



La Matinale de l'Immuno-hématologie

Vendredi 12 septembre 2025

Maison de la Recherche, Paris 7^e

Organisée par



POURQUOI APLUSA?

- ✓ **30 ans** d'expertise en : **DLBCL, MM, LLC, LCM, LAM.**
- ✓ Présence aux congrès clés : **ASH, EHA, SFH.**
- ✓ **13 abstracts/posters** depuis 2023.
- ✓ Études **multi-pays**, milliers de répondants.
- ✓ Pionnier des **données de vie réelle.**
- ✓ Partenaire historique de l'**AF3M.**

GENÈSE DE CETTE MATINALE

L'APPROCHE CLASSIQUE

Chimiothérapies intensives



Greffes



Thérapies ciblées



INNOVATIONS MAJEURES

► CAR-T CELLS

► ANTICORPS BISPÉCIFIQUES

DÉFIS À RÉVÉLER

- ✓ **PRATIQUES EN MUTATION**
- ✓ **APPROCHES THÉRAPEUTIQUES CONTRASTÉES**
- ✓ **TENSIONS ORGANISATIONNELLES**
- ✓ **PERSPECTIVES FUTURES**

LES INTERVENANTS

A PROPOS DE NOTRE PANEL D'EXPERTS

- **Dr Pierre ARNAUTOU, hématologue, Hôpital d'Instruction des Armées Percy**
- **Valérie FRISER , Infirmière coordinatrice greffe et CarT Cells – Pitié Salpêtrière**
- **Dr Rafika SAHLI, hématologue, Grand Hôpital de l'Est Francilien – Site de Meaux**

L'ÉQUIPE APLUSA DE LA MATINALE DE L'HÉMATO-IMMUNOLOGIE



Magali MARION

Vice-présidente, engagement client,
m.marion@aplusaresearch.com

Modérateur



Mélanie MARROT

Vice-présidente, engagement client,
m.marrot@aplusaresearch.com



Geoffroy CORNETTE

Directeur Grands Comptes
g.cornette@aplusaresearch.com

Modérateur



Eric YONTER

Directeur Partenariats Stratégiques
e.yonter@aplusaresearch.com



Nathalie SOTTIAUX

Directrice Grands Comptes
n.sottiaux@aplusaresearch.com



Iman OUACHKI

Chargée Marketing & Communication
i.ouachki@aplusaresearch.com



Justin FRANÇOIS

Directeur Grands Comptes
j.francois@aplusaresearch.com



Sarah EZZINE

Assistante Marketing & Communication
s.ezzine@aplusaresearch.com

RÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE ET ADOPTION DES NOUVEAUX TRAITEMENTS

De l'expérimentation à la routine : une montée en charge maîtrisée

La scène hématologique vit une accélération portée par les CAR-T et les anticorps bispécifiques. Le réseau de centres qualifiés s'étoffe, la volumétrie progresse et les pratiques se stabilisent.

On observe un double mouvement : les CAR-T glissent vers des lignes plus précoces lorsque les conditions cliniques et logistiques le permettent, tandis que les bispécifiques s'installent en lignes avancées grâce à des schémas plus simples (titration puis injections espacées, souvent en sous-cutané).

Cette dynamique s'appuie sur une meilleure maîtrise des toxicités précoces, des séjours plus courts lorsque les deux premières semaines sont sans incident, et un suivi graduellement allégé.

LA RÉVOLUTION CAR-T ET BISPÉCIFIQUE



QUELQUES DATES CLÉS

CAR-T



2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

Bispécifique



MM* : Myélome Multiple / DLBCL : Lymphome diffus à grandes cellules B / LAL : Leucémie aiguë lymphoblastique

PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET PATIENTS : CE QUI A CHANGÉ DEPUIS L'ARRIVÉE DE CES TRAITEMENTS



ENJEUX THÉRAPEUTIQUES

**ENJEUX LOGISTIQUES ET
ORGANISATIONNELS**

LA RÉVOLUTION CAR-T EN QUELQUES CHIFFRES CLÉS

« Entre 2020 et 2023, 50 à 100 patients étaient traités chaque mois en France ; ce nombre est désormais proche de 150 »

Roch Houot, Coordonnateur National de DESCAR-T



42 500

patients ont déjà reçu une thérapie CAR-T commercialisée dans le monde.

