



THÈSE N°2022/TOU3/2059

En vue de l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Délivré par *l'Université Toulouse III - Paul Sabatier*

Discipline ou spécialité : *Faculté des sciences pharmaceutiques*

Présentée et soutenue par *Gautier DARRE*

Le 13 septembre 2022

Titre :

QUALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN ONCOLOGIE : ENQUÊTE SUR
LE RESSENTI DES PATIENTS SUIVIS À L'OFFICINE

JURY

D^r Philippe CESTAC – Professeur hospitalo-universitaire

D^r Norbert FOURÇANS – Pharmacien d'officine

Directeur de Thèse :

D^r Stéphane TELLEZ – Pharmacien d'officine

PERSONNEL ENSEIGNANT

du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de Santé

au 4 avril 2022

Professeurs Émérites

M ^{me} BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
M. BERNADOU J	Chimie Thérapeutique
M. CAMPISTRON G.	Physiologie
M ^{me} NEPVEU F.	Chimie analytique
M ^{me} ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

M ^{me} AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
M ^{me} DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PARINI A.	Physiologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie - Virologie
M ^{me} ROUSSIN A.	Pharmacologie
M ^{me} SALLERIN B.	Pharmacie Clinique
M. VALENTIN A.	Parasitologie

Universitaires

M ^{me} BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique
M ^{me} BOUTET E.	Toxicologie - Sémiologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Vice-Doyen)	Physiologie
M. FABRE N.	Pharmacognosie
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacie Galénique
M. GUIARD B.	Pharmacologie
M. LETISSE F.	Chimie pharmaceutique
M ^{me} MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie - Sémiologie
M ^{me} REYBIER-VUATTOUX K.	Chimie analytique
M. SEGUI B.	Biologie Cellulaire
M ^{me} SIXOU S.	Biochimie
M. SOUCHARD J-P.	Chimie analytique
M ^{me} TABOULET F.	Droit Pharmaceutique

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
M ^{me} JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
M ^{me} KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F.	Pharmacie Clinique
M ^{me} ROUCH L.	Pharmacie Clinique
M ^{me} ROUZAUD-LABORDE C	Pharmacie Clinique
M ^{me} SALABERT A.S.	Biophysique
M ^{me} SERONIE-VIVIEN S (*)	Biochimie
M ^{me} THOMAS F. (*)	Pharmacologie

Universitaires

M ^{me} ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
M ^{me} AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
M ^{me} BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie analytique
M. BROUILLET F.	Pharmacie Galénique
M ^{me} CABOU C.	Physiologie
M ^{me} CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
M ^{me} CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
M ^{me} COLACIOS C.	Immunologie
M ^{me} COSTE A. (*)	Parasitologie
M ^{me} DERA EVE C. (*)	Chimie Thérapeutique
M ^{me} ECHINARD-DOUIN V.	Physiologie
M ^{me} EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
M ^{me} EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
M ^{me} FALLONE F.	Toxicologie

M ^{me} FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
M ^{me} GADEA A.	Pharmacognosie
M ^{me} HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
M ^{me} JOUANJUS E.	Pharmacologie
M ^{me} LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
M ^{me} LEFEVRE L.	Physiologie
M ^{me} LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A.	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
M ^{me} MONFERRAN S	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
M ^{me} TERRISSE A-D.	Hématologie
M ^{me} TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
M ^{me} VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie
M ^{me} WHITE-KONING M. (*)	Mathématiques

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
M ^{me} BAKLOUTI S.	Pharmacologie
M ^{me} CLARAZ P.	Pharmacie clinique
M ^{me} CHAGNEAU C.	Microbiologie
M ^{me} LARGEAUD L	Immunologie
M. LE LOUEDEC F.	Pharmacologie
M ^{me} STRUMIA M.	Pharmacie clinique
M ^{me} TRIBAUDEAU L.	Droit Pharmaceutique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

M ^{me} AMRANE Dyhia	Chimie Thérapeutique
------------------------------	-------------------------

Pour toi, Maman.

REMERCIEMENTS

Au Docteur Stéphane TELLEZ, pharmacien d'officine,

Qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail, et qui m'a patiemment accompagné tout au long de ce projet, qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude ;

Au Docteur Philippe CESTAC, praticien hospitalier des Hôpitaux de Toulouse,

Qui a m'a fait la faveur d'accepter de présider ce jury, et pour son accompagnement et son enseignement enrichissants ;

Au Docteur Norbert FOURÇANS, pharmacien d'officine, d'avoir pris le temps de lire ce travail et de venir en tant que jury à ma soutenance,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury afin d'évaluer ce travail simplement et spontanément ;

À la pharmacie de Lacaune pour ce stage de 6 mois formateur, qui marqua le début de ce long travail,

À la pharmacie de Mirande Pyrénées,

Un grand merci à toutes les personnes qui ont collaboré à la collecte des données sur lesquelles s'appuie cette étude, et aux 32 patients qui ont eu la gentillesse de compléter avec sérieux le questionnaire qui leur a été remis ;

À maman, merci,

Puisses-tu de là ou tu es me voir et être fière de moi, je t'aime ;

À papa, merci pour ton inestimable amour, ton soutien indéfectible en dépit des difficultés, et la confiance que tu me portes, je ne serais pas devenu l'homme que je suis aujourd'hui sans toi. Ton dévouement absolu envers nous est et restera un modèle pour moi, j'espère te rendre fier ;

À Étienne mon petit frère, mon Titouni tout feu tout flamme, merci pour ton amour, ton honnêteté et ton soutien malgré nos différences, celles-là même qui feront, j'en suis sûr, notre force à l'avenir ;

À mes grands-parents, Colette et François, merci pour votre soutien infaillible et empreint d'amour dont vous faites preuve depuis toutes ces années ;

À Dédé, merci pour ton bienveillant accueil et ta gentillesse qui nous accompagne depuis déjà quelques années ;

À Blanche, faire ta rencontre fût le début d'un tournant dans ma vie, depuis tant de belles choses ! Certaines déjà accomplies, d'autres en cours et tant d'autres à mettre en œuvre. Merci pour ton soutien toutes ces années, merci de croire en moi et de me pousser à être la meilleure version de moi-même. Merci d'être là ;

À Agathe (Gato), celle qui a tant de fois était présente pour moi, une si précieuse amitié chère à mon cœur, ma porte te sera toujours ouverte ;

À Brigitte et Raymond-Pierre, pour votre aide sur ce travail, mais aussi pour votre accueil depuis toutes ces années, et à ces heures de jeux partagées avec plaisir ;

À Émilie pour m'avoir toujours accueilli à bras ouverts pendant d'innombrables heures de révisions (et heureusement aussi de fun !) et pour tous tes bons soins assortis ;

À Hugo, à toutes ces heures d'humiliation sur la Play et à mes quelques vaillantes victoires, puissent-elles perdurer encore longtemps ;

À Marie, Arthur et à tous les membres du Crew, avec qui depuis la PACES tant de bons moments sont passés ;

À Téva, pour m'avoir redonné goût au sport et m'avoir prouvé que les efforts payent, tu m'as permis d'évoluer bien au-delà du Crossfit ;

Au club Oeno, pour ces moments remplis de convivialité et de bonne humeur, et à cet amour du vin qui ne me quittera jamais ;

À PionPion, boule de poil et d'amour sans qui la vie serait moins agréable au quotidien.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	8
SOMMAIRE DES FIGURES.....	13
ABRÉVIATIONS.....	16
I. INTRODUCTION.....	17
A. ÉTYMOLOGIE.....	17
B. UNE BRÈVE RÉTROSPECTIVE DE L’HISTOIRE DES CANCERS.....	17
C. ET AUJOURD’HUI ALORS ?.....	19
II. CONTEXTE.....	24
A. HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS.....	24
1. RÉTROSPECTIVE DES TRAITEMENTS DU CANCER.....	24
2. PLACE DE LA PRÉVENTION.....	25
B. TRAITEMENTS ANTICANCÉREUX.....	26
1. CHIRURGIE.....	27
2. RADIOTHÉRAPIE.....	28
3. CHIMIOTHÉRAPIE.....	29
a) CYTOTOXIQUES.....	30
b) HORMONOTHÉRAPIE.....	32
4. LA MÉDECINE DE PRÉCISION.....	34
a) THÉRAPIE CIBLÉE.....	34
b) IMMUNOTHÉRAPIE.....	37
C. LES ENJEUX DE LA VOIE D’ADMINISTRATION.....	38
D. CONTEXTUALISATION THÉMATIQUE DES NOTIONS ABORDÉES.....	41
1. FRAGILITÉ DU PATIENT CANCÉREUX.....	41
2. NOUVEAUX ENJEUX POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS L’ACCOMPAGNEMENT.....	43
E. OBJECTIF.....	46
III. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	47

A.	TYPE D'ÉTUDE	47
B.	SOURCES DE DONNÉES	47
C.	PRÉSENTATION DU QUESTIONNAIRE	47
IV.	RÉSULTATS	49
A.	PARTIE 1 : INFORMATIONS GÉNÉRALES	49
1.	RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE.....	49
2.	RÉPARTITION SELON LE SEXE ET L'ÂGE.....	50
3.	RÉPARTITION SELON LA PROFESSION.....	50
4.	ACCOMPAGNANTS	51
B.	PARTIE 2 : LES CONNAISSANCES	52
C.	PARTIE 3 : LES TRAITEMENTS	54
D.	PARTIE 4 : PRISE EN CHARGE	56
V.	DISCUSSION	65
A.	REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON	65
B.	CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR LA PATHOLOGIE ET LEUR TRAITEMENT : MARQUEURS DE QUALITÉ, PROBLÈMES RELEVÉS ET SUGGESTIONS	66
C.	ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DANS L'ENSEMBLE DU PARCOURS DE SOIN	72
VI.	QU'ENVISAGER POUR LE PHARMACIEN ?	76
A.	INTERROGER LE PATIENT	77
B.	LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES	77
1.	EFFETS INDÉSIRABLES COMMUNS À TOUTES LES MOLÉCULES D'ONCOLOGIE.....	77
2.	EFFETS INDÉSIRABLES RETROUVÉS AVEC LES CYTOTOXIQUES.....	78
3.	EFFETS INDÉSIRABLES DES MOLÉCULES D'HORMONOTHÉRAPIE.....	79
C.	SCHÉMA DE PRISE	80
D.	RAPPELS DE RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES.	80
E.	RÉALISER UN VÉRITABLE SUIVI	81
1.	DU PATIENT DANS SA MALADIE,	81

2.	DU PATIENT DANS SA VIE,	82
3.	DE SON ACCOMPAGNEMENT,	83
4.	JUSQU'À LA RÉINSERTION DU PATIENT DANS LA VIE SI POSSIBLE.	84
VII.	OUVERTURES (63).....	85
VIII.	LIMITES DE L'ÉTUDE.....	88
IX.	CONCLUSION	89
	BIBLIOGRAPHIE.....	91
	ANNEXES	99
	SERMENT DE GALIEN	101

SOMMAIRE DES FIGURES

Figure 1 : Mortalité du cancer chez les hommes et les femmes de 1950 à 2006, taux pour 100 000 à âge égal (16)	21
Figure 2 : « Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année (taux standardisés monde TSM) - Echelle logarithmique - Tous cancers » (17).....	22
Figure 3 : Schéma des 13 facteurs de risque imputables au mode de vie (18).	23
Figure 4 « Cibles et mécanismes d'action des médicaments anticancéreux » (29)..	27
Figure 5 : « Cibles des principaux cytotoxiques » (32).....	31
Figure 6 : « Les différentes cibles de l'hormonothérapie ». (33)	33
Figure 7 : « Liste non exhaustive des molécules anticancéreuses disponibles à l'officine ».....	41
Figure 8 : Départements d'où sont issues les réponses.....	49
Figure 9 : « Veuillez-indiquer votre âge »	50
Figure 10 : « Veuillez indiquer votre profession »	51
Figure 11 : « Êtes-vous accompagné et secondé au quotidien par un proche ? » ...	52
Figure 12 : « Pensez-vous avoir eu une information claire et compréhensible ? » ...	53
Figure 13 : « D'où tenez-vous ces informations ? »	54
Figure 14 : « Avez-vous déjà eu des effets secondaires dû à votre traitement ? » ...	55
Figure 15 : « Était-ce un oubli volontaire ou involontaire ? ».....	55
Figure 16 : « Quel professionnel de santé a, selon vous, un rôle central dans votre prise en charge ? ».....	56
Figure 17 : « Êtes-vous satisfait de chacun des professionnels ayant participé à votre prise en charge ? ».....	58
Figure 18 : Les attentes vis-à-vis du pharmacien d'officine.....	61
Figure 19 : Satisfaction globale des patients sur la prise en charge	64
Figure 20 : esquisse d'arbre décisionnel pour l'équipe officinale	76

Figure 21 : Schéma des récepteurs PD-1 et de leurs ligands PDL-1/PDL-2..... 86

SOMMAIRE DES TABLEAUX

Tableau 1: Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année (taux standardisés monde) - Tous cancers (17).....	21
Tableau 2: Classes des cytotoxiques.....	31
Tableau 3: Classes de l'hormonothérapie.....	33
Tableau 4: Classes et mécanismes d'action des thérapies ciblées.....	35
Tableau 5: « Quel professionnel a eu un rôle central dans votre prise en charge et pourquoi ? ».....	58

ABRÉVIATIONS

ADN → Acide désoxyribonucléique

AFSOS → Association Francophone des Soins d'Oncologie

AJAP → Allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie

AJPP → Allocation journalière de présence parentale

ALD → Affection longue durée

CNO → Complément nutritionnel oral

CPAM → Caisse primaire d'assurance maladie

FNCLCC → Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

INCa → Institut national du cancer

INSERM → Institut national de la santé et de la recherche médicale

IV → Intra-veineuse

JC → Jésus-Christ

LH-RH → Hormone de libération des gonadotrophines

NFS → Numération de formule sanguine

PUI → Pharmacie à usage intérieur

OMEDIT → Observatoire des médicaments, dispositifs médicaux, et innovations thérapeutiques

RCP → Résumé des caractéristiques du produit

RCP → Réunion de concertation pluridisciplinaire

SFPO → Société française de pharmacie oncologique

VO → Voie orale.

