■

(1) Suivi du dispositif de prise en charge et de recherche clinique en oncogériatrie / État des lieux au 1er janvier 2015, appui à la décision, INCa, mars 2015.

## Un guide d'information sur la participation aux essais



L'institut national du cancer a publié en février 2015 un guide d'information destiné aux patients intitulé « Participer à un essai clinique en cancérologie ». Édité en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer, ce guide présente des explications sur la recherche clinique, les essais cliniques, leurs buts et leur déroulement. Il décrit également les rôles des différents acteurs impliqués dans les essais. Il détaille enfin les modalités de participation à un essai, notamment les éléments clés nécessaires pour décider ou pas d'y participer. Écrit de façon à la fois claire et précise, ce guide est une aide précieuse pour prendre une décision éclairée.

Participer à un essai clinique en cancérologie, collection Guides patients Cancer info, INCa, février 2015. Ce guide peut être téléchargé gratuitement sur [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)



## RECHERCHE CLINIQUE

## La montée en puissance du Comité de patients

Après 15 années d'existence, le Comité de patients pour la recherche clinique en cancérologie (CPRC) de la Ligue nationale contre le cancer a connu en 2014 une réelle montée en puissance. L'année dernière, les 85 membres du Comité ont en effet relu 104 protocoles d'essais cliniques et donc autant de notes d'information destinées aux patients sollicités pour participer à ces essais. Cela représente près de la moitié de l'ensemble des protocoles d'essais cliniques en cancérologie promus chaque année. Par ailleurs, le nombre de membres ne cesse d'augmenter, de plus en plus de patients ou proches se proposant pour participer à ce travail de vérification et d'adaptation des notes d'information afin qu'elles répondent réellement aux besoins d'information des patients. Enfin, le nombre de promoteurs sollicitant le Comité pour bénéficier de son expertise est lui aussi en augmentation. Signe de la reconnaissance de cette expertise, certains promoteurs s'adressent désormais au Comité avant même de finaliser leurs essais. Ainsi, en 2014, le Comité a donné son avis sur cinq pré-projets ou lettres d'intention.

## Un protocole d'accord avec l'AP-HP

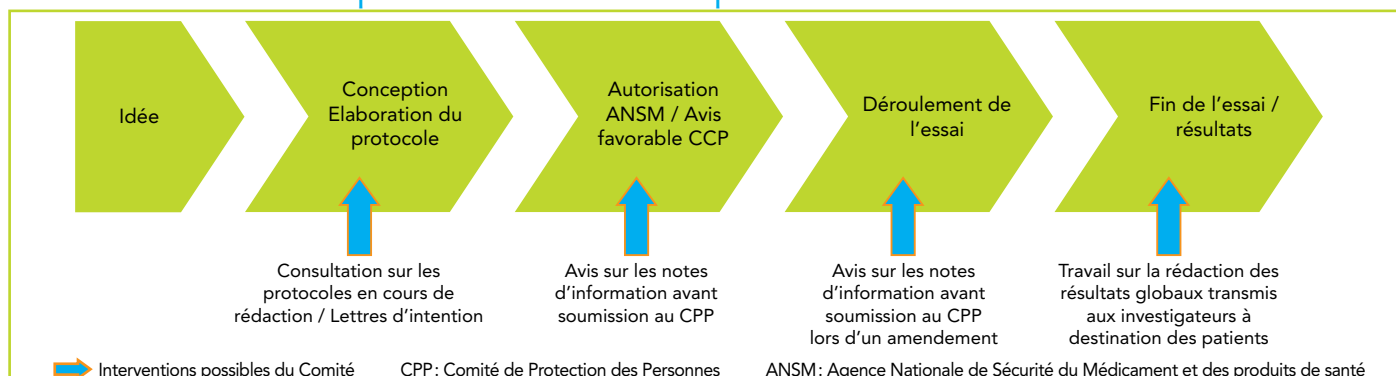
Même si cela constitue son mode d'intervention principal, l'activité du Comité de patients pour la recherche clinique en cancérologie ne s'arrête pas à la seule relecture des notes d'information destinées aux patients. Ses coordinatrices et certains membres assurent ainsi des interventions au cours de colloques ou de conférences pour à la fois faire connaître le Comité, mais aussi et surtout expliquer aux acteurs de la recherche combien la prise en compte des besoins et des attentes des patients est importante pour la bonne réalisation des essais cliniques. Avec ce même objectif, le Comité et quelques autres associations de malades ont fait la demande à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) d'interroger systématiquement les promoteurs, au moment où ils déposent leur dossier d'approbation d'essais, sur la participation des patients à la relecture de la note d'information. Ceci devrait se mettre en place à partir de septembre 2015 comme une nouvelle étape du processus de soumission des essais auprès de l'ANSM et une reconnaissance supplémentaire de l'intérêt du travail des Comités de patients

