



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

COMMISSION DE LA TRANSPARENCE

Mercredi 29 novembre 2023

Seul l'avis de la CT fait foi - Occultations sous la responsabilité du laboratoire

AVERTISSEMENT

En application des articles L. 1451-1-1 et R. 1451-6 du Code de la santé publique, la HAS réalise un enregistrement des séances de la commission de la transparence (CT), de la Commission d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) et de la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP). Pour en faciliter la communication et la compréhension, la HAS a fait le choix de recourir à une transcription des débats par l'intermédiaire d'une société prestataire

Cette prestation associe une saisie directe des débats par sténotypie et une transcription assistée par ordinateur ainsi qu'une relecture médicale. L'objet de cette transcription est de permettre de tracer le déroulé des débats dans un souci de transparence et non de fournir une information scientifique validée. En effet, malgré le professionnalisme de cette prestation, il peut persister dans le texte final des incongruités ou des inexactitudes liées à l'usage d'un vocabulaire hautement spécialisé ou à la nature même des échanges verbaux. La HAS n'effectue aucune validation de ces documents.

La HAS rappelle que les seuls documents validés et opposables sont le procès-verbal de la séance et l'avis définitif de la Commission qui sont mis en ligne sur le site de la HAS.

Pour la publication des transcriptions, et dans un but de protection du secret industriel et commercial, certains mots peuvent avoir été occultés. Les occultations éventuelles sont de la responsabilité de l'entreprise exploitant le produit évalué.

Toute reprise d'un ou plusieurs extraits d'une transcription doit être accompagnée d'une mention en précisant la source et respecter la législation sur la publicité.

Les membres des commissions s'expriment à titre personnel dans le cadre de leur mission d'expertise. Les agents de la HAS (chefs de service, adjoints, chefs de projet) représentent l'institution et s'expriment en son nom.

La HAS rappelle que la connaissance des propos tenus en séance par les membres des commissions et les agents de la HAS ne peut en aucun cas justifier des contacts directs de quelque nature que ce soit avec ces personnes, lesquelles sont tenues à une obligation de confidentialité conformément à l'article R. 161-85 du Code de la sécurité sociale.

1. XELJANZ - Audition — Réévaluation SMR et ASMR

M. le Pr COCHAT, Président.- Nous recommençons avec XELJANZ.

(Monsieur le Professeur Mathurin Fumery rejoint la séance.)

M. le Pr COCHAT, Président.- Bonjour, Monsieur Fumery. Je pense que vous êtes avec PFIZER ? Ils ne sont pas là, encore. Nous vous avons fait entrer en pensant que vous étiez tous ensemble, mais ils ne sont pas encore là.

M. le Pr FUMERY.- Ils devaient se connecter à 11 heures 45.

M. le Pr COCHAT, Président.- C'est vrai que nous sommes un peu en avance. Dès qu'ils se connectent, nous démarrons. Nous attendons.

(Madame Sandrine Benaroché rejoint la séance.)

Mme BENAROCHE.- Il nous manque deux personnes.

(Madame le Docteur Amira Bouzidi et Madame Valentine Famelart rejoignent la séance.)

M. le Pr COCHAT, Président.- Nous allons vous écouter au sujet de XELJANZ, cette fois-ci en gastroentérologie. Vous avez quinze minutes de présentation et dix minutes de discussion.

Mme BENAROCHE.- Rebonjour, Monsieur le Président, Messieurs les vice-présidents, Mesdames et Messieurs les membres. Je vous laisse commencer avec le rappel du projet.

Un chef de projet, pour la HAS.- Bonjour à tous. Vous allez avoir, en gastroentérologie, l'audition des trois laboratoires qui commercialisent les trois anti-JAK indiqués dans le traitement de la rectocolite hémorragique active modérée à sévère chez l'adulte. Pour rappel, dans l'avis rendu le 29 novembre, le périmètre retenu était comme traitement de recours des patients identifiés comme à risque ou non. Le SMR a été confirmé comme étant important pour RINVOQ et XELJANZ, il est resté modéré pour JYSELECA, avec une ASMR V, pas d'ISP. Je vous fais un rappel global, puisque ce sont finalement des décisions assez similaires.

Les points qui vont faire l'objet de la discussion vont concerner la mention ou pas d'une phrase concernant RINVOQ, où nous avons précisé dans un avis précédent que RINVOQ était l'anti-JAK avec le meilleur niveau de preuve par rapport aux deux autres, en sachant que cette mention a été supprimée dans tous les avis rendus en gastroentérologie. J'en ai terminé pour la présentation dans la rectocolite hémorragique.

Mme BENAROCHE.- Merci, Monsieur, pour le rappel du contexte. Je suis Sandrine Benaroché, directrice d'accès au marché, je suis accompagnée par Valentine Famelart, directrice accès au marché pour le portefeuille immunologie et inflammation et cette fois-ci par le Docteur Amira Bouzidi, responsable médical en gastroentérologie. Nous sommes également accompagnés par le Professeur Mathurin Fumery, que je vais laisser se présenter.

M. le Pr FUMERY.- Bonjour à tous, je suis Mathurin Fumery, gastroentérologue au CHU d'Amiens.

Mme BENAROCHE.- Pour rappel, vous trouverez sur cette slide les conclusions qui ont été émises par la commission dans son projet d'avis d'octobre dernier, ce qui vient d'être rappelé, suite à la réévaluation des trois inhibiteurs de JAK indiqués dans la rectocolite hémorragique. Comme il a été aussi précisé, XELJANZ et RINVOQ maintiennent leur SMR important et JYSELECA son SMR modéré, et les trois molécules ont une ASMR V et sont désormais positionnées en dernière ligne de traitement, donc comme traitement de recours.

Si nous revenons sur les conclusions précédentes de la commission concernant les inhibiteurs de JAK, XELJANZ a été évalué en premier en 2019 avec un SMR important, une ASMR IV et était situé dans la stratégie thérapeutique après échec au traitement conventionnel et aux anti-TNF. Il représentait alors une alternative au védolizumab.

RINVOQ a été évalué en janvier 2023, il y a moins d'un an, avec un SMR important et une ASMR V, et il était situé dans la stratégie thérapeutique après échec au traitement conventionnel, aux anti-TNF et au védolizumab. Dans le projet d'avis qui nous intéresse aujourd'hui suite à la réévaluation de la classe, les inhibiteurs de JAK sont situés dorénavant dans la stratégie thérapeutique après échec au traitement conventionnel, aux anti-TNF, au védolizumab et à l'ustékinumab, et sont considérés comme traitement de recours.

Dans ce cadre, nous sollicitons cette audition afin, dans un premier temps, de modifier la place de XELJANZ dans la stratégie thérapeutique, et nous sollicitons un positionnement de XELJANZ après échec au traitement conventionnel, aux anti-TNF et au védolizumab. Cela correspond d'ailleurs au positionnement des inhibiteurs de JAK qui ont été décrits dans l'avis de la commission qui a été rendu, pour RINVOQ, en janvier dernier. Je dirais, par conséquent, que nous sollicitons également une modification du libellé du SMR afin d'être en ligne avec la place dans la stratégie thérapeutique revendiquée.

Afin d'étayer ces sollicitations, je vais laisser la parole au Docteur Bouzidi.

Mme le Dr BOUZIDI. Bonjour à tous. Avant d'aborder le rapport bénéfice/risque du tofacitinib dans la RCH, je souhaitais revenir sur les éclairages apportés par l'étude ORAL Surveillance. Pour rappel, cette étude qui a été requise par la FDA a été spécifiquement conçue pour évaluer la tolérance à long terme du tofacitinib aux doses de 5 et 10 milligrammes deux fois par jour en comparaison à un traitement actif, les anti-TNF, dans une population sélectionnée de patients présentant une polyarthrite rhumatoïde active modérée à sévère qui étaient âgés d'au moins 50 ans et présentant au moins un facteur de risque cardiovasculaire.

Le profil à haut risque cardiovasculaire de ces patients mérite d'être souligné, avec notamment presque un tiers des patients qui étaient âgés de plus de 65 ans. Environ la moitié de ces patients étaient des fumeurs ou d'anciens fumeurs avec une durée significative de tabagisme, puisque la médiane de tabagisme était d'au moins 35 ans pour les fumeurs ou anciens fumeurs traités par le tofacitinib.

Les analyses approfondies des données de cette étude ORAL Surveillance ont montré que le surrisque d'événement indésirable d'intérêt particulier, notamment les événements

cardiovasculaires majeurs ou les cancers, était principalement observé chez des populations cliniquement identifiables, en l'occurrence les patients de 65 ans et plus, les fumeurs ou anciens fumeurs de longue durée et spécifiquement, pour les événements cardiovasculaires majeurs, les patients présentant des antécédents de maladie cardiovasculaire athérosclérotique avérée.

Au vu des éclairages importants apportés par l'étude ORAL Surveillance, en 2021, le RCP du tofacitinib a été mis à jour avec l'ajout d'une restriction de son utilisation chez les patients de plus de 65 ans, les patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaire, les patients fumeurs ou anciens fumeurs et les patients présentant des facteurs de risque de développer une tumeur maligne, uniquement en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, avec une recommandation également d'utiliser la dose de 5 milligrammes deux fois par jour en traitement d'entretien dans la RCH, qui nous concerne aujourd'hui, en cas de présence de facteur de risque de maladie thromboembolique veineuse. Ces recommandations sont depuis respectées en pratique clinique courante.