I. INTRODUCTION

A. ÉTYMOLOGIE

Le mot cancer tire son origine de la langue latine, dans laquelle il se traduit par crabe. La raison peut aujourd'hui nous paraître saugrenue mais pour Hippocrate, à l'époque (à savoir aux alentours de – 400 avant J.-C.), la morphologie et les capacités des tumeurs (du sein principalement) qu'il avait eu l'occasion d'étudier lui faisait penser à cet animal. En effet, d'après lui elles pouvaient être aussi tenaces que des pinces de crabes, progresser inlassablement comme la marche du crabe, et détruire avec autant de voracité que le crabe. Pour l'anecdote, cette analogie a été ensuite reprise par Galien et Celsus, qui trouvèrent eux aussi cette image fort à propos. (1)

B. UNE BRÈVE RÉTROSPECTIVE DE L'HISTOIRE DES CANCERS

La plus ancienne mention de potentielles tumeurs cancéreuses remonte à environ 2800 ans avant J.-C., avec le papyrus chirurgical d'Edwin Smith. Ce manuscrit de l'Égypte Antique, et d'autres qui lui sont contemporains, sont les premières énonciations du terme cancer. Ces écrits recensaient principalement des descriptions médicales, et tous s'accordaient à définir l'origine divine des cancers et l'inefficacité flagrante de leurs thérapeutiques (2).

Néanmoins, la paléopathologie a permis d'identifier des cas de sarcomes (type ostéosarcome et lymphome Hodgkinien) sur des squelettes du Néolithique, qui constitueraient donc les premières traces connues de cancer au monde. (1)

Plus tard, au cours de la période Gréco-Romaine, Hippocrate y fit régulièrement référence dans ses écrits, en décrivant certaines tumeurs. Il réfuta l'origine divine des tumeurs appuyée par les égyptiens et établit que la formation des cancers était en concordance avec sa théorie des humeurs, car les tumeurs étaient d'après lui un excès de bile noire. (3) Ces travaux furent perpétués par Celsus, médecin romain, qui réalisa la première classification cancéreuse d'organes selon la présence ou non d'ulcération. (4) Puis vint enfin s'ajouter Galien, qui renforça encore l'idée d'origine humorale d'Hippocrate en la développant davantage, et alla plus loin en caractérisant une

différence entre les tumeurs : les cancers étaient des tumeurs « contre-nature », contrairement aux tumeurs « suivant la nature » comme la grossesse. (5)

Jusqu'à la Renaissance, ces théories continueront de prévaloir, l'obscurantisme du Moyen-Âge ne permettant pas d'avancées majeures dans les domaines scientifiques. À partir de la Renaissance, la réalisation d'autopsies, jusque-là interdites, offrit une approche bien plus cartésienne et permit l'émancipation de la doctrine hippocratique. Les travaux anatomiques de Vésale, la loi de la circulation sanguine de Harvey, et la découverte de la lymphe permirent de mettre un terme à la théorie humorale, qui fut remplacée par la théorie lymphatique de Hunter. (6)

Au fur et à mesure, aux XVIII^e et XIX^e siècles, la cancérologie se structura de plus en plus, notamment grâce à l'avènement de deux spécialités : l'anatomopathologie et l'épidémiologie. L'anatomopathologie permit à plusieurs médecins de remettre en question la théorie lymphatique, sans toutefois proposer de nouvelles théories. Ces nouvelles disciplines permirent d'envisager des relations de corrélation entre expositions à certains facteurs et développement de cancer, comme le cancer nasal et la prise de tabac, la profession de ramoneur et cancer scrotal, un faible taux de cancer du col de l'utérus chez les nonnes comparativement aux femmes mariées. (7) (8)

Au XIX^e siècle, une prouesse technique vient révolutionner l'approche de la médecine, l'arrivée du microscope. Le médecin Bichat démolit ainsi 2000 ans de médecine en affirmant que le corps humain est en réalité composé de tissus, et que le cancer est un tissu accidentel, en opposition au tissu normal. À la suite de ces découvertes se succédèrent plusieurs théories, réfutées et réinventées à chaque avancée scientifique permettant d'aller toujours plus loin dans l'exploration de la pathologie. Cette quête de la compréhension aboutissant à la fin du XX^e siècle et au XXI^e siècle à l'analyse cellulaire, apportant ainsi les concepts majeurs de la cancérogénèse que nous connaissons à présent.

Comme nous avons pu le voir à travers cette rétrospective, le cancer est une pathologie dont il est fait mention depuis des millénaires, et qui a fait au cours des siècles d'innombrables victimes.

Pour l'exemple, Anne d'Autriche, mère du bien connu Louis XIV, en fut l'une des funestes victimes. Elle connut une fin peu enviable, en décédant d'un cancer du sein, pourtant au départ bien localisé, qui eut raison d'elle après plusieurs mois de souffrance et de tentatives infructueuses de traitement chirurgicaux. (9)

C. ET AUJOURD'HUI ALORS ?

Aujourd'hui le cancer est et reste un mot qui choque et qui terrifie, il incarne ce fléau invisible et impitoyable des XX^e et XXI^e siècles, qui résiste encore aujourd'hui à la médecine moderne, malgré des progrès considérables. Défini très justement par N. Clément-Hryniewicz et E. Paillaud comme « *ce produit de l'incontrôlable et de l'absurde qui vient figer le temps ou l'accélérer face à l'échéance d'une mort perçue comme prochaine* » (10).

À l'évocation de ce mot, une fracture ouverte se crée entre l'avant et l'après, il fait vaciller l'équilibre biologique et affectif de celui à qui il est destiné.

C'est pourquoi l'annonce d'un cancer à un patient est une situation particulièrement délicate, et à laquelle la médecine actuelle porte de plus en plus d'attention. De nos jours, on ne parle plus de consultation d'annonce mais de dispositif d'annonces réparties en plusieurs temps afin de mettre en place un dialogue autour de celles-ci. Une enquête de 2004 de l'INSERM sur les conditions de vie des patients atteints de cancer révèle qu'un patient sur quatre considérait avoir reçu une annonce trop brutale. Nombreux sont les patients qui affirment avoir perçu l'annonce du diagnostic comme un choc traumatique, or nous savons aujourd'hui qu'un sentiment de brutalité tel que celui-ci aura des conséquences psychiques pour le patient sur tout le parcours de soin. (11)

Bien qu'il soit impossible de prédire les réactions d'un patient à l'annonce d'un cancer, car celles-ci dépendent d'un cheminement psychologique personnel, elles s'apparentent généralement aux étapes du deuil connues : choc initial, déni, révolte, marchandage, accommodation et l'acceptation. (12)

De manière générale, les patients se souviennent « comme si c'était hier » de l'annonce du diagnostic de leur cancer, car cette expérience est extrême et les sentiments de cet instant s'ancrent profondément.

Depuis environ 15 ans, le cancer est la première cause de mortalité prématurée en France, devant les maladies cardio-vasculaires (13).

C'est en s'appuyant sur ce postulat que l'on comprend aisément l'enjeu majeur, à la fois sanitaire et économique, que peut représenter un diagnostic et une prise en charge efficiente de cette pathologie ravageuse. (14)

Aujourd'hui la prise en charge de cette pathologie aux nombreuses facettes connaît chaque jour des avancées prometteuses. D'une part grâce à nos connaissances croissantes sur la compréhension de son développement, et d'autre part grâce aux progrès scientifiques permettant d'aller toujours plus loin dans l'adaptation spécifique d'une réponse thérapeutique appropriée à chaque type de cancer, et peut-être un jour à chaque cancer personnel.

Assurément, la découverte de nouvelles cibles a permis à la fois une augmentation importante de l'arsenal thérapeutique disponible, une simplification de certaines d'entre elles mais aussi une amélioration, bien qu'encore trop relative, de la qualité et de l'espérance de vie des patients.

Pour rappel, on estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas en France métropolitaine en 2018 (15). Il est intéressant de noter que l'incidence d'apparition de cancer a globalement augmenté depuis les années 1990. Ceci s'explique, notamment, par l'augmentation de la population, le vieillissement de celle-ci, mais aussi, par une augmentation spécifique de l'incidence chez la femme. Les cancers les plus fréquents sont le cancer de la prostate chez l'homme et le cancer du sein chez la femme. (15)

En ce qui concerne la mortalité, elle est estimée à 157 400 pour l'année 2018 en France (15). Mais même si globalement on note une augmentation numérique du nombre de décès depuis les années 1990 (explicables par l'augmentation et le vieillissement de la population) le risque de décès attribuable au cancer a, en réalité, diminué et ce pour les deux sexes. (16)

Si on remonte davantage dans le temps, on peut constater que la mortalité par cancer chez les hommes a toujours été et reste plus élevée que chez les femmes, bien que plus récemment les deux courbes tendent à se rejoindre. De plus on voit que les courbes montrent une tendance à descendre petit à petit. (16)



Figure 1 : Mortalité du cancer chez les hommes et les femmes de 1950 à 2006, taux pour 100 000 à âge égal (16)

Cet impact positif sur la mortalité n'est pas sans lien avec l'évolution des traitements toujours plus spécifiques, bien que parfois les chimiothérapies plus conventionnelles restent privilégiées.

	Année								Variation Annuelle Moyenne (%)	
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018	De 1990 à 2018	De 2010 à 2018	
INCIDENCE										
Homme	320,7	336,1	352,0	402,1	370,5	344,3	330,2	0,1 [0,1 ; 0,2]	-1,4 [-1,6 ; -1,3]	
Femme	200,6	215,1	233,6	248,9	258,7	268,1	274,0	1,1 [1,1 ; 1,2]	0,7 [0,5 ; 0,9]	
MORTALITÉ										
Homme	205,9	194,6	178,7	162,4	145,8	131,5	123,8	-1,8 [-1,8 ; -1,8]	-2,0 [-2,1 ; -2,0]	
Femme	90,1	86,9	83,2	79,9	76,6	73,8	72,2	-0,8 [-0,8 ; -0,8]	-0,7 [-0,8 ; -0,6]	
MORTALITÉ OBSERVÉE										
Homme	204,6	194,1	178,5	163,6	145,8	133,0	-	-	-	
Femme	89,0	87,2	83,1	80,3	76,3	74,8	-	-	-	

Tableau 1 : « Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année (taux standardisés monde) - Tous cancers » (17)

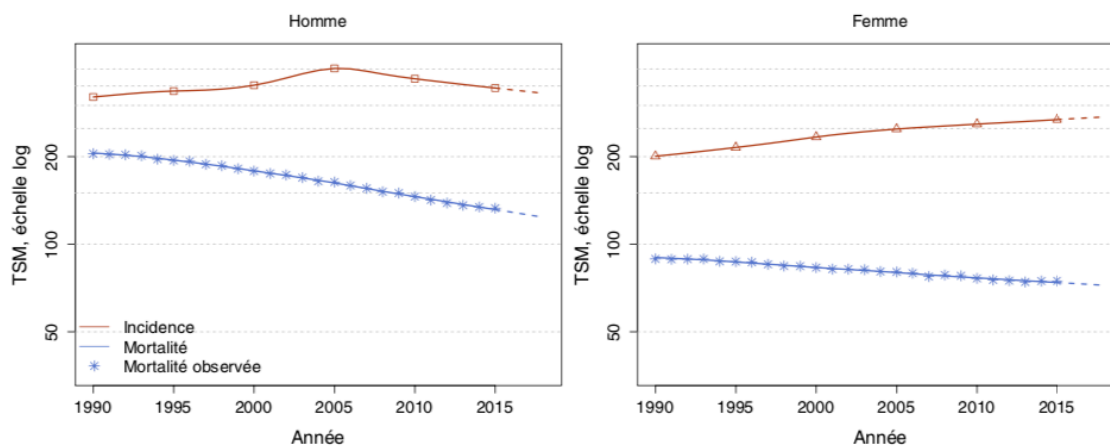


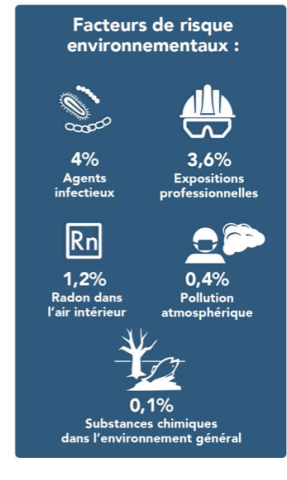
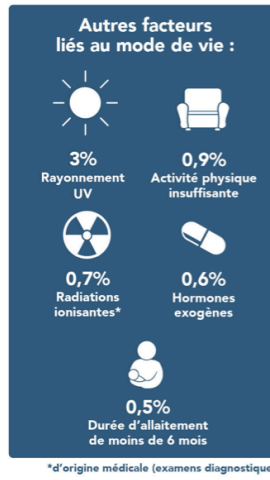
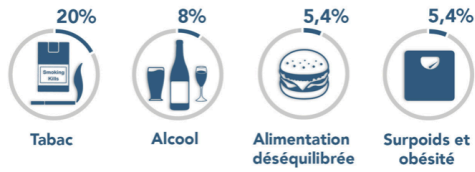
Figure 2 : « Taux d'incidence et de mortalité en France selon l'année (taux standardisés monde TSM) - Echelle logarithmique - Tous cancers » (17)

Il faut cependant savoir nuancer et prendre du recul sur les avancées : les progrès de la société contemporaine permettent certes une meilleure prise en charge de ces cancers, cependant les modes de vie actuels en favorisent le développement. En France à l'heure actuelle, on estime à 40% le taux de cancer que l'on pourrait imputer à notre mode de vie moderne. Une étude menée par l'INCa en 2018 a défini 13 facteurs de risque probablement cancérigènes pour l'Homme à savoir : tabac, alcool, alimentation, surpoids et obésité, agents infectieux, expositions professionnelles, rayonnement ultraviolets, radiations ionisantes, activité physique insuffisante, hormones synthétiques, allaitement maternel insuffisant, pollution de l'air extérieur, et substances chimiques de l'environnement. Ainsi, la plupart des facteurs de risque étudié est évitable et imputable au mode de vie actuel, ces nouvelles données prouvent une nouvelle fois l'importance de développer davantage la prévention sur le cancer. (18)

142 000
 cancers pourraient
 être évités en France



Proportion des cancers liés aux principaux
 facteurs de risque en France métropolitaine



*d'origine médicale (examens diagnostiques)

Figure 3 : Schéma des 13 facteurs de risque imputables au mode de vie (18).