656

essais cliniques CAR-T sont actuellement en cours de recrutement à l'échelle mondiale.



+ 4 000

patients ont été traités entre 2019 et 2024 en France, selon le registre **DESCAR-T**.

40

centres en **2025** proposent désormais des traitements par CAR-T.

PROFIL ET MOTS DES PATIENTS

Entre espoir, contraintes et quête d'équité d'accès

Les témoignages mettent en lumière deux vécus.

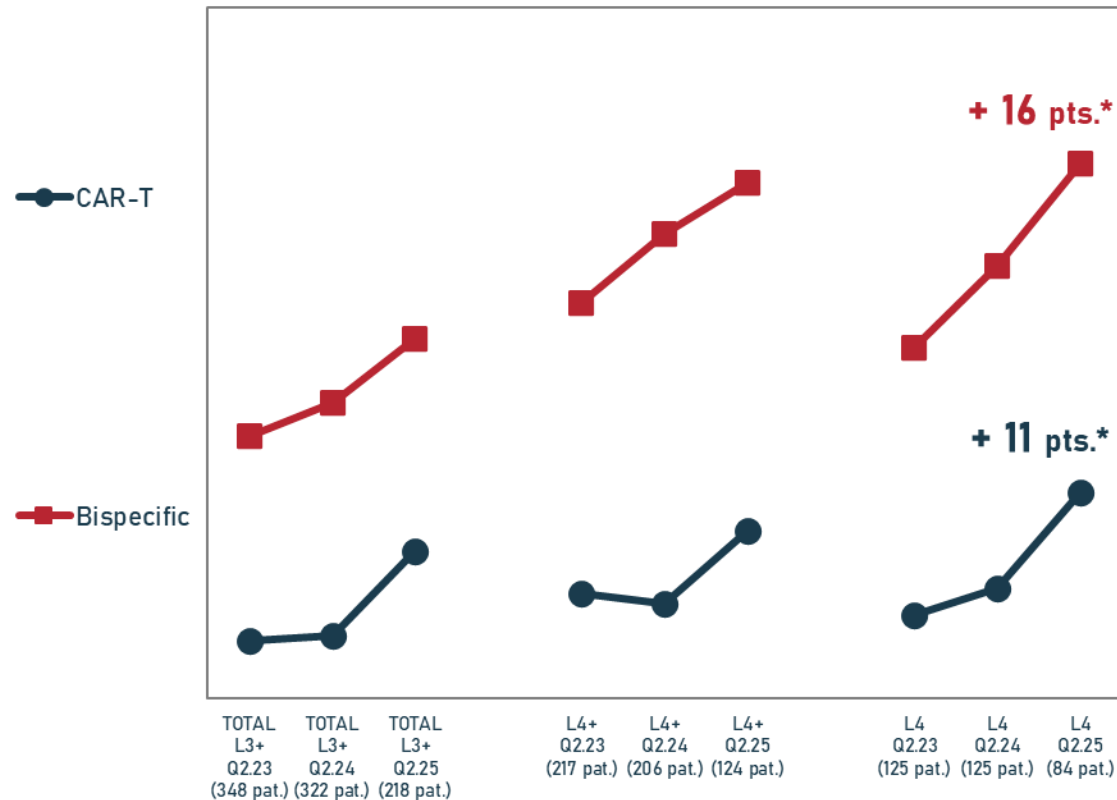
-> **Côté CAR-T**, les patients portent un espoir fort, l'idée d'un traitement potentiellement "transformant", mais expriment aussi des craintes très concrètes : lourdeur du parcours (notamment l'aphérèse), effets neurologiques possibles, passage en réanimation, infections tardives et fatigue prolongée. La pédagogie joue un rôle clé : expliquer la mécanique du traitement, les bénéfices attendus et la probabilité des effets indésirables favorise l'adhésion et permet d'anticiper les signaux d'alerte après la sortie.

-> **Côté bispécifiques**, le ressenti est plus "confortable" : efficacité perçue comme rapide, tolérance globalement gérable, préférence pour la voie sous-cutanée et possibilité d'espacer les injections jusqu'à toutes les trois semaines chez les patients stables. En filigrane, un sentiment d'injustice persiste face à des accès inégaux selon les hôpitaux et la disponibilité des ressources ; l'hospitalisation à domicile peut compléter la surveillance sans constituer le cœur du dispositif.