En 2021, le PRAC a initié une réévaluation du rapport bénéfice/risque de l'ensemble de la classe des JAK inhibiteurs dans toutes les indications approuvées. Cette réévaluation était motivée par les résultats finaux de l'étude ORAL Surveillance et les résultats préliminaires d'une étude observationnelle portant sur le baricitinib dans la polyarthrite rhumatoïde. Sur la base d'une analyse exhaustive de l'ensemble des données disponibles sur les inhibiteurs de JAK, le PRAC a conclu qu'il s'agit d'un profil de sécurité commun à l'ensemble de la classe des JAK inhibiteurs et il a maintenu les AMM initiales des JAK inhibiteurs concernés avec la mise en œuvre de mesures de minimisation des risques d'événement indésirable grave pour l'ensemble de leurs indications approuvées que vous voyez sur cette diapositive.

Je vous remercie pour votre attention et je cède maintenant la parole au Professeur Fumery pour aborder plus spécifiquement les données dans la RCH.

M. le Pr FUMERY.- Merci. Sur la diapositive suivante, si nous faisons un focus sur la population rectocolite hémorragique en France, on s'aperçoit qu'elle est très différente de la population polyarthrite rhumatoïde. Vous voyez ici les résultats de l'étude du groupe français d'étude des MICI, le GETAID, qui a inclus 1 000 patients consécutifs suivis pour une RCH. C'était une étude qui avait pour objectif d'évaluer la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire et de maladie thromboembolique veineuse définis par les recommandations internationales.

Vous observez que plus d'un tiers des patients dans cette étude n'avaient aucun facteur de risque cardiovasculaire et plus de deux tiers 0 ou 1 facteur de risque cardiovasculaire. 9 patients sur 10 n'avaient pas de facteur de risque majeur ou modéré de maladie thromboembolique veineuse et 12 % des patients étaient des fumeurs.

La plus faible prévalence de ces facteurs de risque, qu'ils soient artériels, veineux ou du tabagisme dans la population rectocolite hémorragique, fait que l'identification des patients concernés par les recommandations du PRAC qui viennent d'être rappelées est relativement élevée dans notre pratique clinique quotidienne et c'est d'ailleurs ce qui est déjà réalisé par mes collègues gastroentérologues quotidiennement.

Dans la population rectocolite hémorragique, le tofacitinib est l'inhibiteur de JAK qui a été le plus étudié. Il existe les données issues du suivi à long terme des patients qui avaient été inclus dans les essais randomisés, avec un recul de plus de 7 ans, avec des patients qui étaient traités à la dose de 5 milligrammes fois deux, mais aussi des patients traités à la dose de 10 milligrammes fois deux. Ces données ne montrent pas de signal vis-à-vis du risque d'événement thromboembolique qu'il soit veineux ou artériel, ou du risque néoplasique. De même, les études en vie réelle nous ont confirmé l'efficacité du tofacitinib dans une population hétérogène, notamment dans une étude de vraie vie, là encore du GETAID, en France, qui suggère une diminution du recours à la colectomie.

Vous allez voir sur la diapositive suivante un résumé des études de phase 3 et post-AMM pour chacune des molécules qui sont disponibles au cours de la rectocolite hémorragique. Notez qu'en dehors du védolizumab, tous les traitements actuels ont été évalués par rapport au placebo et que les patients inclus dans les essais ayant évalué le tofacitinib n'avaient pas inclus, pour des raisons chronologiques, de patients exposés à l'ustékinumab ou au védolizumab. Finalement, la hiérarchie proposée par le projet d'avis de la commission de transparence ne me paraît pas justifiée puisqu'il n'existe aucune donnée comparative directe entre le tofacitinib et l'ustékinumab.

Il n'y a aucune donnée comparative entre ces deux molécules. Il existe différentes méta-analyses en réseau, c'est-à-dire des comparaisons indirectes issues des essais randomisés contrôlés qui ne permettent pas de hiérarchiser l'ustékinumab et le tofacitinib même si deux de ces méta-analyses en réseau classent le tofacitinib, en termes de SUCRA, avant l'ustékinumab sur des critères cliniques ou endoscopiques.

Nos recommandations de tutelle, c'est-à-dire nos recommandations européennes ECCO publiées en 2022, et les recommandations françaises publiées après les premières recommandations du PRAC qui concernaient le tofacitinib, n'établissaient pas de hiérarchie entre l'ustékinumab et le tofacitinib.

Finalement, ces recommandations nous disent que la décision thérapeutique dans la rectocolite hémorragique doit être individualisée en fonction du profil du patient, en fonction du profil de la maladie et des préférences du patient.

Or, les séquences thérapeutiques proposées par le projet d'avis de la commission de transparence ne permettent pas de couvrir certains profils de patients. Les inhibiteurs de JAK répondent à des besoins non couverts, que ce soit par le védolizumab ou l'ustékinumab. C'est la seule classe thérapeutique avec une action rapide, une action dès les premiers jours du traitement, et cela est très important notamment dans les formes les plus actives et les plus sévères de la maladie. C'est la seule classe thérapeutique à démontrer une efficacité sur les manifestations articulaires périphériques et axiales et cela représente jusqu'à 20 % à 30 % des patients atteints de rectocolite hémorragique. C'est aussi la seule classe thérapeutique avancée par voie orale et c'est un avantage certain dans cette population de patients jeunes et actifs.

Mme BENAROCHE.- Merci, Professeur Fumery. Pour conclure et reprendre ce qui vient d'être décrit, d'un point de vue tolérance, le surrisque d'effet indésirable a été établi uniquement en comparaison aux anti-TNF. Il n'y a pas de données de tolérance robustes en comparaison aux

autres traitements actifs. Le PRAC a conclu que ce surrisque était un effet propre à la classe des inhibiteurs de JAK, donc cela concerne tous les inhibiteurs de JAK.

Concernant la population rectocolite hémorragique, il y a une prévalence moindre des facteurs de risque par rapport aux patients atteints de polyarthrite rhumatoïde. Enfin, nous avons un recul de quasiment 8 ans sur le tofacitinib, donc XELJANZ, ce qui permet d'avoir une bonne connaissance de son profil de tolérance chez ces patients traités, y compris les patients atteints de rectocolite hémorragique.

Sur la partie efficacité, l'efficacité de XELJANZ a été démontrée, elle est maintenue chez les patients préexposés aux anti-TNF. Toutes les alternatives médicamenteuses ont conduit des études d'efficacité versus placebo à l'exception du védolizumab.

Il y a une absence de comparaison directe entre le tofacitinib et l'ustékinumab et aucune hiérarchisation n'est donc possible au sein de la classe des inhibiteurs de JAK, ni entre le tofacitinib et l'ustékinumab. C'est pour cette raison que les sociétés savantes elles-mêmes ne réalisent aucune hiérarchisation dans leurs recommandations.

Sur la base de ces éléments que je viens de citer, nous sollicitons une modification de la place dans la stratégie thérapeutique en positionnant XELJANZ après les anti-TNF et le védolizumab, positionnement des inhibiteurs de JAK qui a été acté par la commission en janvier dernier dans l'avis de RINVOQ.

Je vous remercie pour votre attention et nous sommes à votre disposition pour toute question.

M. le Pr COCHAT, Président.- Meri. Merci du respect du temps. Hugues Blondon ?

M. le Dr BLONDON, membre de la C.- Bonjour et merci pour vos exposés. J'ai une remarque et une question au Professeur Humery. Ma remarque, c'est que notre réflexion se base essentiellement sur la balance bénéfice/risque et dans le positionnement en termes de bénéfice, le problème que vous avez souligné, c'est qu'il n'y a pas eu de comparaison directe au comparateur pertinent, et notamment même pas, comme cela a été le cas en rhumatologie avec ce type de médicament, de démonstration de non-infériorité par rapport au comparateur pertinent.

En revanche, il y a un signal fort, et même plus qu'un signal, un surrisque démontré à la fois en termes cardiovasculaires, mais également en termes de tumeurs, en termes infectieux et même en termes de surrisque de décès, avec ce traitement, donc en termes de balance bénéfice/risque, cela doit forcément amener à une considération particulière pour ces traitements.

Dans les différents exposés, on a l'impression que le surrisque est limité à la population définie par le PRAC. Or, ce risque, et cela a bien été souligné par l'ANSM, existe également pour ces populations non à surrisque, même s'il est inférieur. Clairement, en termes de balance bénéfice/risque, on a du mal à positionner ce médicament au même niveau que les comparateurs qui n'ont pas ce risque. C'est ma première remarque et je vous laisserai y répondre.

Ma deuxième intervention est une question qui concerne les facteurs de risque spécifiques concernant la rectocolite hémorragique. Vous avez souligné qu'il y avait certains facteurs de risque qui n'existaient pas. On sait notamment que le tabagisme est bien inférieur dans la population de rectocolite hémorragique, ce qui n'est pas le cas pour la maladie de Crohn, mais ce n'est pas le propos actuellement.

En revanche, il y a certains surrisques spécifiques à la rectocolite hémorragique qui n'ont pas été pris en compte, et j'aimerais bien que vous me disiez un mot là-dessus. C'est le surrisque de cancer colorectal qui est connu, le problème de l'exposition préalable à l'azathioprine qui induit elle-même un surrisque tumoral potentiel et enfin, le risque de maladie veineuse thromboembolique qui, on le sait, est augmenté, doublé dans cette population spécifique de maladie inflammatoire chronique du tube digestif.

Voilà, j'étais un peu long, désolé, merci de me répondre.

M. le Pr FUMERY. - Je vais essayer de répondre à tous vos points. Si j'en oublie, vous pouvez me relancer à la fin. Le premier commentaire, par rapport à l'absence d'étude head to head, c'est qu'aujourd'hui, dans la rectocolite hémorragique, il n'y a qu'un seul essai face-face qui est disponible, c'est védolizumab versus adalimumab. Que ce soit pour le tofacitinib, les autres inhibiteurs de JAK ou les autres molécules, notamment l'ustékinumab, il n'y a aucun essai face-face qui montre une supériorité ou une non-infériorité.