II. CONTEXTE

A. HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS

1. RÉTROSPECTIVE DES TRAITEMENTS DU CANCER

Le premier traitement du cancer qui a été réfléchi et expérimenté durant de nombreuses années, c'est la chirurgie, et ce dès 1600 avant J.-C., bien qu'à cette époque et pendant longtemps, l'exécution de cette discipline soit rudimentaire et dotée de peu de moyens. Le principe de la chirurgie est généralement d'ôter la portion tumorale visible, voire un peu plus autour, puis cautériser, et cela resta ainsi jusqu'à l'avènement des traitements chimiques. (9)

La grande et tardive évolution de cette méthode est l'apparition au XIX^e siècle de l'anesthésie générale. S'ensuit l'émergence des produits permettant une aseptisation efficace des outils, ces nouvelles connaissances permettant ainsi un bond dans les techniques de prises en charge chirurgicales. (19)

Ensuite, à la fin du XIX^e siècle, les cancérologues font plusieurs découvertes liées à la physiopathologie des cancers, les poussant à développer d'autres types de thérapeutiques comme la chimiothérapie et la radiothérapie.

En 1909 un médecin, Paul Ehrlich, met au point un dérivé de l'arsenic, à l'origine étudié pour guérir la syphilis et la trypanosomiase. Bien que la molécule n'apporte pas les résultats espérés sur les pathologies, le terme et la méthode développés par le médecin lui valent d'être considéré comme le père de la chimiothérapie. (9) L'arsenic avait déjà été auparavant utilisé, soit sous forme de cataplasme par d'anciens Hindous, soit à partir du XVIII^e siècle comme traitement de nombreux cancers, mais les patients décédaient d'une intoxication à l'arsenic. (20)

C'est au cours de la Seconde Guerre Mondiale que l'histoire de la chimiothérapie continue, à l'époque où les soldats subissent les attaques ennemies par du gaz à la moutarde d'azote, provoquant chez les victimes une chute inquiétante du nombre de globules blancs. C'est alors que, partant de cette observation, deux pharmacologues ont alors l'idée d'utiliser ce type de molécule pour traiter les

leucémies. Bien qu'encore très imparfaite à cette époque et n'offrant pas une survie bien longue, c'est la naissance d'une des premières familles de molécules de chimiothérapie utilisée en cancérologie, à savoir les agents alkylants. S'ensuit quelques années après, l'apparition des antimétabolites, puis des poisons du fuseau et enfin les agents interférant avec les topoisomérases. C'est ainsi que jusque dans les années 2000 la seule action des classes d'anticancéreux disponibles était d'empêcher la multiplication cellulaire. (21)

Ce n'est que dans les débuts du XXI^e siècle que sont apparus les thérapies ciblées, venues ainsi compléter l'arsenal thérapeutique des anticancéreux. (21)

2. PLACE DE LA PRÉVENTION

Malgré les premières théories évoquées plus haut de relation entre exposition à certains facteurs et développement de cancer dès le début du XIX^e siècle, la prévention et la lutte ne devinrent une préoccupation collective pour la France qu'au début du XX^e siècle. (22)

Avec un retard de plusieurs années sur ses voisins européens, la France créa en 1906 l'Association Française pour l'Étude du Cancer, qui sera ensuite supplanté en 1918 par la Ligue contre le Cancer, élaborée avec les instances anglaises et américaines à la fin de la guerre. Plusieurs enjeux : ériger des centres thérapeutiques, poursuivre les recherches sur le cancer, organiser des centres d'enseignement et utiliser tous les moyens de propagande auprès de la population pour préciser les premiers signes d'apparition de la maladie. (23)

En parallèle, la Fondation Curie voit le jour au début du siècle, et fera partie des trois grands types de centre d'études et prise en charge du cancer à cette époque, avec l'Institut Gustave Roussy et l'ensemble des petits centres anticancéreux.

Par la suite l'État va s'inspirer de cette organisation en trois branches pour créer une politique de lutte publique contre le cancer : d'un côté les centres pour la recherche et l'aspect curatif, d'un autre côté les hospices et enfin la Ligue pour la prévention. (24)

Au milieu du XX^e siècle, la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) vit le jour, avec plusieurs objectifs : le développement de projets

d'intérêt général pour l'ensemble des missions de soins, d'enseignement et de recherche, et l'examen des questions juridiques et sociales des centres. (25)

Cette volonté grandissante de lutte contre le cancer et de prise en charge des patients aboutit à la création en 2003 du premier Plan Cancer. (26)

Ce plan développa sept grands champs d'action pour tenter de rattraper le retard. Les grands axes d'amélioration abordés concernaient la prévention, l'organisation du dépistage, l'apport des soins de meilleure qualité, un accompagnement social plus solidaire, une amélioration de la formation, le développement de la recherche et la création de l'institut National du Cancer. Fort de l'expérience et des conclusions apportées par ce premier Plan Cancer, l'État mit ainsi sur pied une deuxième puis une troisième version en corrigeant les points faibles à chaque fois, le dernier Plan Cancer étant ainsi parvenu à remplir 90% de ces objectifs. (27) (28)

Ces différents plans Cancer ont aujourd'hui laissé place à la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, avec de plus de 200 mesures relatives à la prévention, à l'offre de soins, et à la recherche. (28)

Ayant ainsi réalisé une rétrospective rapide des stratégies historiques de prise en charge des cancers, nous allons donc pouvoir nous pencher sur les traitements.

B. TRAITEMENTS ANTICANCÉREUX

Le domaine de la cancérologie est en constante évolution, la recherche très active dans ce domaine tente sans cesse de trouver des solutions pour en réduire la mortalité au maximum, avec le rêve fou, d'un jour, la réduire à néant.

Dans ce contexte, les traitements sont constamment renouvelés, repensés voire réinventés, et l'arsenal thérapeutique ne fait que croître au fil des années.

De ce fait, il coexiste actuellement de nombreuses molécules et techniques, plus ou moins récentes, aux modes d'action et d'utilisations variées.

Sur le schéma ci-dessous, un aperçu des traitements médicamenteux et de leurs cibles. À ces derniers, s'ajoute aussi les techniques de chirurgie et de radiothérapie.

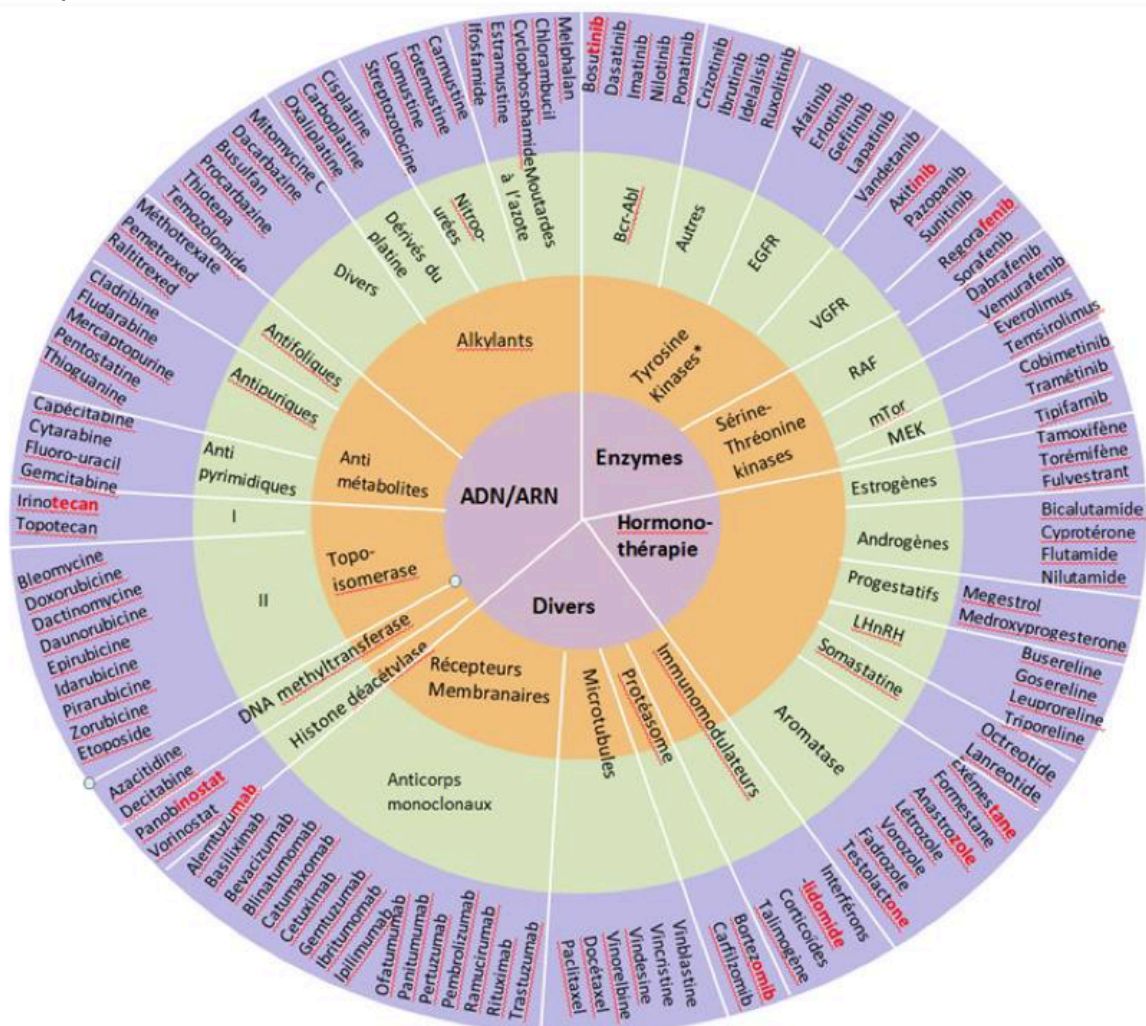


Figure 4 « Cibles et mécanismes d'action des médicaments anticancéreux » (29)

Comme le montre le schéma ci-dessus, ces dernières années, nous avons assisté à une augmentation du nombre de thérapies dites complexes, délivrables à l'officine.

1. CHIRURGIE

La chirurgie est le traitement de référence dans la prise en charge des cancers, elle a pour objectif de retirer la totalité des cellules cancéreuses présentes. Elle peut être réalisée seule ou associée à une radiothérapie et/ou à une chimiothérapie. (30)

La chirurgie en cancérologie existe sous deux formes distinctes :

- Une exérèse complète de l'organe (dans le cas du cancer du rein par exemple),
- Une exérèse de la tumeur (cas de figure retrouvé le plus fréquemment).

La chirurgie est pour cette raison considérée comme un traitement local, on peut également réaliser une exérèse de métastase mais si et seulement si le cancer ne possède qu'une métastase. (31)

2. RADIOTHÉRAPIE

Le principe de la radiothérapie est la destruction du matériel génétique des cellules cancéreuses par un rayonnement à haute énergie pour bloquer leur croissance (30), cette technique a comme principale défaut d'irradier les tissus sains avoisinants.

La radiothérapie se décline en trois grands types :

- Radiothérapie externe : la source ionisante est à l'extérieur du patient et irradie une zone localisée. Les enjeux récents étant de limiter la zone irradiée à la tumeur primitive voire aux métastases en touchant le moins possible les tissus sains alentours.
- Radiothérapie interne ou curiethérapie : consiste à placer les sources ionisantes dans le patient.

Quelle soit externe ou curiethérapie, le principe de la radiothérapie est basé sur la radiolyse de l'eau. Les radiations ionisantes aboutissent à la formation de radicaux libres très réactifs qui vont interagir avec l'ADN en provoquant des lésions sur ce dernier. (31)

- La thérapie par radio-isotopes : le principe est d'associer des sources radioactives à des anticorps monoclonaux spécifiques, qui vont permettre d'aller cibler la tumeur. Cette thérapie est ainsi plus précise que les deux premières. Elle peut être administrée par voie orale ou par injection. (30)

Conséquemment, la radiothérapie est quant à elle considérée comme un traitement dit loco-régional.