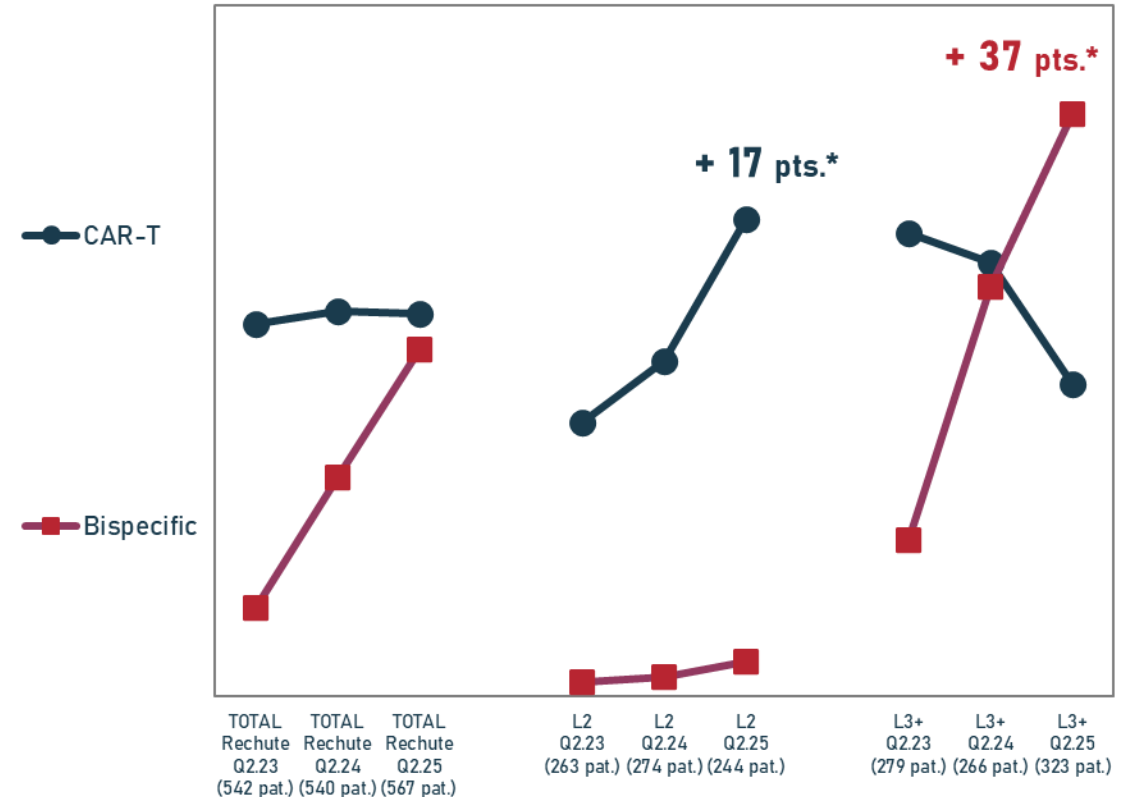
EVOLUTION DU RECOURS À CES TRAITEMENTS

***Croissance très dynamique en 3 ans**

MYELOME MULTIPLE



LYMPHOME DIFFUS À GRANDES CELLULES B



Source : Données France issue d'une étude Internationale réalisée par APLUSA auprès de 75 hématologues - Etude conduite auprès de 7 pays (France/Allemagne/Italie/Espagne/Royaume-Uni/Japon/Canada)



Source : Données France issue d'une étude France réalisée par APLUSA auprès de 60 hématologues - (50% exerçants en centre qualifiés CAR-T)

DES PROFILS PATIENTS DLBCL TRES DIFFÉRENCIÉS



PATIENTS CAR-T

- Plus souvent en **2^{ème} ligne** de traitement
- Des patients **plus jeunes**
- En **meilleure condition physique**
 - plus fréquemment **FIT**
 - et avec un **bon ECOG** (0-1)
- Avec **moins de comorbidités**
- Plus fréquemment **éligibles à la greffe**
- Avec une **rechute plus agressive**
- Un peu plus de patients qui sont **loin du lieu d'hospitalisation**



PATIENTS BISPECIFIQUE

- Plus souvent en **3^{ème}+ ligne** de traitement
- Des patients **plus âgés**
- En **moins bonne condition physique**
 - **moins** souvent **FIT**
 - plus ont un **moins bon ECOG** (2+)
- Avec **plus de comorbidités** (HTA, diabète, cardiovasculaire, respiratoire ...)
- Plus fréquemment **inéligibles à la greffe**
- Plus de patients avec une **rechute moins agressive**

INNOVATIONS ET DÉFIS POUR DEMAIN

Industrialiser l'organisation sans perdre la finesse clinique

Les leviers d'amélioration sont d'abord organisationnels.