Après, nous avons uniquement des comparaisons directes de méta-analyses en réseau et on a aussi des comparaisons avec des études de vraie vie qui sont essentiellement rétrospectives, avec des scores de propension, qui ont forcément des critiques en termes de niveau de preuve à faire de ces études, mais ces études ne montrent pas de supériorité de l'une par rapport à l'autre.

Ce qui est important, c'est que dans la rectocolite hémorragique, on n'est pas à traiter des patients avec une succession de molécules qui ont une efficacité identique. La séquence de traitement est vraiment importante. On a des molécules qui ont chacune des avantages et chacune des inconvénients, et on choisit ce traitement en fonction du profil du patient et du type de la maladie parce que la rectocolite hémorragique est une maladie très hétérogène, avec des formes de maladie très différentes, avec des manifestations extra-intestinales qui sont plus ou moins associées et avec des profils de patients qui sont très différents.

On ne peut pas traiter un certain nombre de ces patients, que ce soit en deuxième ligne ou en troisième ligne, uniquement avec le védolizumab ou l'ustékinumab. Le bénéfice du tofacitinib, vous l'avez dit, il est prouvé dans la littérature. Au-delà de cela, on a des avantages avec cette molécule pour traiter deux types de patients, à savoir les patients qui ont les formes les plus sévères au vu de l'efficacité et de la rapidité d'action de la molécule - et c'est la molécule de choix dans cette situation chez les patients qui sont en échec d'anti-TNF -, et les patients qui ont des manifestations extradiigestives, et notamment des manifestations articulaires. Le védolizumab et l'ustékinumab ont une efficacité très faible dans cette situation-là.

J'en veux pour preuve que c'est une situation qui est fréquente et difficile à traiter et qu'il y a un vrai besoin non couvert et on s'aperçoit qu'il y a beaucoup de collègues qui font de plus en

plus d'associations de biothérapies pour traiter ces patients qui ont des manifestations digestives et articulaires.

L'autre élément que je voulais ajouter, c'est que vous avez vu qu'il y a des facteurs de risque qui sont présents dans la population rectocolite hémorragique, bien évidemment, comme dans toute la population française. Ce sont des facteurs beaucoup moins fréquents que dans la population polyarthrite rhumatoïde et les gastroentérologues se sont déjà approprié les recommandations du PRAC. Ils sont en vigueur aujourd'hui, presque depuis le début de l'utilisation du tofacitinib et le premier avis du PRAC, et ce sont des choses que nous prenons en compte à chaque décision thérapeutique. Les gastroentérologues sont capables de le faire et le font déjà en pratique clinique.

Sur les facteurs de risque spécifiques à la rectocolite hémorragique, le cancer colorectal dans la population RCH en population générale, c'est 2 % de la population. C'est le contrôle de l'activité qui fait diminuer le risque de cancer colorectal. On le sait parce qu'on l'a montré avec différentes molécules. Je ne crois pas que ce risque impacte particulièrement le choix thérapeutique dans cette pathologie.

Concernant l'azathioprine, on a une augmentation du risque de lymphome sous azathioprine chez les patients qui sont âgés et de plus de 65 ans. Dans tous les cas, c'est donc un profil de patients qui n'est pas un profil de choix pour le tofacitinib. En plus, ce risque, on sait qu'il disparaît après l'arrêt du traitement, ce qui n'est pas le cas, vous l'avez souligné, pour les tumeurs cutanées. C'est un risque qui est limité avec l'azathioprine de tumeurs non mélanocytaires, des basocellulaires et des spino-cellulaires. Cela représente quand même un nombre limité de patients, et avec une surveillance dermatologique annuelle que l'on fait systématiquement avec ce traitement, je pense qu'on est capable de prévenir ces risques.

Pour la maladie thromboembolique veineuse, il y a un surrisque de maladie thromboembolique veineuse dans la population MICI, dont rectocolite hémorragique, quand on le compare à la population générale, qui n'est pas supérieure à la population polyarthrite rhumatoïde, et c'est un risque lié à l'activité de la maladie. Quand on met ces patients en rémission, on récupère le risque de la population générale. En traitant les patients avec un médicament qui est efficace, on est capable de récupérer un risque de maladie thromboembolique veineuse qui est faible et limité et aujourd'hui, les gastroentérologues se sont formés à reconnaître ces risques au vu des recommandations du PRAC qui sont, je le répète, appliquées en pratique clinique quotidienne. Je ne sais pas si j'ai répondu à tous vos points.

M. le Pr COCHAT, Président.- Merci. A priori, il n'y a pas d'autre question. Nous vous remercions beaucoup pour votre présentation, vos réponses à nos questions et le respect du temps.

(Madame Sandrine Benaroché, Madame le Docteur Amira Bouzidi, Madame Valentine Famelart et Monsieur le Professeur Mathurin Fumery quittent la séance.)

(La séance se poursuit.)

2. Discussion – Réévaluation des anti-JAK

M. le Pr COCHAT, Président.- Nous avons terminé avec les auditions. Nous avons prévu quinze minutes de discussion pour la rhumatologie et la gastrologie. Comme nous avons un peu d'avance, je vous propose que nous nous octroyions vingt minutes et que nous fassions dix minutes et dix minutes. Je voulais faire un petit commentaire en préambule. Nous allons commencer par la rhumatologie pour rester dans l'ordre.

Les points que j'ai notés, c'est cette notion de deuxième ligne qui a été mise en avant par plusieurs experts des laboratoires, la notion également que l'âge intervenait dans le risque cardiovasculaire selon les populations étudiées et notamment pour la spondyloarthrite axiale où l'âge est bien différent. Il faudra que nous rediscutions aussi du problème du meilleur niveau de preuve de RINVOO, et là je compte sur la pertinence des méthodologistes. Il y a aussi la notion de rapidité d'action qui a souvent été mise en avant, mais, à ma connaissance, pas très souvent démontrée.

C'est un peu pour lancer la discussion, mais vous avez peut-être d'autres points à aborder. En tout cas, ceux-ci me paraissent importants si nous devons revenir sur la décision, et ce n'est d'ailleurs pas vraiment la position du Bureau puisque le Bureau proposait quand même de rester sur la même position.

Mme le Dr SIMONIN, membre de la CT.- Je suis assez surprise de voir abordée la préférence patient pour choisir le traitement. C'est plutôt au médecin de choisir le traitement qui convient le mieux à son patient, premièrement.

Deuxièmement, le patient veut un traitement efficace, sans effet secondaire, et récupérer de la qualité de vie. Ce n'est pas focaliser sur les événements indésirables graves qui vont arriver dans le déroulé de la maladie, mais bien pouvoir vivre au quotidien sa vie le plus possible dans la normalité. C'est ce que je voulais ajouter sur l'expérience patient, parce qu'on galvaude un peu cela. L'expérience patient, pour la recueillir, il faut aller la chercher, avoir des questionnaires adaptés et la tracer avec une méthodologie robuste.

M. le Pr COCHAT, Président.- Tu as parfaitement raison, je suis de ton avis. Hugues ?

M. le Dr BLONDIN, membre de la CT.- Je voulais intervenir là-dessus parce que cela a été évoqué, notamment pour la maladie de Crohn. Il a été évoqué comme un argument le fait que les patients redoutaient l'intervention chirurgicale en sachant que l'intervention chirurgicale a souvent été présentée dans ces maladies comme un échec thérapeutique.

Or, il y a un certain nombre de données récentes, un essai contrôlé hollandais qui a maintenant à peu près cinq ans, mais surtout une grande cohorte danoise qui a été publiée il y a un mois, qui montrent que dans la maladie de Crohn, dans certaines localisations notamment iléales, la chirurgie précoce est, semble-t-il, une alternative tout à fait satisfaisante au long cours en termes de qualité de vie, de recours ultérieur à la chirurgie et de recours ultérieur à un traitement par rapport au traitement médical.

Je voulais le signaler et signaler que la crainte des patients vis-à-vis de l'intervention n'est pas toujours fondée.

M. le Pr COCHAT, Président.- Merci, Hugues, mais je souhaitais que nous parlions d'abord de la rhumatologie et nous passerons à la gastroentérologie après. Nous reviendrons peut-être sur ce point dans la deuxième partie. Sylvie ?

Mme le Pr CHEVRET, membre de la CT.- Je voulais insister aussi sur le fait que par rapport à ce qui vient d'être dit sur les patients, ce qui m'a choquée, c'est un peu comme la participation aux essais, la contribution du prescripteur me semble fondamentale par rapport à la présentation du médicament au patient. On sait bien le poids de l'industrie dans la formation continue des médecins, etc. J'étais entièrement d'accord avec ce qui vient d'être dit sur le fait que ce n'est pas parce que le patient ne parle pas d'un risque de cancer que le risque de cancer n'existe pas et ne doit pas être une préoccupation pour la société et pour nous.

M. le Pr COCHAT, Président.- Je suis assez d'accord. Francis ?

M. le Pr BONNET, membre de la CT.- J'étais sensible à deux choses. La première chose, sur les recommandations, les contre-indications et les risques, c'est qu'il y a des warnings qui sont bien posés maintenant et tout le monde peut et doit les respecter. Ensuite, dire que c'est plus ou moins fréquent en fonction du fait que c'est une population pour la polyarthrite rhumatoïde versus spondylarthrite ankylosante, d'accord, mais de toute façon, les facteurs de risque sont les facteurs de risque, donc je pense que cela n'intervient pas dans une valorisation. Par contre, dans l'aspect précaution, bien sûr.

Par contre il m'a semblé, que ce soit en rhumatologie ou en gastroentérologie, que le positionnement plus ou moins précoce et la possibilité d'utiliser des anti-JAK plus précocement intéressait quand même les cliniciens. C'est-à-dire qu'il y avait un souhait, indépendamment des démonstrations, dans une phase plus précoce de la maladie, d'avoir cette possibilité des anti-JAK. Il y a des arguments forts et d'autres moins forts sur ce sujet-là. Je suis d'accord avec le fait de faire parler les patients d'une façon ou d'une autre, mais je pense quand même que le mettre à disposition est intéressant pour les cliniciens, aussi bien un rhumatologue que gastroentérologue.