3. CHIMIOTHÉRAPIE

La chimiothérapie, à l'opposé de la chirurgie et de la radiothérapie, est un traitement dit systémique, les médicaments sont au niveau sanguin, et vont aller se distribuer dans les tissus tumoraux, et selon leur sélectivité dans certains tissus sains pour interagir. Les tissus sains les plus fréquemment touchés sont ceux possédant des cellules à haut potentiel de renouvellement (phanères, moelle osseuse, muqueuse digestive), ce qui provoque les effets indésirables difficilement supportables de la plupart des chimiothérapies. (30)

Il existe quatre grands groupes d'utilisation de ces médicaments qui vont définir la chimiothérapie curative, adjuvante ou néoadjuvante et la chimiothérapie palliative. (31)

- Chimiothérapie curative : on parle de chimiothérapie curative lorsque le malade est guéri avant tout par l'administration de médicaments anti-cancéreux.
- Chimiothérapie adjuvante : ici le patient est guéri le plus souvent grâce à une intervention chirurgicale, voire une radiothérapie, voire les deux. Des médicaments cytotoxiques lui sont prescrits pour éviter une récurrence (locale ou à distance).
- Chimiothérapie néo-adjuvante : elle a pour but de compléter l'action principalement effectuée par la chirurgie ou la chimiothérapie, elle est administrée avant afin de diminuer la taille d'une tumeur de manière à faciliter une éventuelle exérèse.
- Chimiothérapie palliative : lorsque le cancer est à un stade trop avancé, métastatique et incurable, on utilise une chimiothérapie ayant pour but de faire gagner de la qualité de vie au patient, pour l'accompagner durant la fin de vie le plus convenablement possible.

Les traitements par chimiothérapie sont très encadrés, suivant des protocoles précis. En général plusieurs molécules sont associées pour avoir une synergie d'action, mais également afin d'éviter le développement de résistances.

Nous allons maintenant faire un balayage non exhaustif des différentes familles de thérapies actuellement utilisées.

a) *CYTOTOXIQUES*

Famille de molécules historiques, les cytotoxiques sont les premiers apparus dans l'arsenal thérapeutique. Poison cellulaire par excellence, ils interagissent à la fois sur l'ADN des cellules tumorales et sur celui des cellules saines, car ils ne sont absolument pas spécifiques des cellules cancéreuses.

Le mode d'action des cytotoxiques est d'agir sur les cellules en cours de division cellulaire, soit avec une action cytotoxique cycle-dépendante, phase-dépendante ou phase indépendante.

Les différentes classes de cytotoxiques que l'on peut retrouver actuellement :

Classe de cytotoxiques	Mécanisme d'action
Les agents alkylants (moutarde à l'azote, nitrosurée, les dérivés du Platine)	Ils induisent des modifications covalentes au sein de l'ADN, leur permettant de former des ponts inter ou intra brins d'ADN, rendant la transcription et réplication de ce dernier impossible.
Les agents intercalants (anthracyclines et anthraquinones)	Leur structure coplanaire leur permet de s'intercaler au sein de la double hélice de l'ADN et la déforme, empêchant ainsi la transcription et la réplication.
Les anti-métabolites (antifoliques, antipuriques, antipyridimiques et autres antimétabolites)	Ce sont des analogues structuraux des bases puriques et pyrimidiques, qui ont deux modes d'actions principaux : soit ils créent une compétition au niveau des sites enzymatiques empêchant ainsi la synthèse de nouveaux nucléotides, soit ils incorporent de faux nucléotides bloquant donc la synthèse d'ADN.
Les inhibiteurs de topoisomérases I et II	Les topoisomérases permettent d'assurer le bon déroulement et enroulement des brins d'ADN au moment de la division cellulaire, en créant des cassures simples ou double brins opportunes et des ligations. L'inhibition de ces enzymes empêchent la ligation et induit des coupures définitives de l'ADN, par la formation de complexe topoisomérase-ADN-médicament.
Les poisons du fuseau (dérivés des taxanes et de la vinca)	Ces molécules vont inhiber la polymérisation ou la dépolymérisation de la tubuline, qui est une protéine du cytosquelette de la cellule ayant un rôle majeur de

guidage des chromosomes aux deux pôles de la cellule lors de la réplication cellulaire. En inhibant les actions de cette protéine, ils perturbent la prolifération cellulaire.

Tableau 2 : Classes des cytotoxiques

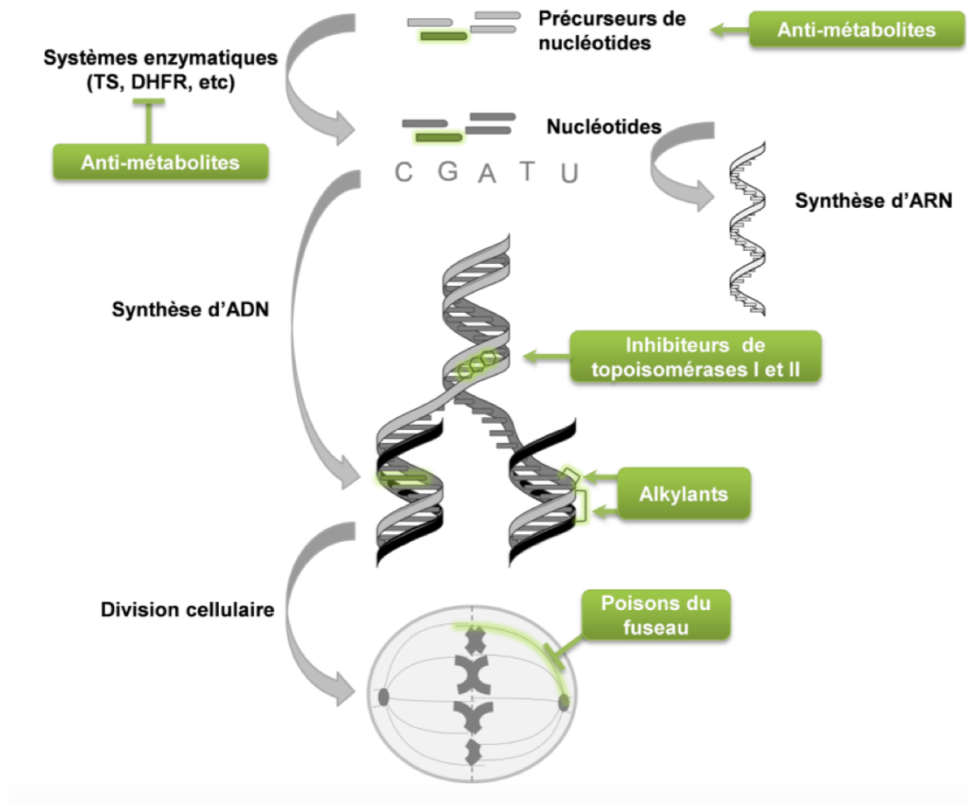


Figure 5 : « Cibles des principaux cytotoxiques » (32)

En dépit d'un élargissement majeur de l'arsenal thérapeutique, la chimiothérapie reste la thérapeutique la plus couramment prescrite pour le traitement des cancers, et ceci bien que son mode d'action non spécifique des cellules tumorales et sa quantité d'effets indésirables en fassent une classe thérapeutique difficile à supporter pour les patients.

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés dans cette catégorie médicamenteuse se classent selon la rapidité d'apparition de leur toxicité :

- Toxicité immédiate (dans les heures qui suivent la prise) : réaction d'hypersensibilité, nausées et vomissements, action caustique au niveau de l'endothélium veineux, troubles du transit.

- Toxicité précoce (durant l'intercycle de 21 jours) : toxicité hématologique ou médullaire, les mucites, alopecies.
- Toxicité retardée (plusieurs semaines après) : tératogénéicité, effets cancérigènes, toxicités gonadiques.

b) HORMONOTHÉRAPIE

Le principe de l'hormonothérapie est de réduire ou même bloquer la production d'hormones (sexuelles ou non), afin de bloquer des cellules tumorales dont la croissance en serait dépendante. (30)

Pour accéder à un traitement par hormonothérapie, il faut avoir une tumeur dite hormonosensible ou hormonodépendante (au moins 10 % de la cellule tumorale expriment à sa surface les récepteurs aux hormones stéroïdes responsables de la prolifération). (33)

Les différentes classes de médicaments utilisées sont les analogues LH-RH, les antiandrogènes, les antiœstrogènes et les inhibiteurs de l'aromatase.

Classe d'hormonothérapie	Mécanisme d'action	Principaux effets indésirables
Les anti-œstrogènes ou modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes (Tamoxifène et Torémifène)	Ils empêchent l'action stimulante des œstrogènes sur les cellules cancéreuses en se fixant à leur place sur les récepteurs hormonaux.	Bouffées de chaleurs, risques thromboemboliques, et risque de dysplasie utérine.
Inhibiteurs de l'aromatase (Létrozole, anastrozole, exemestane)	L'aromatase est une enzyme nécessaire à la production d'œstrogènes à partir d'androgène chez les femmes ménopausées. Ces molécules entrent en compétition sur l'enzyme et empêchent ainsi la conversion en œstrogènes.	Accentue la déminéralisation osseuse, bouffées de chaleurs, arthralgies, myalgies et hypercholestérolémies.
Anti-androgènes (triptoréline, leuproréline, nafaréline,	Ils possèdent différents modes d'action mais avec tous la même conséquence, à savoir une diminution de la quantité	Diminution de la libido, impuissance, gynécomastie, prise de poids, toxicité

buséreline, abiatérone)	d'androgènes circulants bloquant ainsi l'action stimulante de la testostérone au niveau des cellules cancéreuses de la prostate.	hépatique et risques thromboemboliques.
Progestatif (mégésterol)	Il provoque un blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire par un rétrocontrôle négatif, permettant un ralentissement de la prolifération des cancers génitaux hormono-dépendants par un effet anti-oestrogénique.	

Tableau 3 : Classes de l'hormonothérapie

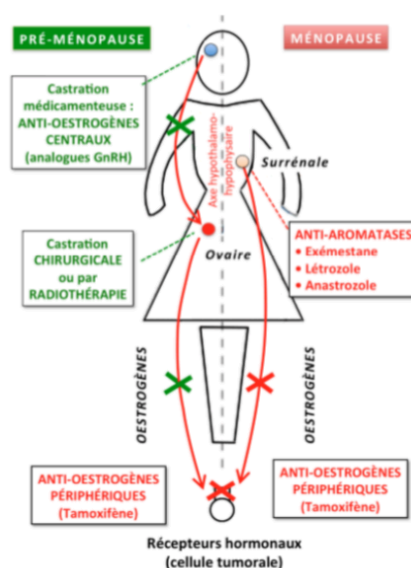


Figure 6 : « Les différentes cibles de l'hormonothérapie ». (33)

L'hormonothérapie est un excellent complément des autres stratégies (chimiothérapie et radiothérapie), elle a su faire ses preuves dans le traitement curatif du cancer du sein chez les femmes en situation de pré et post ménopause, et dans le cancer de la prostate chez l'homme.

Les objectifs de l'hormonothérapies dans le cancer du sein sont :

- De réduire le risque de rechute du cancer, et d'augmenter la survie à long terme en inhibant la stimulation des œstrogènes sur la multiplication des cellules tumorales. (33)

- Ou de faciliter son traitement en l'associant à une radiothérapie ou à une chirurgie.

Les objectifs de l'hormonothérapie dans le cancer de la prostate vont être principalement curatifs directs, seuls ou en accompagnement d'un autre traitement.

4. LA MÉDECINE DE PRÉCISION

La médecine de précision, un concept récent, repose sur des traitements développés sur les fondements d'une meilleure connaissance des mécanismes biologiques conduisant à l'apparition et au développement des tumeurs.

En quelques années, la prise en charge des cancers a été métamorphosée : en passant d'une oncologie « d'organe » à une oncologie « stratifiée », et qui pourrait demain devenir une oncologie « personnalisée ». (34)

Cette médecine de précision correspond actuellement à deux catégories de traitements : la thérapie ciblée et l'immunothérapie : (30)

- Les thérapies ciblées pénètrent dans la cellule cancéreuse et bloquent des mécanismes biologiques indispensables à la survie de cette cellule pour en provoquer sa mort.
- L'immunothérapie, quant à elle, permet d'activer le système immunitaire du patient pour détruire les cellules cancéreuses.

a) THÉRAPIE CIBLÉE

Les thérapies ciblées anticancéreuses sont des médicaments qui visent à bloquer la croissance, voire la propagation des cellules tumorales en s'attaquant spécifiquement à certaines de leurs anomalies. Leur mode d'action principal passe par une inhibition des mécanismes mêmes de l'oncogenèse, avec une spécificité importante pour les cellules cancéreuses ou leur microenvironnement. Il peut s'agir d'inhibiteurs intracellulaires (type des inhibiteurs de protéine kinase) ou d'inhibiteurs extracellulaires (type des anticorps monoclonaux). (34)

À l'heure actuelle, l'utilisation de la thérapie ciblée est définie, dans la mesure du possible, par les caractéristiques moléculaires de chaque patient. Parfois on peut

associer à ces thérapies ciblées certains biomarqueurs, qui permettront alors de tester les patients afin de savoir s'ils sont porteurs ou non d'une altération moléculaire spécifique (c'est le concept même de médecine stratifiée). C'est ainsi que dorénavant on fragmente certains cancers en plusieurs sous-groupes, comme par exemple les cancers du sein qui surexpriment HER2, les cancers du poumon non à petites cellules mutées EGFR, et aujourd'hui plus de la moitié des thérapies ciblées possède un biomarqueur. (34)

Classe de thérapies ciblées	Mécanisme d'action
Les anticorps monoclonaux	Ces anticorps ont un mode d'action similaire à ceux produits physiologiquement par le corps ; ils vont reconnaître certaines protéines spécifiquement exprimées à la surface des cellules cancéreuses (biomarqueurs), s'y fixer et empêcher leur activation, bloquant ainsi la transduction d'un signal de croissance tumorale. Deux types d'anticorps monoclonaux existent : ceux qui se lient au ligand du récepteur ou ceux qui se lient au récepteur directement.
Les inhibiteurs de protéines kinases	Ce sont de petites molécules qui vont pénétrer à l'intérieur de la cellule cancéreuse afin d'empêcher les facteurs de croissance de se fixer sur les tyrosines kinases. La fixation de facteur de croissance aux tyrosines kinases est un des démarrages de la cascade des signaux de réplication de la cellule tumorale.