L'aphérèse demeure le goulet principal, devant la tension sur les lits et certaines contraintes pharmaceutiques (gestion des flux et des cuves). Les équipes défendent des modèles "bout-à-bout" qui évitent le ping-pong entre structures et s'appuient sur des plateformes communes (aphérèse, réanimation, RCP partagées) pour absorber l'augmentation de volume et l'ouverture à de nouvelles indications (auto-immunes, neuro-oncologie).

Côté outils, une application de suivi post-sortie avec un système de tri simple (vert/orange/rouge) est envisagée pour repérer plus vite les situations à risque et orienter les patients au bon niveau de prise en charge.

L'intelligence artificielle est perçue comme utile pour orchestrer la logistique, optimiser les plannings et soutenir la pédagogie patient, mais pas pour trancher la sélection thérapeutique, trop dépendante de casuistiques fines.

Enfin, l'amélioration des délais et de la fiabilité du manufacturing est attendue pour sécuriser le parcours et réduire le risque de "perdre" des patients à cause du temps.

LES BISPÉCIFIQUES : PERCEPTION DU TRAITEMENT



Source: **394 CITATIONS**



BÉNÉFICES

Excellente efficacité

- Rémission
- Action rapide
- Permet au patient de revivre
- Permet de vivre sans douleur

Bonne tolérance globale

- Peu d'effets secondaires

Image d'un **traitement innovant**



LIMITES

Effets secondaires (après les premières injections)

- Fièvre, troubles digestifs, perte de goût, ongles cassants, desquamation des mains, fatigue.

Réservé aux lignes tardives

- Ne convient pas à tout le monde
- Peut provoquer des **réactions allergiques**
- Besoin d'antihistaminiques

Efficacité insuffisante pour certains

Affaiblit le système immunitaire

- En raison de la perte de globules blancs
- Nécessité de se protéger de l'environnement extérieur

« Le Teclistamab est un bon traitement dans l'ensemble. Il fonctionne bien et il y a peu d'effets secondaires, mais attention à la chute des globules blancs, qui peut causer des problèmes ORL, donc évitez le contact avec la foule et avec les gens qui ne font pas attention à votre maman. »

PATIENT X

« Mon mari prend de l'Elranatamab depuis un an. Il a eu un peu de fièvre au début, mais rien de bien méchant. C'est incroyable pour un cancer, on en rigole même, c'est un miracle. Par contre... il a la plupart du temps une infection aux poumons due à un champignon qui, pour l'instant, ne part pas. Il est moins actif à cause de ça. Il reçoit une perfusion pour l'aider à avoir une meilleure immunité, une fois par mois. »

AIDANT

Le ton émotionnel est excessivement optimiste et porteur d'espoir.

MIRACLE

INCROYABLE

NOUVELLE ARME

Les propos négatifs sont rares, y compris sur la tolérance.

PAS TROP MAL

RIEN DE BIEN MÉCHANT

Source: MM Patient Social Media Listening France: 8/2022-8/2024 (n=492)

LES THÉRAPIES CAR-T: PERCEPTION DU TRAITEMENT



Source: **394 CITATIONS**



BÉNÉFICES

Une grande efficacité

- Permet de retrouver la qualité de vie
- Rémission durable
- Se sentir mieux après le traitement / dans un état jamais atteint depuis le diagnostic
- Potentiel de guérison pour certains (min.)
- Image d'un traitement innovant

Processus relativement facile (comparé à la TSH)

- Moins de douleur, moins traumatisant
- Traitement en une seule fois
- Permet de vivre sans traitement



LIMITES

Peut entraîner de potentielles « **complications** »

- **Risque d'infection**
- **Manque d'efficacité** pour certains
- **N'est pas un traitement curatif**
- Seulement efficace pour une **durée limitée**