Ce sont les deux choses qui m'ont globalement frappé.

M. le Pr COCHAT, Président.- Je suis assez d'accord avec toi, cela a bien été dit par plusieurs experts et c'est assez logique. Serge ?

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- Je voudrais d'abord parler de la polyarthrite rhumatoïde. Je suis assez sensible pour la gastroentérologie à cette histoire de pouvoir disposer de traitements précoces, mais en ce qui concerne la polyarthrite rhumatoïde, je ne comprends pas bien la subtilité de la différence en ce qui concerne la demande d'ABBVIE, c'est-à-dire RINVOO, pour la polyarthrite rhumatoïde, entre le positionnement de la commission de transparence et ce qu'ils demandent.

Quand on le décortique, ils souhaitent que ce soit peut-être en deuxième ligne, mais quand on lit les précautions sur leur présentation, cela revient quand même aussi à une troisième ligne de temps à autre. Je ne comprends pas bien la différence. Ce questionnement est spécifique à leur demande de polyarthrite rhumatoïde.

Un chef de projet, pour la HAS.- En fait, on remonte ce qu'on avait déjà écrit dans la stratégie thérapeutique. Nous avons déjà écrit que cette utilisation était uniquement en échec d'anti-TNF et nous le remontons dans l'indication, dans le SMR, pour le formaliser de façon un peu plus claire et plus voyante. Pour ce qui est de la raison pour laquelle ils reviennent sur ce sujet-là, c'est sans doute une stratégie du laboratoire qui nous dépasse aussi.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- J'ai encore la diapositive sous les yeux. Quand ils disent « positionnement sollicité par ABBVIE versus réévaluation de la HAS au 4 octobre 2023 », je ne comprends pas quelle est la différence sur le plan sémantique, sauf qu'il y a un 3 qui passe en 2. Sinon, c'est un 2 avec « recommandation d'utilisation après échec à au moins un anti-TNF », mais ce n'est pas un 2, c'est un pseudo-2 qui est un 3. Je trouve que leur demande, en ce qui concerne la polyarthrite rhumatoïde, est très sophistiquée et spécieuse, à moins que j'aie raté un bout du film.

M. le Pr COCHAT, Président.- Non, je suis d'accord avec ton interprétation.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Je pense qu'il faut répondre à Francis Bonnet sur les maladies digestives, mais ce n'est peut-être pas le moment maintenant. C'est un point très important. Peut-être que je le ferai plus tard. En tout cas, il faut le faire.

M. le Pr COCHAT, Président.- Nous en reparlerons après. Nous terminons avec la rhumatologie. Il n'y a d'ailleurs pas d'autre question. Je me pose quand même le problème de stratifier différemment et de ne pas positionner les anti-JAK de la même façon chez les patients à risque et non à risque.

Un chef de projet, pour la HAS.- Nous en avons pas mal discuté. C'est la proposition de LILLY. Ils vous ont fait cette proposition-là. C'est aussi parce que ces facteurs de risque ont été identifiés dans une étude, mais on n'est pas non plus sûr qu'on ait identifié tous les facteurs de risque dans cette étude. C'est aussi compliqué de mettre dans un niveau de SMR que c'est uniquement chez les patients à un facteur de risque, en sachant qu'il y aura peut-être d'autres facteurs de risque qui seront identifiés plus tard. Il y en a peut-être quelques-uns qui seront supprimés. Ces facteurs de risque sont variables, c'est ce que je veux dire.

M. le Pr COCHAT, Président.- Vous parlez de facteur de risque cardiovasculaire ?

Un chef de projet, pour la HAS.- Oui, cardiovasculaires, cancers, et un dernier que j'ai oublié.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Il y a infections et décès.

M. le Pr COCHAT, Président.- Quelle physiopathologie donnes-tu aux décès qui ne sont ni infections, ni risque cardiovasculaire, ni cancer ?

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Dans l'étude ORAL Surveillance, c'est lié directement aux tumeurs, au risque cardiovasculaire et aux infections. Il n'est pas différent, mais c'est démontré en termes de décès, ce qui est quand même un point important pour nos patients.

M. le Pr COCHAT, Président.- Tout à fait. Je disais d'ailleurs en aparté que si nous avions pu, nous aurions même pu raisonner en survie globale dans ces populations. C'est un peu

caricatural et ce serait compliqué en termes de durée, mais cela pose ce problème quand même. Jean-Christophe Mercier ?

M. le Pr MERCIER, membre de la CT.- Je voulais revenir sur le fait qu'un certain nombre de laboratoires, en tout cas les concurrents d'ABBVIE, souhaitent qu'on efface la mention sur la qualité de la démonstration. Je voudrais demander à Sylvie si véritablement RINVOQ avait une meilleure qualité de démonstration, en particulier parce qu'il y avait des indicateurs de qualité de vie.

Mme le Pr CHEVRET, membre de la CT.- Oui, parce qu'en fait, on avait une démonstration d'un effet sur la qualité de vie alors que sur l'autre molécule, je ne sais pas si vous vous souvenez, mais dans l'arbre hiérarchique, il y avait des doses qui intervenaient. Il y avait une quinzaine de comparaisons hiérarchisées et on s'est interrompu avant la qualité de vie. Maintenant, ils le présentent comme si c'était une démonstration, mais ce n'est pas le même niveau de preuve puisqu'on ne contrôle plus le risque de faux positif. C'étaient ces arguments-là qui avaient joué, en plus des effectifs. Je pense que les essais étaient d'effectifs différents.

C'est pour cela que je leur ai dit. Ils ont beaucoup insisté sur le fait qu'il n'y avait pas de comparaison. Ils l'ont dit texto, comme cela. « Comme il n'y a pas eu de comparaison directe, alors leur niveau de preuve est équivalent ». Moi, je ne vois pas de lien de cause à effet entre ces deux assertions.

M. le Pr MERCIER, membre de la CT.- Nous pouvons donc maintenir le fait que le niveau de démonstration pour RINVOQ était supérieur aux autres. Par conséquent, ce que les concurrents réclament, à savoir d'effacer cette phrase, ne me paraît ni justifié ni fondé.

M. le Pr COCHAT, Président.- C'est le niveau de démonstration qui est supérieur. Ce n'est pas la quantité d'effet. Ce sont deux choses différentes.

Un chef de projet, pour la HAS.- C'est retransmis dans les niveaux de SMR différents.

M. le Pr COCHAT, Président.- Oui, tout à fait.

M. le Pr MERCIER, membre de la CT.- De toute façon, ils s'accrochent au fait qu'il n'y aura pas de comparaison de médicament à médicament. Il n'y a pas moyen de se sortir de cette problématique tant que c'est comparé à un placebo. Il nous a dit « vous comprenez, il y a des effets placebo qui sont très variables d'une population à l'autre ». Oui, c'est l'effet placebo, quoi. Voilà.

M. le Pr COCHAT, Président.- Je propose que nous passions au vote pour la rhumatologie.

Un chef de projet, pour la HAS.- Je voulais vous présenter rapidement deux diapositives avant. Ensuite, il y aura la diapositive de vote. C'était pour résumer les arguments qui avaient mis en avant dans l'avis pour le fait de le restreindre en échec des anti-TNF. C'est-à-dire que les anti-JAK ont au mieux une non-infériorité aux anti-TNF et ils ont un surrisque de tolérance qui est démontré, en tout cas pour une certaine catégorie de patients, en sachant qu'on ne sait pas s'ils ont tous été identifiés par les facteurs de risque dans l'étude ORAL Surveillance.

On ne change pas grand-chose en rhumatologie dans le sens où c'est quelque chose que nous avons déjà mis dans nos avis précédents, dans la place dans la stratégie thérapeutique. Nous les avons déjà restreints en troisième ligne après échec de csDMARD et après échec d'anti-TNF. C'était aussi l'avis de l'experte et c'est aussi l'avis que nous avons repris du représentant de la France au PRAC, avec l'avis contradictoire qui a eu lieu pour la France.

Les arguments de ne pas mettre en dernier recours, en tout cas de ne pas aller plus loin dans la restriction, ce sont les nombreuses comorbidités entre ces différentes pathologies, notamment les spondyloarthrites axiales et les MICI. Les autres médicaments disponibles, par exemple pour la spondyloarthrite axiale sont les anti-IL17 et ces anti-IL17 sont contre-indiqués en cas de MICI. C'est pour avoir un traitement commun aux deux pathologies.

Les facteurs de risque identifiés par le PRAC sont relativement cliniquement identifiables. En tout cas, c'était l'avis de l'experte côté rhumatologie. Le surrisque de tolérance était versus anti-TNF, mais pas aux autres traitements.

Contrairement à la gastrologie, il y a un bon niveau de preuve en termes d'efficacité des anti-JAK en rhumatologie, disons plus qu'en gastrologie, avec notamment des études comparatives versus anti-TNF, c'est-à-dire des études de non-infériorité, mais des études comparatives tout de même, et avec des études qui sont spécifiques en cas d'échec d'anti-TNF, ce qui n'est pas forcément le cas des indications gastrologiques.

De plus, les comparateurs cliniquement pertinents sont, pour le coup, assez nombreux, en tout cas surtout en polyarthrite rhumatoïde et en rhumatisme psoriasique, avec des niveaux de preuve qui peuvent être très variables en termes d'efficacité. On ne peut pas dire que les anti-JAK arrivent après tous ces médicaments qui parfois ont un niveau de preuve faible. Pour le coup, cela ne serait pas du tout être en adéquation avec les recommandations des sociétés savantes, de l'avis l'experte et de l'avis de l'EMA.