Tableau 4 : Classes et mécanismes d'action des thérapies ciblées

Pour illustrer ces concepts, nous allons détailler le mode d'action de ces thérapeutiques à travers deux cas de figure :

- Les récepteurs HER2 : c'est une catégorie de récepteurs qui est exprimée à la surface des cellules cancéreuses dans 20 à 30% des cancers du sein. Ce récepteur possède un domaine tyrosine kinase qui, lorsqu'il est activé par son ligand, transduit un signal de prolifération aux cellules tumorales. Ainsi, il a été mis au point un anticorps monoclonal spécifique du domaine extracellulaire

d'HER2 (le Trastuzumab), que l'on donne aux patientes ayant été identifiées comme porteuse de ce récepteur à la surface de leurs cellules tumorales. C'est de la thérapie ciblée individuelle.

- Les récepteurs à l'EGFR : comme l'HER2, c'est un récepteur possédant un domaine tyrosine kinase, et dont l'activation transduit un signal de réplication ; ce récepteur est très souvent surexprimé à la surface des cellules tumorales. Des anticorps monoclonaux et des inhibiteurs de tyrosine kinases ont été mis au point pour empêcher l'activation de ce récepteur. De la même manière que pour le récepteur HER2, pour traiter les patients avec ces molécules, on vérifie la surexpression de ce récepteur chez chacun. Malheureusement dans certains cas particuliers, ce récepteur possède une mutation dite K-Ras qui le rend constitutivement actif, ainsi ces thérapies sont inutiles dans ce cas.

De plus, certaines thérapies ciblées parviennent à agir directement sur les altérations moléculaires dites conductrices (driver), soit les anomalies qui sont à l'origine même de la survie anormale de la cellule cancéreuse. Ces thérapies offrent dès à présent un avancement majeur dans la prise en charge de certains cancers, car ces thérapies sont utilisées dans 94 % des cas de stades avancés de cancer et dans 50 % des cas de 1^{ère} ligne métastatique. (34)

En outre, une meilleure connaissance des mécanismes d'échappement et de résistance aux thérapies ciblées et l'accroissement constant de cette classe pharmacothérapeutique ont permis d'améliorer encore la prise en charge des patients. Aujourd'hui plusieurs thérapies ciblées sont désormais utilisées chez un même patient, de façon séquentielle ou concomitante, afin de contrôler plus durablement sa maladie. (34)

NB : Il est intéressant de noter qu'actuellement il existe des classes partageant des caractéristiques communes avec la thérapie ciblée, notamment les hormonothérapies et les immunothérapies spécifiques de type anticorps, et qu'il n'y a pas de consensus clair et évident permettant de classer ces molécules dans l'une ou l'autre des catégories. (34)

b) IMMUNOTHÉRAPIE

L'immunothérapie antitumorale a pour objectif de stimuler la réponse immunitaire du patient afin qu'il parvienne à se défendre efficacement contre son cancer.

Le principe est d'aider le système immunitaire à davantage reconnaître et détruire les tumeurs, plutôt que d'attaquer la tumeur directement comme une chimiothérapie. Cette idée a pu voir le jour quand le cancer a été repensé différemment, pas du seul point de vue de la tumeur mais comme une maladie de l'environnement tumoral et du système immunitaire ; c'est en cherchant à comprendre comment la tumeur prolifère hors de tout contrôle que la recherche actuelle a pu mettre au point ce type de thérapie. (35)

Les cellules cancéreuses présentent de profonds remaniements génétiques, leur permettant entre autres d'acquérir leurs propriétés malignes. L'un des mécanismes d'intérêt dans la recherche c'est qu'elles vont exprimer à leur surface des antigènes tumoraux qui les distinguent des cellules saines et sont capables d'induire des réactions immunitaires. Néanmoins, au fur et à mesure que la maladie progresse, certains de ces antigènes tumoraux cessent d'être exprimés, leur accordant ainsi la capacité à échapper à la surveillance du système immunitaire.

L'immunothérapie des cancers a pour but de « réveiller » le système immunitaire et de l'éduquer pour qu'il élimine les cellules cancéreuses, via différentes approches : (35), (30)

- Une stimulation globale de la réponse immunitaire : renforcer de façon non spécifique la réponse immunitaire du patient, principalement via l'apport ou la stimulation de production de cytokines.
- Bloquer les signaux tumoraux spécifiques : bloquer des protéines spécifiques à la surface des cellules cancéreuses ou dans leur microenvironnement pour réduire leurs capacités d'interactions et, ainsi diminuer la croissance tumorale.
- Modifier le système immunitaire du patient pour l'armer davantage : le principe est de modifier génétiquement les cellules du système immunitaire du patient,

afin de lui fournir de quoi lutter contre la maladie ; cette idée est une combinaison de thérapie génique et thérapie cellulaire.

- Les vaccins thérapeutiques : le but est de booster le système immunitaire du patient en venant lui présenter directement des composants dérivés des cellules tumorales, afin qu'il prépare une réaction immunitaire efficace contre celles-ci. Ces vaccins sont entièrement personnalisés et adaptés à la tumeur du patient, selon son profil moléculaire.

Maintenant que nous avons passé en revue les différents traitements utilisés en oncologie, nous allons évoquer les diverses voies d'administration possibles de ces traitements et les enjeux impliqués.

C. LES ENJEUX DE LA VOIE D'ADMINISTRATION

Pour les traitements anticancéreux, deux voies d'administration sont très représentées : la voie intraveineuse et la voie orale.

Historiquement la voie IV était la plus utilisée. Et bien que toujours très utilisée, elle tend à diminuer peu à peu au profit des traitements oraux qui se démocratisent. En effet, les traitements IV présentent un aspect psychologiquement contraignant et destructeur associé à un impact majeur sur la qualité de vie pour le patient.

Raison pour laquelle, à l'heure actuelle on observe un inversement de rapport IV/oral en faveur des traitements oraux. Ces derniers représentaient environ 25% des anticancéreux avant 2020, ils seront bientôt majoritaires, avec plus de 50% des traitements anticancéreux actuels.

Les avantages de cette voie d'administration sont nombreux :

- Voie préférée par les patients, car leur permet d'avoir un sentiment d'autonomie vis-à-vis de leur pathologie, sans ce sentiment de dépendance d'un professionnel de santé pour pouvoir avoir le traitement, (36)
- Moins invasive que la voie IV, et n'apportant pas les effets indésirables liés aux injections (douleurs, risques d'infections, etc.), (36)

- La charge mentale, en partie mise à rude épreuve par l'organisation des allées et venues à l'hôpital, est très largement réduite, les rendez-vous médicaux à l'hôpital étant grâce à cela bien moins fréquents, et cela permet de maintenir plus aisément une vie sociale et un travail, réduisant ainsi le sentiment de malade marginalisé, (36)
- La chronicisation du traitement est plus simple à mettre en place et plus facile à faire accepter au patient, pour les cancers qui nécessitent une prise en charge au long cours.

L'utilisation de la voie orale est perçue par la majorité des patients comme moins contraignante, et leur apportant un réel confort de vie.

Bien entendu, cette voie possède son lot d'inconvénients :

- Naïvement, la voie orale a tendance à paraître moins toxique et presque anodine à côté de la version intraveineuse, et pourtant les molécules ne sont pas moins dangereuses ou toxiques pour le patient. Même par voie orale, ces médicaments restent à marge thérapeutique très étroite et les effets toxiques, bien que différents, peuvent se révéler tout aussi graves. (36). Ceci pourrait avoir tendance à réduire la vigilance des patients, tant vis-à-vis de la surveillance des effets indésirables que du suivi rigoureux de leur plan de prise,
- Ensuite, cette galénique permet une administration et un suivi en ville, mais malheureusement, à l'heure actuelle, les professionnels de santé de ville ne sont pas suffisamment formés et informés sur les effets indésirables, les risques, l'accompagnement et bien d'autres aspects spécifiques à ce type de prise en charge. Ainsi la gestion du traitement et de ses effets est plus difficile, potentiellement bien moins efficace, avec une adhésion au traitement plus aléatoire et un véritable risque de non-observance (aux raisons diverses) pouvant atteindre jusqu'à 30% (37), inexistante avec la version intraveineuse.
- De plus, la biodisponibilité de ces médicaments est très facilement variable, selon les aliments consommés avec, la prise d'autres médicaments ou encore une légère infection passagère. (36)

Ainsi, comme nous venons de le montrer, chacune des voies présente à la fois avantages et inconvénients, et bien que la voie orale semble être, de prime abord, d'une simplicité enfantine, il ne faut en aucun cas sous-estimer ses risques et surtout l'importance du rôle des professionnels de santé de ville qui vont encadrer ce traitement.

Le second aspect à prendre en considération est l'arrivée de ces molécules dans les officines. Jusqu'à lors les spécialités injectables étant dépendantes du monopole des PUI, et l'administration se faisant sous surveillance hospitalière, le pharmacien d'officine, et les professionnels de santé de ville n'avaient qu'un rôle limité, cantonné à délivrer les traitements dit de support à ce type de thérapie. Bien que ce rôle d'accompagnement eût déjà son importance afin d'améliorer au mieux la qualité de vie du patient avec les traitements par voie intraveineuse, il devient primordial avec les thérapies par voie orale directement délivrées en ville.

Avec le développement de l'administration orale, le rôle capital d'information, de soutien et d'accompagnement du patient devient inhérent de la première à la dernière délivrance du traitement aux professionnels de ville. Le médecin généraliste jouant un rôle important de coordination avec les autres médecins spécialistes suivant le patient, et le pharmacien étant le professionnel accessible aisément en cas d'interrogations.

Nous pouvons voir ci-dessous une liste non exhaustive de spécialités susceptibles d'être délivrées à l'officine.

Agents cytotoxiques	Thérapies ciblées	Hormonothérapies
ALKERAN® (melphalan)	AFINITOR® (everolimus)	ANANDRON® (nilutamide)
CELLTOP® (etoposide base)	CAPRELSA® (vandetanib)	ANDROCUR® (cyproterone)
CHLORAMINOPHENE® (chlorambucil)	GIOTRIF® (afatinib)	ARIMIDEX® (anastrozole)
ENDOXAN® (cyclophosphamide)	GLIVEC® (imatinib)	AROMASINE® (exemestane)
ESTRACYT® (estrarnustine phosphate disodique)	INLYTA® (axitinib)	CASODEX®/ORMANDYL® (bicalutamide)
FLUDARA® (fludarabine phosphate)	IRESSA® (gefitinib)	DISTILBENE® (diethylstilbestrol)
HYCANTIN® (topotecan)	JAKAVI® (ruxolitinib)	FARESTON® (toremifène citrate)
HYDREA® (hydroxycarbamide)	NEXAVAR® (sorafenib)	FEMARA® (letrozole)
METHOTREXATE® (methotrexate)	SPRYCEL® (dasatinib)	FLUTAMIDE TVC® (flutamide)
MYLERAN® (busulfan)	SUTENT® (sunitinib)	MEGACE® (megestrol acetate)
NATULAN® (procarbazine)	TAFINLAR® (dabrafenib)	NOLVADEX® (tamoxifène citrate)
NAVELBINE® (vinorelbine)	TARCEVA® (erlotinib)	XTANDI® (enzalutarnide)
PURINETHOL® (mercaptapurine)	TASIGNA® (nilotinib)	ZYTIGA® (abiratéronne)
XAGRID® (anagrelide chlorhydrate)	TYVERB® (lapatinib)	
XELODA® (capecitabine)	VOTRIENT® (pazopanib)	
ZAVEDOS® (idarubicine chlorhydrate)	XALKORI® (crizotinib)	
	ZELBORAF® (vemurafenib)	

Liste non exhaustive - Janvier 2015 - Molécules disponibles à l'officine

Figure 7 : « Liste non exhaustive des molécules anticancéreuses disponibles à l'officine ».

Jusqu'ici nous avons rédigé un bref résumé de l'oncologie actuelle, il est maintenant temps de faire un état des lieux non exhaustif du panel d'études liées à notre sujet.

D. CONTEXTUALISATION THÉMATIQUE DES NOTIONS ABORDÉES

Afin d'illustrer l'originalité de ce travail, et de proposer une synergie avec d'autres études sur des thèmes similaires, une suite de courtes synthèses non exhaustive de ces dernières est ainsi exposée. Cette analyse de données de la littérature permet de mieux contextualiser notre étude dans le florilège de travaux déjà réalisés.

1. FRAGILITÉ DU PATIENT CANCÉREUX

Comme nous l'avons évoqué plus tôt, l'annonce d'un cancer résonne chez les patients comme une expérience traumatisante. Ce bouleversement fragilise inéluctablement l'équilibre psychologique du patient. À ce propos, un rapport du journal de l'université de Cambridge, s'est penché sur les implications psychologiques et

psychiatriques d'un cancer sur la vie d'un patient. Il a démontré qu'environ 50% des patients atteints de cancers présentent des troubles psychiatriques, comme une détresse émotionnelle cliniquement significative et au moins 30% d'une détresse émotionnelle liée au cancer. Il semble évident que ces troubles sont directement liés aux impacts du cancer sur la qualité de vie du patient, à ses relations sociales, ainsi qu'aux difficultés de réadaptations. Raisons pour lesquelles, d'après ce rapport, les normes IPOS de qualité des soins contre le cancer, reconnues au niveau international, soulignent que les soins psychosociaux contre le cancer devraient être reconnus comme un droit humain universel, qu'une dimension psychosociale doit être intégrée aux soins oncologiques de routine et que la détresse devrait être mesurée comme le sixième signe vital. Ce travail conclut que l'oncologie psychosociale devrait être reconnue en psychiatrie et intégrée à l'approche globale du cancer. (38)

Dans ce contexte de précarité émotionnelle des patients cancéreux, le rôle de l'environnement familial, social et médico-social apparaît d'autant plus crucial, comme le corrobore un rapport de 2004 qui a analysé l'importance de cet environnement chez des patients atteints de pathologies chroniques. Le diagnostic de pathologie chronique entraîne de forts changements dans la vie du patient, qui vont durablement modifier ses habitudes.