Enjeux d'accessibilité

- Non disponible dans tous les centres
- **Inégalités** et de la **frustration** parmi les patients

« Là où je suis soigné, par exemple, nous n'avons pas accès à la thérapie par cellules CAR-T, comme mon hématologue me l'a dit très tôt dans mon traitement. Malheureusement, nous n'avons pas tous accès aux mêmes traitements selon l'hôpital où nous nous trouvons, ce que je trouve injuste... »

PATIENT X

« Bonjour, vous devriez vous estimer heureux de pouvoir bénéficier de la thérapie par cellules CAR-T ! C'est l'un des traitements les plus récents et les plus prometteurs pour le myélome multiple, alors je suis vraiment content pour vous ! J'espère que cela fonctionnera pour vous comme ça a fonctionné pour moi ! Bonne chance ! »

PATIENT Y

Le ton émotionnel est équilibré, avec une nuance d'espoir et de possibilités.



Les propos les plus négatifs portent sur les questions d'accessibilité.



Source: MM Patient Social Media Listening France: 8/2022-8/2024 (n=492)

SESSION INTERACTIVE DE QUESTIONS / RÉPONSES

Priorité à la vitesse d'exécution et au contrôle tumoral

Les échanges ont convergé vers quatre focales.

1. Le rythme d'évolution des lignes : les participants appellent à la modestie, en rappelant que le déplacement vers des lignes plus précoces doit rester guidé par les données et l'expérience réelle des centres.
2. L'organisation des soins : ouvrir le jeu au-delà de l'hématologie tout en consolidant des plateformes partagées, afin de préserver compétence, sécurité et continuité de bout en bout.
3. Le rôle de l'HAD : ressource utile pour certains actes et la surveillance, mais non centrale pour gérer les événements post CAR-T ; elle s'insère comme un maillon complémentaire, pas comme un substitut à l'hôpital.
4. Les critères décisionnels : la vitesse d'exécution et le contrôle tumoral avant réinjection (bridge) priment sur des critères rigides comme l'âge ou le PS pris isolément ; le véritable arbitrage consiste à aller suffisamment vite, malgré les contraintes d'aphérèse et de lits, pour maximiser les chances de succès sans exclure inutilement des profils potentiellement éligibles.

REPLAY

Revivez la Matinale à travers les replays édités par thématiques :

Sujet 1 : Révolution thérapeutique et adoption des nouveaux traitements 

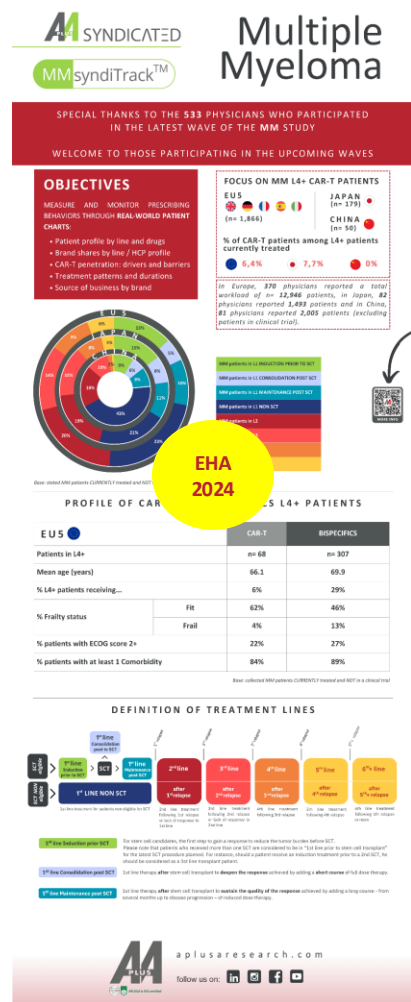
Sujet 2 : Profil et mots des patients 

Sujet 3 : Innovations et défis pour demain 

Session interactive de questions / réponses 

ABSTRACTS, POSTERS ET ROLL UP

MYÉLOME MULTIPLE



► KEY DRIVERS FOR TREATMENT CHOICE IN LENALIDOMIDE-EXPOSED AND REFRACTORY MULTIPLE MYELOMA PATIENTS IN THE REAL WORLD.