Vis-à-vis de cela, pour ce positionnement des anti-JAK, il y aura juste une petite notion que je voudrais vous préciser. Dans le SMR, nous avons écrit initialement dans l'avis que nous les réservions en échec aux anti-TNF et nous vous proposons de le changer par « en échec à au moins un anti-TNF ». Cela vient du fait que dans les recommandations, il est écrit notamment qu'en cas d'échec primaire à un anti-TNF, il est recommandé de changer le mécanisme d'action. Cette phrase laissait un flou sémantique sur le nombre d'anti-TNF qu'il était nécessaire de tester. Nous recommandons au moins un.

M. le Pr COCHAT, Président.- Cela paraît logique.

Un chef de projet, pour la HAS.- Ce n'est pas revendiqué, mais pour ce qui est de la spondylarthrite ankylosante et la spondyloarthrite axiale non radiographique, dans l'avis initial nous avons omis de mettre qu'il fallait privilégier en troisième ligne les anti-interleukines-17 quand c'est possible, parce qu'au mieux ils ont le même niveau de preuve en termes d'efficacité que les anti-JAK, voire même plus, et que c'était déjà écrit précédemment. C'est plus un oubli.

Pour cette problématique de phrase, nous voudrions rappeler qu'il y a une différence de niveau de preuve entre RINVOQ et XELJANZ, en sachant que dans le rhumatisme psoriasique,

si on reste uniquement dans la troisième ligne qui est celle à laquelle on restreint le SMR aujourd'hui, il y a quand même une quantité d'effet qui n'est pas pareil, mais surtout, RINVOQ a démontré sa supériorité par rapport au placebo sur l'atteinte cutanée et la qualité de vie, deux critères assez importants en rhumatisme psoriasique, ce que n'a pas démontré XELJANZ.

Pour reprendre dans la spondylarthrite ankylosante, il n'y a en réalité pas d'étude spécifique de XELJANZ en troisième ligne, donc ils n'ont pas démontré réellement avec une bonne gestion de l'inflation du risque alpha quoi que ce soit en troisième ligne, en sachant qu'il n'y avait que 23 % des patients qui étaient inclus qui étaient effectivement les patients auxquels on va réserver les anti-JAK aujourd'hui.

Suite à cela, nous avons beaucoup réfléchi à cette phrase que nous avions proposée initialement et qui était « la commission souligne que RINVOQ est celui ayant le meilleur niveau de preuve des deux anti-JAK ». Nous vous proposons de la préciser en mettant ce que nous entendons par « ce niveau de preuve », dans les deux phrases en dessous, à savoir « dans le rhumatisme psoriasique, la commission souligne que RINVOQ, ayant un SMR important, a démontré son efficacité sur l'atteinte cutanée et la qualité de vie chez les patients atteints de rhumatisme psoriasique en échec aux anti-TNF contrairement à XELJANZ avec un SMR modéré ».

Pour la spondylarthrite ankylosante, nous vous proposons de marquer que « la commission souligne que RINVOQ dispose de données spécifiquement chez les patients atteints de spondylarthrite ankylosante, en échec aux anti-TNF contrairement à XELJANZ ».

Pour la diapositive de vote, en rouge vous voyez les résultats de la première évaluation. En bleu, c'est avec les modifications que nous vous proposons aujourd'hui, donc il s'agit de voter entre le non-maintien ou le maintien avec les reformulations que nous vous proposons.

M. le Pr MERCIER, membre de la CT. - C'est bien.

M. le Pr COCHAT, Président. - Oui, cela me paraît tout à fait approprié. Il y a eu une bonne réflexion en amont et cela me paraît tout à fait bien. Je propose donc que nous votions le maintien ou non.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT. - J'avais une question avant le vote, parce que cela ne m'apparaît pas clair. Ce positionnement, tel qu'il est proposé actuellement, est-il en adéquation avec les guidelines de l'EULAR rhumatologie pour dire que s'il n'y a pas de facteur de risque, cela peut être envisagé en deuxième ligne ?

Un chef de projet, pour la HAS. - Les guidelines en deuxième ligne ne différencient pas. En deuxième ligne, tous les traitements peuvent être donnés en fonction des pathologies, anti-JAK compris. En revanche, dans les recommandations françaises, mais pas dans les recommandations européennes, ils précisent à chaque fois que l'anti-TNF est préféré en première intention. En tout cas, dans les recommandations, les anti-JAK sont en deuxième ligne.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT. - Ce ne sera donc pas en dernier recours ni en troisième ligne en l'absence de facteur de risque ?

Un chef de projet, pour la HAS.- Comment ça ? Pour nous, en l'absence de facteur de risque, ce n'est pas en dernier recours. C'est uniquement en présence de facteur de risque que c'est en dernier recours. En l'absence de facteur de risque, c'est en échec à au moins un anti-TNF.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- Cela bascule donc en deuxième ligne après un TNF, en l'absence de facteur de risque ?

Un chef de projet, pour la HAS.- On appelle cela une troisième ligne.

M. le Pr COCHAT, Président.- C'est une troisième ligne quand même. La deuxième ligne ce sont les médicaments classiques.

Un chef de projet, pour la HAS.- La troisième ligne ce sont les anti-interleukines, globalement, et les anti-JAK. Quand c'est possible, en fonction du niveau de preuve, on propose de préciser qu'on préfère les anti-interleukines, sans forcément les positionner après les anti-JAK.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- C'est donc en adéquation avec les guidelines de l'EULAR en ce qui concerne les gens qui n'ont pas les facteurs de risque ?

Un chef de projet, pour la HAS.- Non, ce n'est pas en adéquation. Les guidelines sont très larges et après échec de ce qu'on appelle les csDMARD, le traitement conventionnel, elles disent que tous les types de traitement disponibles peuvent être utilisés, dont les anti-JAK.

M. le Pr COCHAT, Président.- J'ai deux questions, à propos de cette formulation « à au moins un anti-TNF ». Cela sous-entend-il une durée de traitement par anti-TNF quand on écrit cela ? On pourrait très bien dire dans ce cas qu'on met trois jours d'anti-TNF et qu'on passe aux anti-JAK.

Un chef de projet, pour la HAS.- Dans les guidelines, il y a des durées pour réévaluer le patient. Ils réévaluent le patient au bout de trois mois et en fonction de la réponse, c'est un changement de traitement.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Ce n'est pas « après », c'est « en échec ».

M. le Pr COCHAT, Président.- Oui, c'est « en échec à », mais si on donne trois jours, on sera forcément en échec. Je poussais le bouchon un peu loin, mais s'il est précisé que ce sont des paliers de trois mois, c'est très bien.

Mon autre question au chef de projet est la suivante. Dans les revendications que vous proposez pour le rhumatisme psoriasique et la spondylarthrite ankylosante, pourquoi ne mettons-nous pas aussi « en échec à au moins un anti-TNF ? »

Un chef de projet, pour la HAS.- Oui, ce sera changé.

M. le Pr COCHAT, Président.- Sur ces bases-là, je vous propose que nous votions sur le maintien ou le non-maintien, et si ce n'était pas un maintien, nous reverrons les points à discuter.

(Il est procédé au vote par appel nominatif.)

Mme LUZIO, pour la HAS.- Vous étiez 16 votants et vous êtes 16 pour le maintien des conclusions de l'avis.

M. le Pr COCHAT, Président.- Sylvie Castaigne, tu voulais dire quelque chose ?

Mme le Pr CASTAIGNE, membre de la CT.- C'est trop tard, puisque nous avons voté.

M. le Pr COCHAT, Président.- Nous passons à la gastroentérologie. Je voulais faire des commentaires globaux suite à ce que nous avons entendu et qui sont d'ailleurs un peu les mêmes. On a l'impression qu'il y a un moindre risque du fait de patients plus jeunes avec, notamment, avec toujours ce dénominateur commun qu'il n'y a pas de risque sans facteur de risque, et cela, il faut le pondérer, mais c'est ce que j'ai dit pour la rhumatologie. Je n'ai pas de proposition supplémentaire.

La rapidité d'action a été remise en avant, mais Hugues pourra nous commenter ce point. Les experts ont insisté sur le bénéfice du traitement précoce. C'est quelque chose qui n'est pas démontré dans les essais que nous avons, mais les cliniciens semblent assez d'accord. Il y a un autre point qui est important dans la rubrique gastroentérologie, c'est l'action sur les atteintes extradigestives.

Serge Kouzan ?

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- Moi aussi, j'étais très sensible, à la différence avec la rhumatologie, au fait qu'abstraction faite du fait que les patients sont plus jeunes et qu'on a plus de temps en ce qui concerne les facteurs de risque associés, il existe un chaland de patients pour lequel il y a la nécessité d'une intervention très précoce. Un des experts parlait de stratégie top-down qui a été validée en sus step-up. Cette intervention précoce serait donc peut-être garant d'un devenir intestinal meilleur au long cours. J'étais sensible à cet argument.

M. le Pr COCHAT, Président.- Oui, Hugues.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Je voulais justement répondre à ce point parce que les derniers experts ont été très habiles, par rapport aux précédents, en amenant des arguments émotionnels, d'ailleurs sans data précise, sur l'importance du traitement précoce, le risque de perte de chance, l'incompréhension, les préférences patients, un certain nombre d'éléments assez subjectifs qu'il faut remettre en perspective.

D'abord concernant le traitement précoce, tout le monde est d'accord, les gens ne sont pas laissés sans traitement dans la maladie de Crohn. Les gens sont traités et il existe, à ces stades de la maladie où se positionnent les anti-JAK, des comparateurs qui ont un niveau de preuve important et une efficacité reconnue. Le souci, c'est que les anti-JAK ne se comparent pas à ces comparateurs alors que ces comparaisons sont tout à fait possibles.