Dans ce cadre, la prise en charge médicale va nécessiter l'intervention de nombreux professionnels, et l'organisation en mosaïque du système de santé français rend très difficile leur coordination.

En outre, l'opacité et le manque de communication entre le patient et les professionnels gravitant autour peuvent avoir des impacts non négligeables sur la prise en charge globale. Tous ces éléments démontrent la nécessité de promouvoir une bonne coordination avec une communication accrue entre les professionnels, et l'intérêt d'envisager un plan « maladies chroniques » donnant des objectifs pour la prise en charge de ces pathologies, qui ont des ressemblances, non pas dans l'expression biologique, mais dans l'expression médico-psychosociale de ces pathologies. (39)

Afin de poursuivre dans cette idée d'individualisation de la prise en charge, on peut également évoquer le concept de consultation d'oncogériatrie. Ces entrevues

permettraient de s'adapter encore davantage aux particularités fonctionnelles, biologiques et sociales de cette population de patients qui requièrent une attention particulière, notamment dans l'appréhension du rapport bénéfices/risques des thérapies mises en place (40).

Une thèse de 2015 en a examiné l'intérêt et a conclu sur les bénéfices indéniables d'une plus grande personnalisation de la prise en charge. Ainsi, encourager une coordination interdisciplinaire pour mieux identifier la situation globale du patient, en prenant en compte son avenir fonctionnel, permettrait de le préserver davantage (40).

2. NOUVEAUX ENJEUX POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS L'ACCOMPAGNEMENT

Compte tenu de l'essor de la voie orale comme mode d'administration des médicaments avec une délivrance officinale, il convient de rappeler certains enjeux inhérents au transfert du patient de la médecine hospitalière vers la médecine de ville. De ce fait, l'observance, devient un enjeu majeur dans le traitement du cancer en France. À ce propos, un travail de 2013 a étudié l'observance des patients sous hormonothérapie, Imatinib et sur quelques anticancéreux per os. Les résultats sont sans appel, il existe un manque d'observance flagrant de ces patients, pouvant atteindre 30% de non-observance. Ce manque d'adhésion peut être extrêmement dommageable dans un traitement où l'on sait que la dose administrée a un rôle capital. Par conséquent il apparaît essentiel de mettre en œuvre de nouvelles mesures pour garantir une observance optimale de chaque patient. (37)

Cet aspect est d'autant plus fondamental que les thérapies ciblées sont en plein essor. Comparativement aux autres thérapies, en analysant leur taux de prescription, leurs avantages et inconvénients, et en dépit de leur coût élevé, il semblerait qu'elles restent une des thérapies les plus prometteuses à l'heure actuelle dans la lutte contre le cancer.

En effet, elles améliorent à la fois la qualité de vie et la survie (bien que parfois de manière peu significative et parfois à l'inverse de manière exponentielle). Néanmoins le nombre de patients pouvant être concerné par ces thérapies est

grandissant, avec un coût par patient particulièrement élevé, qui sera à l'avenir trop lourd pour les collectivités. C'est la raison pour laquelle ces thérapies seront la cause d'une modification profonde de notre système d'accès aux médicaments et à la santé en France. Afin de pérenniser le système, le modèle d'accès au remboursement des soins va devoir évoluer, plusieurs scénarii sont actuellement envisagés. (14)

En parallèle de l'expansion de l'arsenal thérapeutique, le rôle des professionnels de ville prend plus d'ampleur dans la prise en charge de ces pathologies. Assurément le pharmacien est un acteur de premier plan dans la promotion du suivi, du conseil, de la prévention et de l'observance des patients, notamment dans les traitements qu'ils délivrent.

Cet accompagnement requiert de solides connaissances, imposant aux pharmaciens un travail d'actualisation régulier pour délivrer une information étayée, pouvant passer, par exemple, par le biais d'entretiens pharmaceutiques.

Au demeurant, avec le déplacement des patients vers la médecine de ville, cette dernière doit assumer et assurer la qualité de la prise en charge.

Cependant sont-ils équipés pour cela ? Cette question a été abordée dans une thèse de médecine de 2018 (1), qui a analysé le ressenti de la prise en charge globale des patients atteints de cancer par les médecins généralistes ruraux, en menant une enquête auprès de médecins généraliste du département de la Meuse.

La thèse a voulu décrire toutes les étapes de la prise en charge quotidienne et globale des patients cancéreux par leurs médecins généralistes dans un milieu rural, en relevant les difficultés rencontrées, les points positifs déjà existants, et les idées que les médecins eux-mêmes auraient à proposer pour faciliter leurs pratiques dans ce domaine oncologique.

Parmi les points positifs intéressants relevés dans l'étude, on retrouve : un échange pluriprofessionnel départemental aisé, avec une bonne qualité de retours d'informations de la part des spécialistes et une prise en charge hospitalière satisfaisante, ainsi qu'une volonté d'amélioration, passant par de la demande de formation, de la part des médecins généralistes, souhaitant faire mieux pour leurs patients.

En contrepartie, les médecins interrogés ont aussi évoqué des points négatifs, à savoir : une désertification médicale, avec un vieillissement de l'âge moyen des généralistes, un faible développement des réseaux et des outils de communications, un manque de relais dans la phase hospitalière, un manque de reconnaissance et de considération du rôle du généraliste.

Dans la continuité de ce travail, il serait donc intéressant ensuite de visualiser les mêmes points positifs et négatifs, ainsi que les suggestions d'amélioration, des patients cancéreux eux-mêmes, afin de voir si les difficultés ressenties se rejoignent, et si une amélioration commune pourrait en découler. (1)

Ceci reflète bien la volonté des libéraux de s'impliquer pour ces patients, mais ils font face à des difficultés structurelles et organisationnelles majeures. Ainsi de nombreux axes d'amélioration concernant aussi bien des médecins que des pharmaciens ou autres professionnels ont été mis en avant dans une étude de 2020, parmi lesquels nous pouvons citer quelques exemples ayant retenu notre attention : (41)

- Une amélioration de la reconnaissance et de la coordination des professionnels.
- Davantage de connaissances sur les médecines alternatives, qui peuvent s'avérer un support important pour nombre de patients.
- Porter une plus grande attention à l'état nutritionnel des patients cancéreux, et mettre en place de façon plus régulière les CNO (compléments nutritionnels oraux).
- Créer une identification claire du patient au sein de toute l'équipe officinale, ainsi qu'un contact privilégié avec lui.
- Apporter plus de conseils associés à la dispensation d'un médicament anticancéreux à l'officine, et veiller à la conciliation médicamenteuse en étroite relation avec les médecins.
- Et enfin favoriser la formation des pharmaciens (qui devront à leur tour assurer la formation de leurs équipes), en utilisant tous les nouveaux outils disponibles : dossier communiquant en cancérologie, des fiches de bon usage des thérapies cancérologiques de l'OMEDIT, le diplôme universitaire de cancérologie, le Vidal

Campus, ainsi que les conseils de la Société Française de Pharmacie Oncologie (SFPO) et l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS).

Ce flot d'idées d'amélioration est fonction des réponses obtenues par les patients ayant participé à l'étude (41), qui constitue un intéressant point de comparaison sur certains aspects avec le travail que l'on va présenter par la suite.

E. OBJECTIF

Cette thèse a pour ambition de jauger le niveau de satisfaction de la prise en charge globale des patient cancéreux.

Le principe a donc été de les interroger directement pour obtenir leur avis sur la qualité de cette prise en charge et la pertinence de chacun des professionnels de santé impliqués.

Le questionnaire s'attache à l'ensemble des professionnels de santé, néanmoins au cours de notre étude, nous développerons davantage les questions relatives au pharmacien.

III. MATÉRIELS ET MÉTHODES

A. TYPE D'ÉTUDE

Cette étude se rapproche d'une étude dite descriptive transversale. Elle vise, en effet, à identifier les points d'amélioration potentiels et attendus sur la communication d'informations entre le patient cancéreux et son entourage avec le corps médical en charge de sa pathologie, afin d'améliorer la satisfaction de prise en charge, au moment de l'étude sans évaluation de l'évolution de cette dernière dans le temps.

B. SOURCES DE DONNÉES

L'étude a été menée sur une population de patients atteints de cancers, suivant un traitement médicamenteux. Un questionnaire en version papier a été distribué dans huit pharmacies du Tarn, de la Haute-Garonne, du Gers, de la Haute-Savoie et de la région parisienne. Ces officines ont été choisies pour offrir un maximum de représentativité avec des officines de ville, rurales et semi-rurales. Le recueil de données s'est fait de février 2021 à mai 2022, en main propre soit au comptoir soit au cours d'un entretien cancérologie à l'officine.

C. PRÉSENTATION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été découpé en quatre parties.

Partie 1 : Informations générales

Dans cette première partie, l'objectif a été de recueillir quelques données socio-démographiques sur les patients qui ont accepté de répondre à ce questionnaire, celui-ci étant anonyme.

Les informations relevées étaient le sexe, l'âge, leur profession ainsi que sur leur entourage personnel.

Partie 2 : Connaissances

Ici l'attention s'est portée sur l'auto-évaluation de la perception des patients quant aux connaissances relatives à la pathologie qui les touche, aux traitements qu'ils prennent, mais également d'identifier le professionnel à l'origine de ces informations.

Le but était de savoir si le patient se considère bien informé par les professionnels qui le prennent en charge. Ensuite de voir si une corrélation peut exister entre l'information perçue par le patient et son jugement subjectif de la qualité de sa prise en charge.

Partie 3 : Traitements

La troisième partie a évalué l'observance des patients, d'une part en recensant les potentiels oublis de prises, et d'autre part en tentant d'identifier les hypothétiques raisons de ce manque d'observance.

L'intérêt est d'identifier les problèmes d'observances et d'en expliquer les causes, afin de proposer des solutions plus adaptées à chaque patient.

Partie 4 : Prise en charge

Cette dernière partie a tenté d'estimer si les patients comprenaient les enjeux pluriprofessionnels de leur prise en charge, le rôle de chacun des professionnels qui les entouraient et les accompagnaient.

Pour conclure, savoir s'ils sont satisfaits, subjectivement parlant, des professionnels et de leur prise en charge globale. Et aussi analyser le ressenti intrinsèque des patients, leur rapport à leur prise en charge et l'impact de cette dernière sur leur qualité de vie.

IV. RÉSULTATS

A. PARTIE 1 : INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

Sur l'ensemble des résultats obtenus, la répartition géographique des résultats se dessine ainsi :

- 53 % sont issus de la Haute-Garonne (31),
- 22 % proviennent du Gers (32),
- 16 % arrivent du Tarn (81)
- 3 % de Haute-Savoie (74)
- 3 % des Hauts-de-Seine (92),
- 3 % de Paris (75)

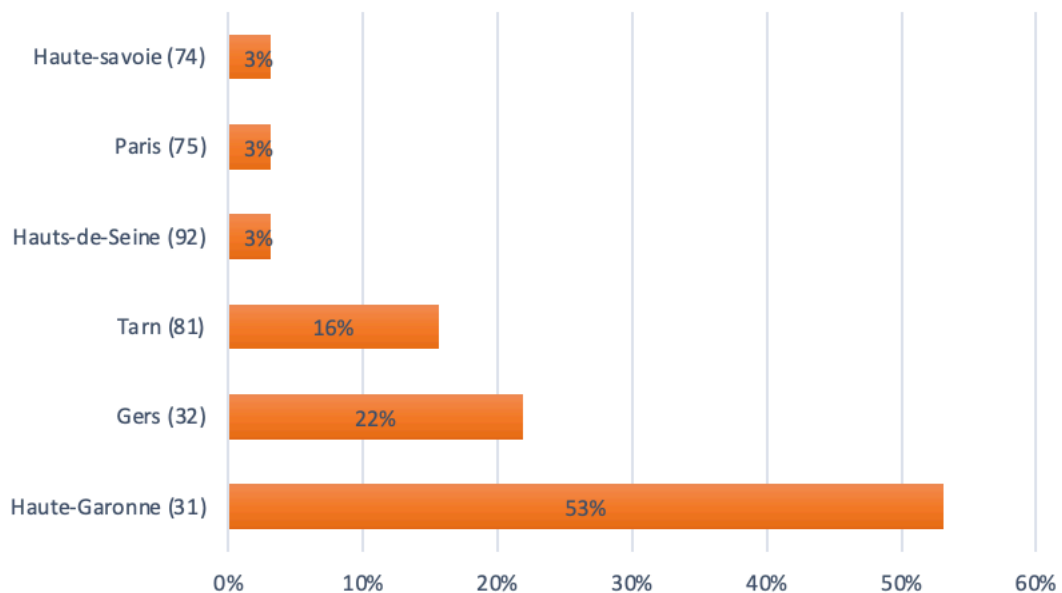


Figure 8 : Départements d'où sont issues les réponses

2. RÉPARTITION SELON LE SEXE ET L'ÂGE

La répartition des réponses à l'enquête entre femmes et hommes est de 72 % de femmes pour 28 % d'hommes.

La moyenne d'âge des réponses obtenues est de 64 ans +/- 11 ans, distribué ainsi :

- 0 % ont moins de 40 ans,
- 9 % ont entre 40 et 49 ans,
- 28 % ont entre 50 et 59 ans,
- 31 % ont entre 60 et 69 ans,
- 25 % ont entre 70 et 79 ans,
- 6 % ont 80 ans et plus.

Le plus jeune âge est 45 ans et le plus avancé est 89 ans.