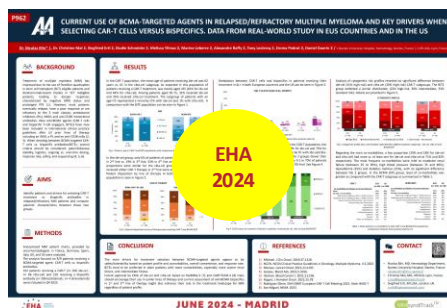
ANALYSIS CONDUCTED IN THE EU5 COUNTRIES AND THE US



► L'étude montre une hétérogénéité des choix de traitement en 2L et au-delà, avec le carfilzomib privilégié chez les patients plus jeunes, le pomalidomide en 3L-4L, et les thérapies anti-BCMA à partir de la 4L.

► CURRENT USE OF BCMA-TARGETED AGENTS IN RELAPSED/REFRACTORY MULTIPLE MYELOMA AND KEY DRIVERS WHEN SELECTING CAR-T CELLS VERSUS BISPECIFICS.

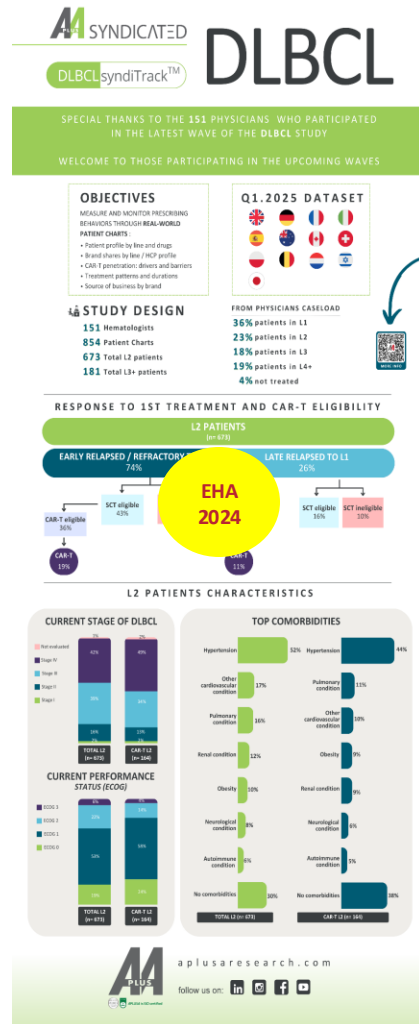
DATA FROM REAL-WORLD STUDY IN EU5 COUNTRIES AND IN THE US



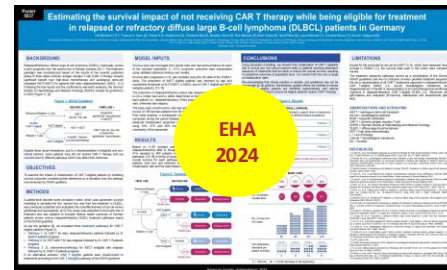
► L'étude montre que les choix de traitements ciblant le BCMA sont principalement guidés par la sécurité, la tolérance et la commodité, avec une préférence pour les BiTEs chez les patients âgés et comorbides, tandis que les prochaines autorisations de CAR-T et de bispécifiques pourraient étendre leur utilisation à des lignes plus précoces.

ABSTRACTS, POSTERS ET ROLL UP

LYMPHOME DIFFUS À GRANDES CELLULES B



▶ ESTIMATING THE IMPACT ON SURVIVAL OF NOT RECEIVING CAR T THERAPY DESPITE BEING ELIGIBLE IN RELAPSED OR REFRACTORY (R/R) DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA (DLBCL) PATIENTS IN GERMANY



L'étude montre, à l'aide de modélisations, que lorsqu'il y a une mauvaise attribution de l'éligibilité à la thérapie CAR T (pour des raisons cliniques ou non cliniques), les patients reçoivent des traitements alternatifs moins adaptés. Cela conduit à une réduction de la survie globale et à des résultats sous-optimaux pour la population. Elle souligne aussi que, même si la pratique clinique varie et que les recommandations ne s'appliquent pas toujours à tous, il est essentiel d'améliorer l'identification des patients éligibles et d'optimiser les circuits de prise en charge pour que tous ceux qui peuvent bénéficier de la thérapie CAR T y aient effectivement accès.



**DONNEZ-NOUS VOTRE AVIS
EN SCANNANT LE QR CODE !**