On a vu en rhumatologie qu'il y avait eu des études de non-infériorité qui avaient été faites entre les anti-JAK et les anti-TNF. Ces études étaient tout à fait possibles également en gastroentérologie et d'ailleurs, plus de deux comparateurs des anti-JAK se sont comparés. Il y a eu une comparaison entre le védolizumab et l'adalimumab, et plus récemment une comparaison entre l'ustékinumab et le SKYRIZI. Il y a donc des comparaisons possibles entre ces comparateurs.

Les arguments considérant qu'il y aurait une perte de chance à ne pas traiter précocement les patients semblent assumer une supériorité des anti-JAK sur tous les autres comparateurs, ce qui n'est en aucun cas démontré, c'est tout à fait clair. Par ailleurs, il faut distinguer l'effet à court et moyen terme dans la maladie de Crohn et les effets à très long terme, les conséquences à long terme de la maladie, et sur cela, malheureusement, nous avons très peu de data, pour aucun traitement en fait.

Ensuite, il faut mettre en balance l'absence de supériorité et même de non-infériorité démontrée vis-à-vis des comparateurs avec le surrisque potentiel en termes de cancer, d'infection, de maladie cardiovasculaire et de décès, en sachant que même si certains sous-groupes plus à risque ont été identifiés, cela ne veut pas dire que les groupes non identifiés comme plus à risque ne soient pas à surrisque. Cela a été bien rappelé par l'ANSM, d'autant plus que si les sujets sont jeunes, ils sont à risque d'être exposés pendant plus longtemps aux risques du médicament.

Je voulais dire aussi que dans ces populations, il y avait des facteurs de risque potentiels plus importants. Par exemple, les maladies de Crohn sont des patients qui sont exposés au tabagisme, plus que la population générale, ce qui constitue un facteur de risque. Le facteur de risque de cancer est augmenté pour les maladies inflammatoires chroniques du tube digestif, du moins les cancers digestifs. Pour moi, la balance bénéfice/risque de ces médicaments reste sujette à discussion.

M. le Pr COCHAT, Président.- Ok. Avant de passer la parole à Sylvie, je voudrais rebondir sur ce que tu viens de dire. Tu dis « les Crohn sont traités ». Ok, ils sont traités, mais est-ce que le bénéfice sur l'évolutivité du Crohn, à la fois sur le digestif et sur l'extradigestif, n'est pas potentiellement meilleur avec les anti-JAK qu'avec la corticothérapie ? Je suis provocateur, là.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Je ne parle pas de la corticothérapie, parce que c'est un traitement à court terme des poussées. Là, on est en train de parler de traitements censés modifier l'évolutivité de la maladie à moyen terme, et tous les comparateurs ont cet objectif.

M. le Pr COCHAT, Président.- Tous ? D'accord, ok.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Sont-ils supérieurs ou équivalents ? Nous n'avons pas la réponse formelle. Même s'ils ont évoqué, par exemple, la possibilité d'un bénéfice sur les fistules anopérinéales dans la maladie de Crohn, ce qui effectivement est un problème extrêmement important, là encore, il n'y a pas de démonstration. Il y a effectivement un critère secondaire non hiérarchisé qui montre qu'il y a peut-être un petit bénéfice par rapport au placebo, mais là encore, le bénéfice réel par rapport aux comparateurs mériterait d'être validé. Il n'y a pas d'effet démontré.

Il est vrai que sur le plan rhumatologique, pour un certain nombre de patients, il semble clair que les anti-JAK puissent agir à la fois sur l'aspect digestif et l'aspect articulaire de la maladie, et c'est probablement un bénéfice de cette classe thérapeutique qui est partagé aussi par les anti-TNF, mais qui n'est pas partagé, par exemple, par le védolizumab et qui n'est probablement pas partagé par l'ustékinumab.

Ça, c'est sans doute un élément réel, mais qui est encore à mettre en balance avec le surrisque de ce médicament. C'est pour cela que la formulation qu'il faudrait modifier pour laisser les cliniciens pouvoir avoir recours à ces médicaments s'ils jugent que c'est nécessaire dans certaines circonstances particulières, c'est ne pas marquer « en dernier recours », mais plutôt « en l'absence d'alternative ». Effectivement, une maladie rhumatologique mal contrôlée ou difficile à contrôler pourrait être un argument pour considérer qu'il n'y a pas d'alternative à ces médicaments. C'est ce que je suggérerais.

Je pense tout de même que de façon globale, la balance bénéfice/risque, sous réserve de l'effet classe assumé par le PRAC, reste très sujette à caution. Je rappelle qu'il y a quand même un surrisque de mortalité démontré, et pas par rapport au placebo, par rapport aux anti-TNF alpha qui sont déjà des médicaments qui ont un surrisque cardiovasculaire, un surrisque infectieux, un surrisque de tumeur. Le surrisque par rapport à la population générale semble très important. Je crois donc qu'il faut rester très prudent.

D'autre part, c'est vrai que ce risque n'est démontré que pour le tofacitinib. Même si le PRAC assume à juste titre de façon prudentielle que c'est un effet classe, nous n'en sommes pas certains et peut-être que nous pourrions revenir, si les études de phase 4 et de pharmacovigilance montrent que ce risque n'est finalement pas attesté pour les autres anti-JAK, sur cette attitude prudentielle, mais là, je pense que nous sommes obligés de considérer l'effet classe comme le fait le PRAC.

M. le Pr COCHAT, Président.- Merci. Sylvie Castaigne ?

Mme le Pr CASTAIGNE, membre de la CT.- La discussion vient d'être faite, mais j'avais été sensible à des experts qui disent que tous les patients ne sont pas les mêmes et que chez certains on va préférer donner en deuxième ligne l'anti-TNF et ensuite l'anti-JAK, mais que pour d'autres, il serait mieux de donner l'anti-JAK en deuxième ligne. Ils ont cité ceux qui ont les manifestations articulaires, donc cela se comprend facilement. J'ai pensé que c'était un bon argument. La deuxième chose, c'est la rapidité d'action qui a été souvent mise en avant pour les anti-JAK.

Ils ont tous dit à peu près la même chose, c'est-à-dire que parfois, les patients répondent vraiment dans la semaine qui suit la mise en route du traitement. Je sais bien que ce que je raconte n'est pas statistique, mais j'ai été influencée.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- C'est probablement vrai.

Mme le Pr CASTAIGNE, membre de la CT.- On ne peut pas écouter les experts et dire que par définition ils ne disent que des mensonges.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Non, ils ne disent pas des mensonges.

Mme le Pr CASTAIGNE, membre de la CT.- Attends, je finis. J'ai trouvé que c'était des arguments qui pouvaient paraître importants pour les patients.

L'autre chose qui me fait un peu peur, c'est l'empilement. On connaît ça très bien en hématologie, tu empiles des médicaments et des médicaments, qui sont tous immunosuppresseur au passage. Quand on parle de l'IMUREL au début, nous connaissons

bien les complications de l'IMUREL ou du méthotrexate au long cours. Tout cela donne des tumeurs aussi. On empile. Évidemment, ils nous faisaient un empilement qui était en premier l'anti-TNF, deuxième et troisième, donc évidemment les anti-JAK arrivaient très longtemps après, mais il y a toujours un risque au fur et à mesure des phases de traitement chez un patient.

Tu cumules les toxicités, c'est sûr. Si pour certains patients il est préférable pour des raisons cliniques de donner l'anti-JAK, j'ai été sensible à cela d'autant plus que nous sommes dans une population qui n'est pas la population qui a été décrite comme étant à risque. Je ne dis pas qu'ils n'ont aucun risque. C'était juste pour dire cela.

M. le Pr COCHAT, Président.- Merci. Je suis désolé sur les autres, mais nous avons terminé le temps de questions.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- J'ai un seul point sur la rapidité d'action parce que c'est revenu à plusieurs reprises et c'est important de remettre cela en perspective. C'est probablement vrai, cela n'a pas été comparé, mais cela sort dans toutes les études et dans la pratique. Ce vrai que ce sont des médicaments qui ont des délais d'action très rapides. Ceci dit, ce qu'il est important de comprendre, c'est que ces médicaments sont des traitements de fond. Ils sont donnés pour le fond et pour contrôler la maladie à moyen terme.

Finalement, même si c'est un plus, la stratégie habituelle dans ces maladies inflammatoires chroniques du tube digestif, c'est de casser la poussée avec des corticoïdes. Cela diminuera peut-être le recours aux corticoïdes, mais finalement, le bénéfice attendu de ces médicaments n'est pas sur la poussée ou sur l'immédiat, il est à moyen terme.

Le deuxième point concerne l'empilement des traitements. Ce sont des maladies où il y a un épuisement progressif des traitements et effectivement, on empile des traitements, mais nous n'avons pas d'étude de stratégie de bonne qualité pour dire dans quel ordre il faut le faire. C'est exact.

M. le Pr COCHAT, Président.- C'est au chef de projet pour les diapositives de conclusion.

Un chef de projet pour la HAS.- Là, j'ai repris les arguments qui ont été mis en avant par le laboratoire. Je ne vous les rappelle pas, vous venez de les discuter. J'ai repris là les principaux arguments qui ont été mis en avant par les experts avec les laboratoires dont la rapidité d'action, le besoin qui est très mal couvert, le profil de patients atteints de MICI qui diffère de celui des patients inclus dans ORAL Surveillance et de façon générale atteints de polyarthrite rhumatoïde.

Il n'y a pas de données des anti-JAK versus les alternatives, donc on ne peut pas les situer par rapport à eux, ils sont peut-être plus efficaces. Si on place les anti-JAK en recours, on peut faire perdre des chances dans la prise en charge des patients, par exemple s'il y a des poussées sévères ou des manifestations extraintestinales. Pour essayer de gérer le problème de la tolérance, c'est une maladie au long cours, avec un intérêt potentiel de la voie orale. D'ailleurs, ce point avait été évidemment reconnu par la commission avec une ASMR IV pour XELJANZ, qui était le premier anti-JAK que nous avons vu dans les MICI dans la rectocolite hémorragique.