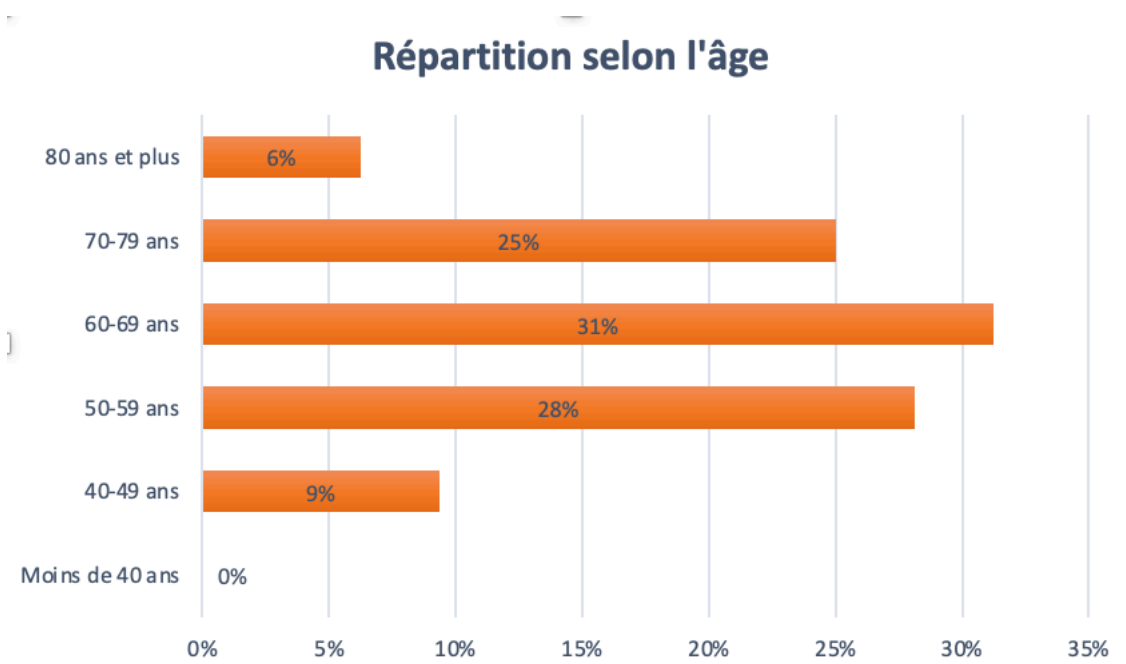


Figure 9 : « Veuillez-indiquer votre âge »

3. RÉPARTITION SELON LA PROFESSION

Les interrogés ont indiqué quelle était leur profession au moment où ils ont rempli le questionnaire :

- 38 % étaient retraités,

- 16 % faisaient partie du secteur privé,
- 13 % travaillaient dans la santé ou le social,
- 9 % exerçaient au sein de la fonction publique,
- 9 % appartenaient au corps de l'artisanat,
- 6 % travaillaient dans le secteur de la comptabilité et finance,
- 6 % se trouvaient au chômage ou en invalidité,
- 3 % avaient une activité dans l'agriculture.

Catégories socio-professionnelles de l'échantillon

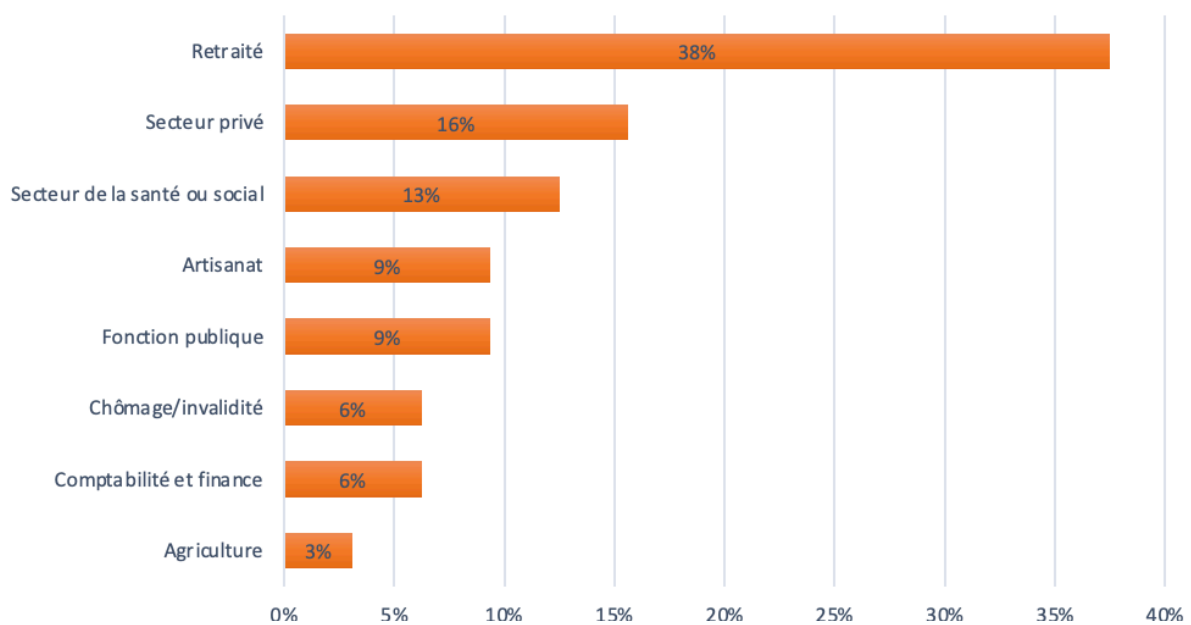


Figure 10 : « Veuillez indiquer votre profession »

4. ACCOMPAGNANTS

75 % des personnes interrogées sont accompagnées par un proche tout au long du parcours et des épreuves que le cancer a pu leur imposer.

LE PATIENT CANCÉREUX EST-IL ACCOMPAGNÉ AU QUOTIDIEN ?

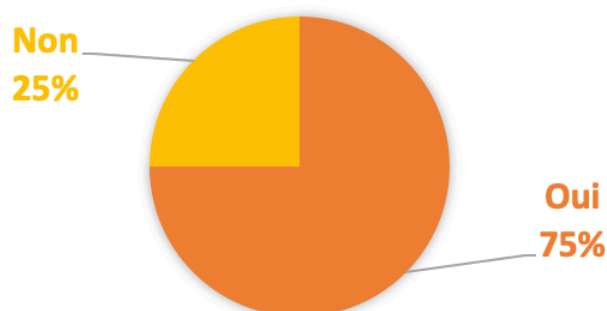


Figure 11 : « Êtes-vous accompagné et secondé au quotidien par un proche ? »

Ensuite il a été demandé de préciser qui était le proche qui a épaulé :

- Pour 74 % c'était son époux/épouse,
- Pour 9 % c'était son concubin/concubine,
- Pour 9 % c'était sa famille de manière générale,
- Pour 9 % c'était sa fille.

B. PARTIE 2 : LES CONNAISSANCES

Le but de cette partie du questionnaire est d'évaluer le niveau intrinsèque de connaissance des patients.

D'après les réponses relevées, 97 % des patients considèrent comprendre leur pathologie. De plus 84 % des patients estiment avoir reçu des informations claires et compréhensibles sur la pathologie qui leur a été diagnostiquée.

De surcroît, 94 % des patients pensent comprendre les enjeux et finalités de leurs traitements, et 75 % jugent connaître les effets de leurs traitements.

Pour les patients ayant précisé qu'ils ne considèrent pas connaître les effets de leurs traitements, ils ont complété leurs réponses en exprimant pourquoi ce n'était pas le cas selon eux :

- « Chaque personne est différente donc les effets peuvent varier aussi »,

- « On m'a juste dit de le prendre point barre »,
- Manque d'explications,
- « Suivi à la clinique Pasteur par un docteur qui n'explique rien, il a fallu que j'aille au CHU de Rangueil voir un autre docteur pour avoir des explications claires... »

Ensuite il a été demandé aux participants d'indiquer s'ils croyaient avoir reçu des informations intelligibles sur :

- L'importance de leur traitement : à 97 % oui ils le pensaient,
- Les potentiels effets indésirables : à 75 % oui c'était le cas,
- La gestion de ces possibles effets indésirables : à 44 % oui ils considéraient les avoir eus.

Les patients ont-ils reçu des informations sur l'importance du traitement, les effets indésirables et la gestion des EI ?

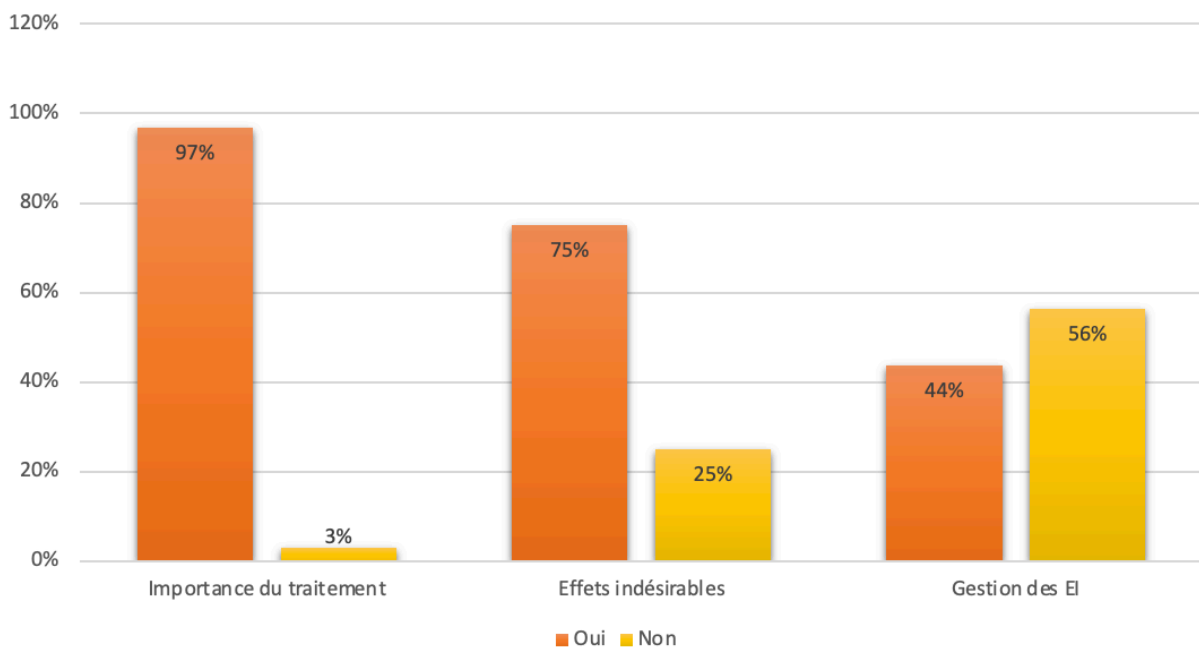


Figure 12 : « Pensez-vous avoir eu une information claire et compréhensible ? »

Pour ceux ayant répondu qu'ils avaient effectivement reçu ces informations, ils ont spécifié qui leur avait fourni :

- 57 % de ces informations venaient du médecin,

- 26 % étaient issues du pharmacien,
- 10 % d'internet,
- 5 % les avaient reçus de la part d'un infirmier,
- Et 2 % ont indiqué la proposition *autre* sans spécifier.

Sources des connaissances des patients

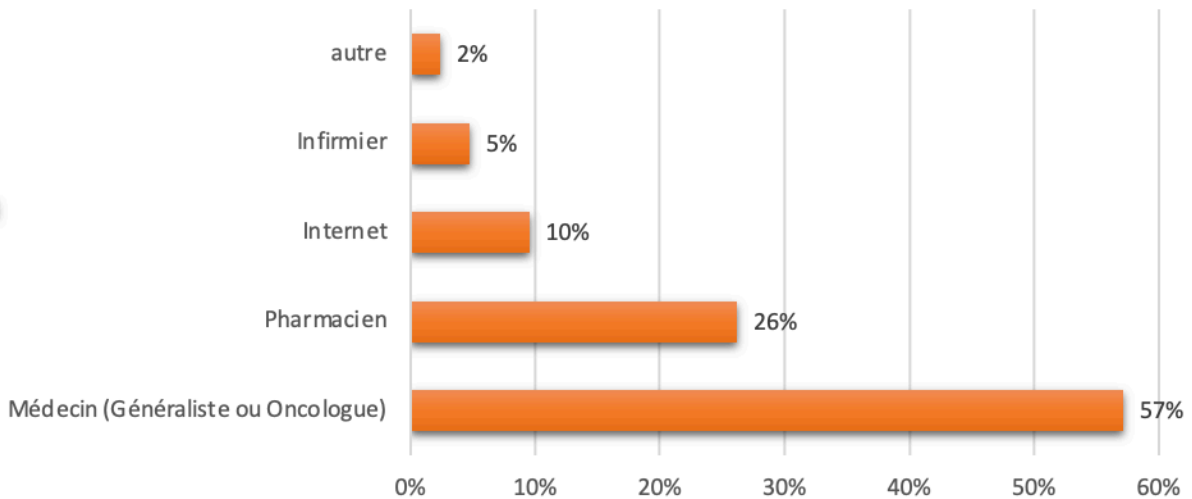


Figure 13 : « D'où tenez-vous ces informations ? »

C. PARTIE 3 : LES TRAITEMENTS

Cette partie sert à analyser la gestion du traitement par les patients, afin d'identifier parmi d'autres les potentielles sources d'inobservance.

En premier lieu, 88 % des patients ayant répondu au sondage soulignent avoir déjà eu des effets indésirables à la suite de la prise de leur traitement oncologique.