## Bilan chiffré

- 85 membres fin 2014
- 104 notes d'information relues en 2014.
- 489 notes d'information relues depuis 2000.
- Les notes d'information relues en 2014 ont été soumises à :
  - 41 % par Unicancer et l'Institut Gustave Roussy.
  - 24 % par des groupes coopérateurs.
  - 12 % par des laboratoires pharmaceutiques.
  - 11 % par des CHU.

et des associations qu'ils représentent. Parallèlement, différents partenariats ont été noués l'année dernière par le Comité avec des industriels et des promoteurs publics. En particulier, un protocole d'accord a été élaboré avec le Département de Recherche Clinique de l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris) qui lance chaque année une trentaine d'essais cliniques en cancérologie. Bénéficiant de l'appui de différentes mesures des Plans Cancers successifs, le Comité de patients pour la recherche clinique en cancérologie permet à ce que les patients soient de plus en plus impliqués dans la réalisation des essais cliniques. ■

## Les interventions possibles du Comité de patients au cours de la réalisation d'un essai



## ASSURANCE

# Droit à l'oubli : un accord signé

Pour ne plus avoir de difficulté à souscrire et surtout à assurer un emprunt bancaire, les anciens malades auront bientôt la possibilité de faire valoir le « droit à l'oubli ». Une avancée certaine.

Pour toutes les personnes guéries d'un cancer, souscrire un emprunt auprès d'une banque pour financer un projet n'était jusqu'à présent pas une démarche évidente. En effet, pour les assurances qui couvrent les emprunts bancaires, le cancer constitue un « risque aggravé ». Cela les conduit à demander des suppléments de prime ou à imposer des exclusions de garanties qui constituent souvent un frein à l'accès au crédit. Une première évolution notable est intervenue en janvier 2007 avec l'entrée en vigueur de la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) <sup>(1)</sup>. Celle-ci vise à faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt pour les personnes ayant ou ayant eu un problème de santé. Cette convention concerne, sous certaines conditions, les prêts à caractère personnel (prêt immobilier et certains crédits à la consommation) et les prêts professionnels (prêt pour l'achat de locaux et de matériels).

### « Plus rien à déclarer »

Réclamé depuis plusieurs années par les associations de lutte contre le cancer, le droit à l'oubli consiste à permettre aux anciens malades de ne plus avoir, pour contracter un crédit, à déclarer leur maladie lorsque celle-ci n'est plus qu'un lointain souvenir. Ce nouveau droit a été



Le protocole d'accord a été signé dans les locaux de la Ligue nationale contre le cancer, en présence du président de la République, de la présidente de la Ligue et de la Ministre de la Santé.

officiellement reconnu le 24 mars 2014 par la signature d'un protocole d'accord entre le gouvernement, la convention AERAS, l'Institut national du cancer, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité, et des associations de malades, dont la Ligue nationale contre le cancer. Cette signature est intervenue au siège de la Ligue à Paris, en présence du président de la République.

Ce protocole d'accord instaure les trois dispositions suivantes pour les contrats d'assurance de prêt :

- les personnes ayant été atteintes d'un cancer avant l'âge de 15 ans n'auront plus rien à déclarer à un assureur 5 ans après la fin de leur protocole thérapeutique ;
- les personnes ayant été atteintes d'un cancer après l'âge de 15 ans n'auront plus rien à déclarer à un assureur 15 ans après la fin de leur protocole thérapeutique ;
- une grille de référence est en cours d'élaboration pour permettre aux personnes ayant contracté certains cancers de s'assurer au tarif normal dès lors que la date de fin du protocole thérapeutique a cessé depuis un certain nombre d'années inférieur à 15 ans. Il est prévu que cette grille soit régulièrement actualisée.

Ces nouvelles dispositions doivent être intégrées d'ici l'été dans la convention AERAS. Elles entreront alors pleinement en vigueur. ■

(1) [aeras-infos.fr](http://aeras-infos.fr)