En revanche, les arguments pour être un peu moins enthousiaste, c'est de rappeler la position de l'agence européenne qui finalement, après sa réévaluation, a inchangé son libellé d'indication, et donc les produits restent indiqués après échec d'un traitement conventionnel ou d'un agent biologique, donc potentiellement avant les anti-TNF. C'est surprenant. Pour rappel, la commission positionne les anti-JAK avant le début de la réévaluation, après les anti-TNF, comme en rhumatologie d'ailleurs. C'est une première remarque.

La deuxième remarque, c'est que chez les patients qui sont à surrisque tels qu'ils ont été identifiés par le PRAC, avec les limites que vous avez discutées, à savoir le fait qu'ils ont été identifiés avec les données qu'ils avaient, le PRAC a finalement appliqué le principe de précaution à l'ensemble des maladies inflammatoires chroniques, pas seulement à la polyarthrite rhumatoïde et donc pas seulement au tofacitinib, mais à tous les anti-JAK.

Par ailleurs, la position que vous avez prise jusqu'à présent laisse les anti-JAK disponibles pour les patients. Les anti-JAK restent disponibles. XELJANZ a même gardé son SMR important, RINVOQ un SMR important et JYSELECA un SMR modéré, mais ils n'ont pas d'argument pour revenir là-dessus. En tout cas, les produits restent disponibles.

Ensuite, pourquoi avoir positionné les anti-JAK en dernier recours chez tous les patients ? L'idée était d'inciter à privilégier les alternatives après les anti-TNF avec peut-être l'idée, quelque part, de limiter la durée d'exposition aux anti-JAK compte tenu des risques. Pourquoi ? Pour rappel, en termes d'efficacité, on n'a que des comparaisons au placebo et cela n'a pas été assez souligné à mon avis, mais y compris chez des patients qui étaient naïfs d'anti-TNF en gastroentérologie, ce qui, je vous le rappelle, avait posé des problèmes. Nous nous étions interrogés sur le fait d'inclure ce type de patients dans des essais cliniques.

La conséquence, c'est qu'on est obligé de faire des analyses exploratoires pour évaluer l'intérêt des produits chez les patients qui sont en échec à au moins un agent biologique, en pratique un anti-TNF. C'est là que les laboratoires, d'ailleurs, revendiquent la prise en charge. On a donc un niveau de preuve qui est un peu dégradé. C'est un peu différent en rhumatologie puisqu'ils ont des études de non-infériorité, Hugues l'a rappelé. C'est une première remarque.

L'incidence, c'est que nous n'avons donc évidemment pas de preuve de supériorité d'efficacité ni même de non-infériorité ou d'équivalence versus les alternatives. Là encore, c'est différent de la rhumatologie, notamment dans la polyarthrite rhumatoïde. À ce titre-là je ne vois donc pas trop de perte de chance et je pense que la position de la commission sur ce plan est inattaquable.

Ensuite, il y a le problème du profil de tolérance. Là, finalement, on a une étude avec un haut niveau de preuve, qui a duré plusieurs années, qui a inclus plus de 4 000 patients et qui permet de conclure, avec toujours un risque de se tromper évidemment, que cette classe d'immunosuppresseurs est plus à risque que les anti-TNF qui était déjà une classe qui était connue comme étant à risque avec, parmi les événements qui sont clairement ressortis, des infections sévères, des cancers, un risque cardiovasculaire, des décès et des embolies pulmonaires.

On peut noter que les infections sévères et les thromboses sont a priori difficilement prévisibles. Par ailleurs, cela a été souligné aussi avec une question de Hugues à l'un des

intervenants, et c'était basé sur une publication de cet intervenant, dans les MICI, on a un risque accru par rapport à la population générale de thrombose artérielle, et surtout veineuse, qui est doublé d'après la publication. C'est donc un élément à prendre en compte.

Au final, on a trois médicaments, notamment pour le tofacitinib, puisque c'est clairement lui qui a la démonstration, qui sont donc à surrisque.

En conclusion, on peut dire que le rapport efficacité symptomatique/effets indésirables est non établi versus les alternatives, qu'on n'a pas non plus d'effet établi sur les complications ou le recours à la chirurgie. C'est vrai pour les anti-JAK, c'est vrai pour les autres, sauf pour les anti-TNF. En tout cas, on n'a pas de données solides pour établir cela. Clairement, c'est exploratoire.

La conséquence, c'est aussi qu'il faut renforcer la surveillance de cette classe d'immunosuppresseurs. Voilà les arguments qui pourraient justifier de maintenir les conclusions de la commission. Enfin, je vous rappelle que la commission a conclu à une ASMR V, donc il n'y a pas de progrès dans la prise en charge par rapport à l'existant.

En termes de vote, je vous ai rappelé là les décisions qui ont été prises dans la rectocolite hémorragique et dans la maladie de Crohn. Je ne le rappelle pas, nous l'avons fait à plusieurs reprises. Vous avez noté que JYSELECA souhaite que le SMR soit revu de modéré à important. Pour les autres, ils n'ont pas de revendication sur le niveau d'ASMR et sur le SMR et finalement, les revendications portent donc sur deux points clés qui sont la place dans la stratégie thérapeutique comme traitement après les autres, donc en recours — c'est ainsi que nous l'avons exprimé initialement — chez les patients qui ne sont pas identifiés comme à risque. C'est la première revendication qui est partagée par tous les laboratoires.

Deuxièmement, faut-il ou non donner une prime à l'un d'entre eux ?

Suite à l'examen des observations des laboratoires, prenant en compte aussi toutes vos discussions et après préparation avec le Bureau, voilà les propositions qui étaient à l'ordre du jour jusqu'à maintenant. La première, c'est qu'on pensait supprimer la mention « traitement de recours », c'est-à-dire plutôt citer les alternatives médicamenteuses qui sont concernées dans la restriction de la prise en charge chez les patients non à risque. Clairement, dans la RCH, c'est de citer les traitements conventionnels, au moins un anti-TNF, le védolizumab et l'ustékinumab.

Je vous rappelle que pour le védolizumab, c'est le seul agent biologique qui a une comparaison aux anti-TNF. Dans la maladie de Crohn, de la même façon, on citera clairement les alternatives, c'est-à-dire, en dehors des traitements conventionnels et des anti-TNF, l'ustékinumab (STELARA), le risankizumab (SKYRIZI) et le védolizumab (ENTYVIO), en sachant que cela a été signalé aussi pendant les auditions et je l'ai fait devant le laboratoire concerné, pour le risankizumab (SKYRIZI), il est intéressant de noter qu'on dispose des résultats d'une étude de supériorité contre l'ustékinumab. Il est inutile de vous dire que le laboratoire a des revendications avec notamment une demande d'ASMR.

Ensuite, concernant la place relative des anti-JAK dans la RCH et en l'absence de preuves solides en faveur d'un anti-JAK, puisqu'on n'a que des études comparatives versus placebo et

les conclusions des comparaisons indirectes ne sont pas très robustes, on a toute une série d'arguments qui ont été signalés par les laboratoires eux-mêmes dans leur dossier.

Nous proposons donc de dire que la commission préconise que le prescripteur tienne compte, en dehors de la situation particulière de son patient, des éléments suivants, à savoir de tenir compte :

- de la qualité de la démonstration et donc de rappeler que le SMR est important pour RINVOQ et XELJANZ alors qu'il est modéré pour JYSELECA ;
- d'un effet établi sur la qualité de vie pour RINVOQ, qui est le seul qui l'a établi clairement et de façon robuste avec une gestion du risque alpha ;
- du fait que ces médicaments ont un profil de tolérance commun, le PRAC ayant conclu à un effet classe, mais en soulignant que c'est à partir des résultats d'une étude contrôlée randomisée ayant comparé le tofacitinib aux anti-TNF dans la polyarthrite rhumatoïde.

Enfin, la troisième proposition était d'ajouter que la commission souhaite être destinataire de toutes nouvelles données cliniques permettant de mieux préciser leur place dans la stratégie thérapeutique, ce qui permettra de réajuster au vu des études nouvelles, en sachant que nous allons avoir des études nouvelles. Il y a SKYRIZI dans la maladie de Crohn, avec des données nouvelles, mais il y a aussi OMVOH. J'ai un dossier OMVOH que nous verrons le 20 décembre dans la rectocolite hémorragique qui va être une nouvelle alternative, qui est une anti-interleukine. Il y a un nouveau traitement qui arrive.

M. le Pr COCHAT, Président.- Merci, Patrick. Tes propositions me paraissent bien adaptées à tout ce que nous avons dit. Juste, nous mettrons aussi pour la rhumatologie que la CT souhaite être destinataire de toutes nouvelles données cliniques. Nous l'ajouterons aussi. Enfin, quand je vais vous demander de voter, la notion de maintien inclura, et j'insiste là-dessus, la notion d'un SMR modéré que nous maintiendrions aussi pour JYSELECA. Si certains d'entre vous n'étaient pas d'accord sur ce point, il ne faudra pas voter le maintien.

Un chef de projet, pour la HAS.- Je n'ai pas osé le faire parce que je voulais laisser de la fluidité dans vos discussions et les présentations des laboratoires, mais je voudrais juste noter qu'il y a un article qui a été publié en juillet-août, qui a été signé par l'un des spécialistes qui sont venus avec les laboratoires. Ils étaient deux signataires.

Cet article était vraiment intéressant. Il s'intitulait « essais en face-face, où en sommes-nous ? ». Je vais vous lire les conclusions, parce que je les trouve intéressantes.

« Avec l'augmentation du nombre de molécules disponibles, les études comparant l'efficacité des différents médicaments deviennent indispensables pour les médecins, les patients et les autorités de santé ». Les auteurs sont donc clairement d'accord avec l'idée qu'il faut des études de bonne qualité, dans l'idéal comparatives, avec une comparaison directe justement pour pouvoir mieux situer ces produits.

Ils soulignaient aussi dans leurs conclusions qu'il y avait plusieurs questions sans réponse. Quel est l'effet à long terme des molécules sur le plan de la tolérance ? Quid de la modification de

l'histoire naturelle de la maladie ? Faut-il privilégier les essais de non-infériorité puisque l'efficacité des traitements actuels semble avoir atteint un plateau ?

C'était juste un petit clin d'œil. Par ailleurs, cet article passait en revue toutes les études qui sont attendues et dont certaines ont été initiées par le GETAID.

M. le Pr COCHAT, Président.- Ok. Très rapidement, Serge ?

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- Oui, avant de voter, parce que je ne comprends pas bien le point 1, ce serait donc après anti-TNF, après védolizumab et après ustékinumab, ou est-ce après anti-TNF parmi védolizumab et ustékinumab ?

Un chef de projet, pour la HAS.- Pour être très clair, la proposition qui vous est faite est de garder le principe de les prescrire après les alternatives tout en introduisant de la souplesse, d'où la suppression de la mention du traitement de recours. On parle de patients non à risque. Chez les patients non à risque, la notion de traitement de recours laisse entendre qu'il serait toujours en dernière intention, quels que soient les nouveaux entrants. Ce que nous pensons plus sage, c'est de citer quelles sont les alternatives au vu des données disponibles aujourd'hui. Aujourd'hui, on n'a des études que contre placebo et les comparateurs pertinents sont ceux-là.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- La façon dont je le lis, c'est qu'il serait après l'ustékinumab dans un cas et le védolizumab dans le Crohn. Est-ce bien cela ?

Un chef de projet, pour la HAS.- Dans le Crohn, cela interviendrait après l'ustékinumab, le risankizumab et le védolizumab, qui sont les trois traitements de troisième ligne, alors que dans la RCH, ce serait après le védolizumab et l'ustékinumab. Finalement, le seul traitement de troisième ligne est l'ustékinumab, en pratique, dans la RCH actuellement.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- Ce serait donc en quatrième ligne. Qu'avons-nous comme argument pour faire ce nit-parade ?

Un chef de projet, pour la HAS.- L'argument, c'est de positionner ces produits quand on n'a plus la possibilité d'utiliser les traitements précédents. C'était la position initiale qui avait été prise. C'était le terme « traitement de recours ». Au lieu de mentionner « traitements de recours », ce qui laisserait à penser que ce serait toujours vrai, l'idée était de citer les traitements auxquels ces médicaments ne se sont pas comparés aujourd'hui, en sachant que les risques sont différents pour ces différents médicaments. La position actuelle est celle-là.

Actuellement, ces médicaments sont positionnés, dans la RCH, après au moins un anti-TNF et le védolizumab. C'est ce qu'ils revendiquent. En pratique, on ajoute l'ustékinumab qui n'a pas les mêmes risques que les anti-JAK.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Est-ce que pour faire simple il ne faut pas marquer « en l'absence d'alternative », plutôt que de faire la liste ? Cela va être évolutif, et c'est vrai que le védolizumab dans le Crohn, c'est attaquant. Même s'il n'y a pas eu de comparaison, je me demande s'il ne faut pas marquer « en l'absence d'alternative ». Il reste aussi le problème de l'indication potentielle en rhumatologie. Je suis un peu en retrait, mais je me dis que marquer « en l'absence d'alternative » et laisser un certain flou serait mieux.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- Je suis d'accord.

Un chef de projet, pour la HAS.- « En l'absence d'alternative », je pense que cela ne veut rien dire.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- Cela redonne la possibilité aux gastroentérologues d'évaluer les rapports bénéfice/risque de tous ces médicaments qui ne se sont jamais comparés entre eux.

Un chef de projet, pour la HAS.- À ce moment-là, je pense qu'il faut être plus clair, il faut les positionner en troisième ligne après échec d'au moins un anti-TNF et du védolizumab, ce qui était la position initiale, et ne plus indiquer qu'ils sont indiqués après les autres.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Non. Serge, il y en a qui se sont comparés entre eux, justement. Ceux-là ne se sont pas comparés aux autres, mais certains de ces médicaments de troisième ligne se sont comparés entre eux.

M. le Pr COCHAT, Président.- Ce que tu dis, si j'ai bien compris, mais peut-être que j'ai mal compris, cela veut dire pour la RCH après au moins un anti-TNF et après deux anti-interleukines ?

Un chef de projet, pour la HAS.- Non, ce sont deux classes différentes.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Un anti-intégrine.

M. le Pr COCHAT, Président.- Oui, un anti-intégrine et un anti-interleukine, mais pour toutes les RCH, on veut la séquence des trois, et pour le Crohn, la séquence des quatre ?

Un chef de projet, pour la HAS.- C'était la position qui avait été prise initialement, à savoir de les positionner après les autres traitements. Si on cite les traitements, j'oublie les traitements conventionnels qui sont, disons, les traitements de première ligne. On a ensuite les anti-TNF. On a mis « à au moins un anti-TNF », c'était déjà le cas.

Il y a le védolizumab qui est un traitement de deuxième ou de troisième ligne, et actuellement, dans les avis actuels avant la réévaluation, c'était la stratégie thérapeutique. C'est-à-dire que dans la CRH, tout traitement autre que le védolizumab était positionné après anti-TNF et védolizumab. Si vous maintenez la position de positionner les anti-JAK après les alternatives, à ce moment-là, il faut citer l'ustékinumab. Soit on écrit « comme traitement de recours » et on reste vague, soit on cite les produits, et à ce moment-là les produits sont ceux-là.

M. le Pr COCHAT, Président.- J'ai une troisième proposition qui n'est pas non plus celle proposée par Hugues. Et si on met simplement « en dernière ligne » ?

Un chef de projet, pour la HAS.- Si un nouveau médicament arrive, cela le positionne forcément derrière.

M. le Pr COCHAT, Président.- Là, c'est pareil, si un nouveau médicament arrive, il faudra le positionner.

Un chef de projet, pour la HAS.- C'est peut-être mieux parce qu'effectivement, quand on va voir par exemple SKYRIZI dans la maladie de Crohn, clairement, il va bousculer la stratégie thérapeutique dans la maladie de Crohn. Je ne veux pas anticiper vos décisions, mais ce sera sûrement un bon challenger.

M. le Pr COCHAT, Président.- Oui, mais cela ne changera pas le fait qu'on les laissera en dernière ligne.

Un chef de projet, pour la HAS.- C'est toute l'ambiguïté. Pour les patients qui sont jugés à risque, on s'est aligné sur la position du PRAC qui les met après toutes les alternatives, les alternatives d'aujourd'hui comme de demain, si on lit les choses comme cela. Nous avons repris cette formulation du PRAC, nous ne la discutons pas. Par contre, si vous manquez la position chez les patients non à risque, nous nous sommes dit qu'il était plus sage de citer les traitements concernés et donc de ne pas mettre en dernière ligne chez ces patients.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- J'interviens juste encore sur un point. La seule chose qui me gêne, c'est que là, cela a un côté qui s'impose d'avoir essayé toutes les lignes avant dans tous les cas. Or, il y a probablement des cas où on peut discuter le traitement comme alternative avant l'autre, et je pense notamment aux patients avec des manifestations rhumatologiques importantes. Peut-être que d'une certaine façon, il faut laisser un peu de souplesse pour que ce soit une alternative. Je ne sais pas comment le formuler.

Un chef de projet, pour la HAS.- Hugues, la souplesse était là, en fait. C'était en dehors de la situation particulière du patient. Nous pouvons être plus explicites et marquer entre parenthèses « comme des manifestations extraintestinales », si vous le souhaitez, en sachant que sur les manifestations extraintestinales, nous n'avons pas de démonstration très solide. En tout cas, nous pouvons l'introduire.

M. le Pr COCHAT, Président.- Ce n'est pas mal, ça.

Un chef de projet, pour la HAS.- Ce point, c'était pour laisser la main au prescripteur.

M. le Dr BLONDON, membre de la CT.- Ok.

M. le Pr COCHAT, Président.- Ce n'est pas mal. Ok.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- Oui, mais alors est-ce que c'est en contradiction avec le 1 ?

M. le Pr CASTAIGNE, membre de la CT.- Il vaut mieux mettre dans le chapitre 1 l'histoire de la situation particulière du patient. Je trouve qu'il est plus logiquement lisible dans le chapitre 1 que dans le chapitre 2.

M. le Dr KOUZAN, membre de la CT.- Absolument.

M. le Pr COCHAT, Président.- Je vous propose que nous fassions confiance au chef de projet pour la rédaction.

Un chef de projet, pour la HAS.- J'ai entendu ce que vous dites. Nous pourrions l'intégrer.

M. le Pr COCHAT, Président.- Il y a déjà deux personnes qui sont parties et j'ai peur que nous n'ayons plus le quorum. Je suis désolé, je fais la pression pour que nous votions. Nous allons voter sur cette diapositive avec la prudence que je vous ai indiquée sur le SMR de JYSELECA et la discussion que nous venons d'avoir avec le chef de projet. Je vous propose de voter sur l'accord ou non avec cette diapositive.

(Il est procédé au vote par appel nominatif.)

Mme LUZIO, pour la HAS.- Vous étiez 14 votants. Il y a 14 voix pour le maintien des conclusions.

M. le Pr COCHAT, Président.- Je vous remercie et je salue le travail fait par les chefs de projet, parce que ce n'était pas très simple.

Seul l'avis de la CT fait foi - Occultations sous la responsabilité du laboratoire