PROPORTION DE PATIENTS AYANT EU DES EI

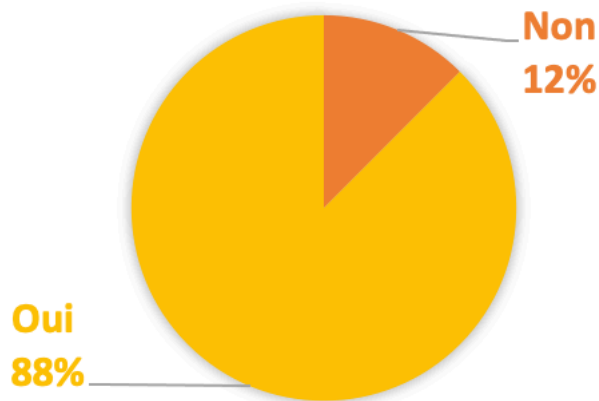


Figure 14 : « Avez-vous déjà eu des effets secondaires dus à votre traitement ? »

En outre, 31 % de ces derniers admettent avoir déjà sauté une prise, et dans 30 % des cas de figure cette omission était volontaire. Dans 20 % des situations volontaires, c'était dû aux effets du médicaments, et dans 7 % c'était également ou seulement lié au schéma de prise complexe du traitement.

PROPORTION D'OUBLI VOLONTAIRE ET INVOLONTAIRE

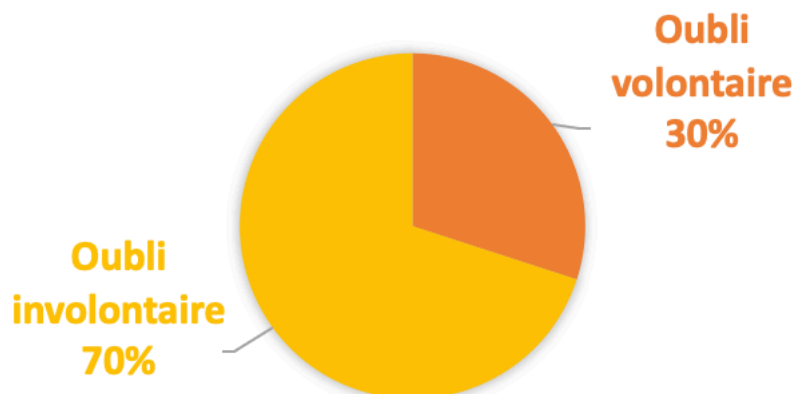


Figure 15 : « Était-ce un oubli volontaire ou involontaire ? »

Pour clôturer cette partie, 81 % des patients ont affirmé aller eux-mêmes chercher régulièrement leurs traitements à la pharmacie.

D. PARTIE 4 : PRISE EN CHARGE

Cette dernière phase du questionnaire sert à appréhender le ressenti global du patient sur sa prise en charge.

Pour commencer, 66 % des patients estiment comprendre le rôle de chacun des professionnels de santé gravitant autour d'eux.

Ensuite ils ont énoncé quel était, selon eux, le ou les professionnel(s) de santé qui possédait(ent) un rôle central dans leur prise en charge :

- À 50 % c'est le médecin spécialiste qui a été mentionné,
- À 35 % c'est le médecin généraliste,
- À 8 % c'est le pharmacien,
- À 8 % c'est l'infirmier qui a été cité.

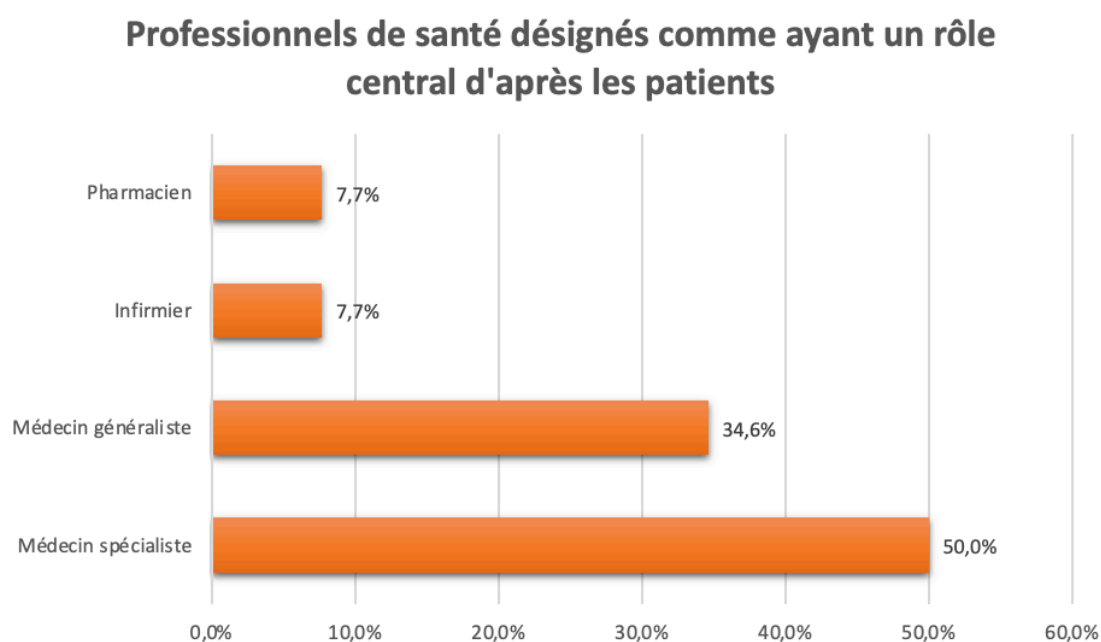


Figure 16 : « Quel professionnel de santé a, selon vous, un rôle central dans votre prise en charge ? »

À la suite de cela, certains des patients ont clarifié ce qui les a poussés à choisir ce ou ces professionnels de santé précisément comme ayant ce rôle central :

Professionnel(s) cités comme ayant le rôle central	Explications associées
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste, ● Pharmacien. 	« Tous m'ont bien expliqué, le généraliste un peu moins car débordé de travail, du reste je savais déjà tout par les autres ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste. 	« Le plus présent ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste. 	« Le plus présent ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste, ● Médecin généraliste. 	« Plus présents que les autres ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste. 	« Il est le seul à m'avoir renseigné globalement sur tout le traitement ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste. 	« Vu plus régulièrement que les autres ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin généraliste, ● Infirmières. 	« Attentionnés et prennent le temps d'expliquer ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste. 	« Ce médecin me suit de façon plus personnalisée pour cette pathologie ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste. 	« C'est lui qui décide des traitements ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste. 	« C'est lui qui devait prendre en charge l'accompagnement ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste. 	« C'est lui qui gère mes séances de rayons ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste, ● Médecin généraliste. 	<p>« Le médecin spécialiste car il fait le déclaratif CPAM de l'ALD, et j'ai demandé systématiquement qu'il soit mis en pièce jointe pour l'ensemble des suivis, compte-rendu, résultats.</p> <p>Et le médecin généraliste pour toutes les prescriptions annexes qu'il a pu oublier (masque, kiné, prothèse, etc.) ».</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste. 	« Parce que le traitement est très spécifique pour le cancer de la thyroïde (iode 131) donc pour le suivi et le traitement c'est seulement le spécialiste que je vois ».
<ul style="list-style-type: none"> ● Médecin spécialiste 	« C'est le spécialiste qui définit le traitement et en fixe la durée ».

• Médecin spécialiste	« C'est celui que l'on voit le plus pour le suivi ».
• Médecin spécialiste	« À l'origine du traitement et du suivi ».
• Médecin généraliste	« Relation de confiance, analyse et approche du médecin traitant qui me correspond davantage ».
• Médecin généraliste	« C'est le coordonnateur ».
• Médecin généraliste	« Il devrait centraliser le problème ».

Tableau 5 : « Quel professionnel a eu un rôle central dans votre prise en charge et pourquoi ? »

Dans la continuité de la question précédente, les patients ont eu l'opportunité d'exprimer leur satisfaction, ou non, de chacun des professionnels de santé étant intervenus dans leur prise en charge :

- 84 % des patients sont satisfaits de leur médecin spécialiste,
- 72 % des patients sont contents de leur médecin généraliste,
- 84 % des patients sont satisfaits de leur pharmacien,

Satisfaction des patient selon le professionnel de santé concerné

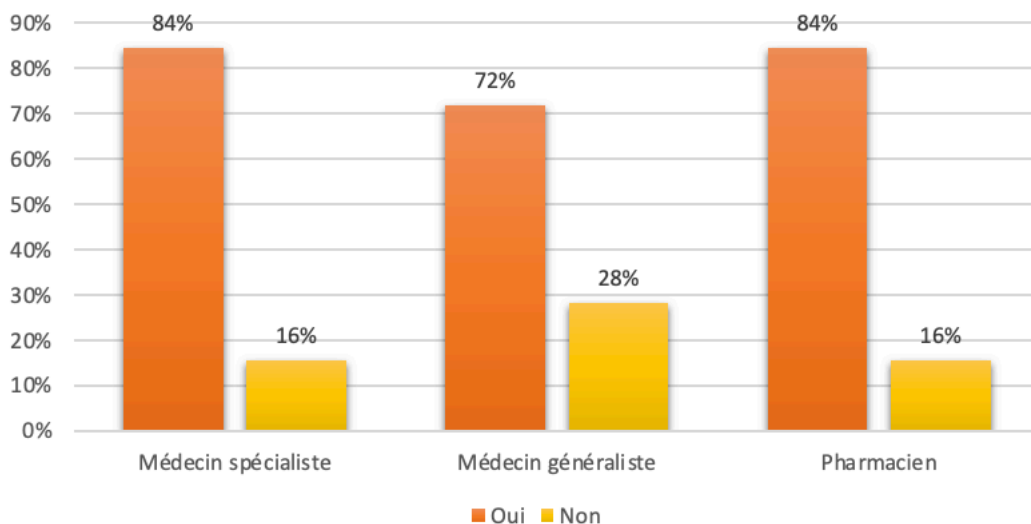


Figure 17 : « Êtes-vous satisfait de chacun des professionnels ayant participé à votre prise en charge ? »

Pour synthétiser, 72 % estiment que l'intégralité de leur prise en charge répondait à leurs attentes et besoins.

Pour terminer ce questionnaire, il a été laissé aux patients l'opportunité d'énoncer via deux questions ouvertes leurs avis et remarques.

La première de ces questions vise à identifier les attentes des patients vis-à-vis de leur pharmacien pour perfectionner leur accompagnement par ce dernier.

La liste des suggestions qui nous ont été soumises peut s'organiser autour de plusieurs thèmes présentés ci-dessous.

- **Des conseils, principalement sur les effets indésirables et contre-indications :**
 - *Prise en charge et conseils sur les effets indésirables,*
 - *Prise en charge des effets indésirables,*
 - *Conseils sur les effets indésirables (j'ai eu beaucoup de nausées au début du traitement et aucun conseil ne m'a été donné dessus),*
 - *Conseils,*
 - *Des conseils,*
 - *Plus de conseils, principalement sur la prise en charge des effets indésirables. Sur ma 2^{ème} chimio je les ai trouvés difficilement supportables dès le début, pour être honnête je me sentais malade avant même d'y aller.*
 - *Qu'il puisse être garant des échéances du traitement (renouvellement),*
 - *Une ré-explication du traitement et des potentiels effets indésirables,*
 - *Je suis entièrement satisfaite et ravie de ma prise en charge et des explications en tout et surtout sur les médicaments après,*
 - *S'assurer qu'il n'y ait pas d'éventuelles incompatibilités dans le traitement,*
 - *Services et conseils,*
 - *Des réponses,*
 - *Qu'il continue de répondre à mes questions, comme c'est le cas actuellement,*

- *Conseils lors de prise de médicaments (difficulté à avaler donc conseils),*
- *Qu'il me conseille et m'informe des effets secondaires et gère l'interaction avec d'autres médicaments ».*

- **Une démarche moins commerciale**
 - *Les échantillons c'est bien mais c'est les explications et conseils c'est mieux,*
 - *Le plus important, à mon sens, c'est la connaissance de tout ce qui peut être prescrit et donc pris en charge, je regrette le commerce qui est fait autour de la maladie. De vrais conseils de professionnels, savoir dire au patient si avec une prescription ce produit est pris en charge, une vraie connaissance des produits d'accompagnement, et sur l'homéopathie.*
 - *J'attends que les pharmaciens soient moins dans une démarche commerciale.*

- **Un accompagnement global sur la pathologie avec empathie et compréhension**
 - *Un accompagnement plus suivi, et une meilleure transmission des informations,*
 - *Un accompagnement sur les effets indésirables et un accompagnement psychologique,*
 - *Apporter des réponses aux interrogations qui peuvent se poser au fur et à mesure du traitement, être présent et à l'écoute entre les rendez-vous avec l'oncologue qui peuvent être assez espacés parfois,*
 - *De la compréhension de ma situation,*
 - *Qu'il soit disponible pour répondre aux questions posées par rapport aux traitements ou à la façon de les prendre,*
 - *Qu'il m'explique la prise de mes médicaments,*
 - *Il est important qu'il échange sur la maladie grâce à la délivrance du médicament ainsi que notre état global,*
 - *Je suis obligée d'aller à Tarbes, à la clinique, tous les mois pour récupérer le cachet de Tagrisso, pourquoi je ne peux pas le récupérer dans ma pharmacie*

habituelle ? Depuis peu de temps je prends un comprimé de Tagrisso 80mg, j'ai arrêté la chimio, si je supporte ce comprimé je ne ferai pas les rayons qui étaient prévus, et je n'aurai plus à faire les trajets qui sont très fatigants, si le traitement fonctionne ça sera une grande délivrance.

- **Des patients qui sous-estiment le rôle potentiel du pharmacien dans la prise en charge oncologique**
 - *Je n'avais pas pensé à venir voir mon pharmacien pour avoir des informations sur cette maladie,*
 - *J'attends de la discrétion et le secret professionnel. Ne pas dire devant tout le monde l'effet concernant la maladie, et surtout ne pas remettre en question le dosage des traitements prescrits par les médecins, spécialistes ou généralistes.*
- **Des patients satisfaits de leur pharmacien**
 - *Je suis très content de mes pharmaciennes.*

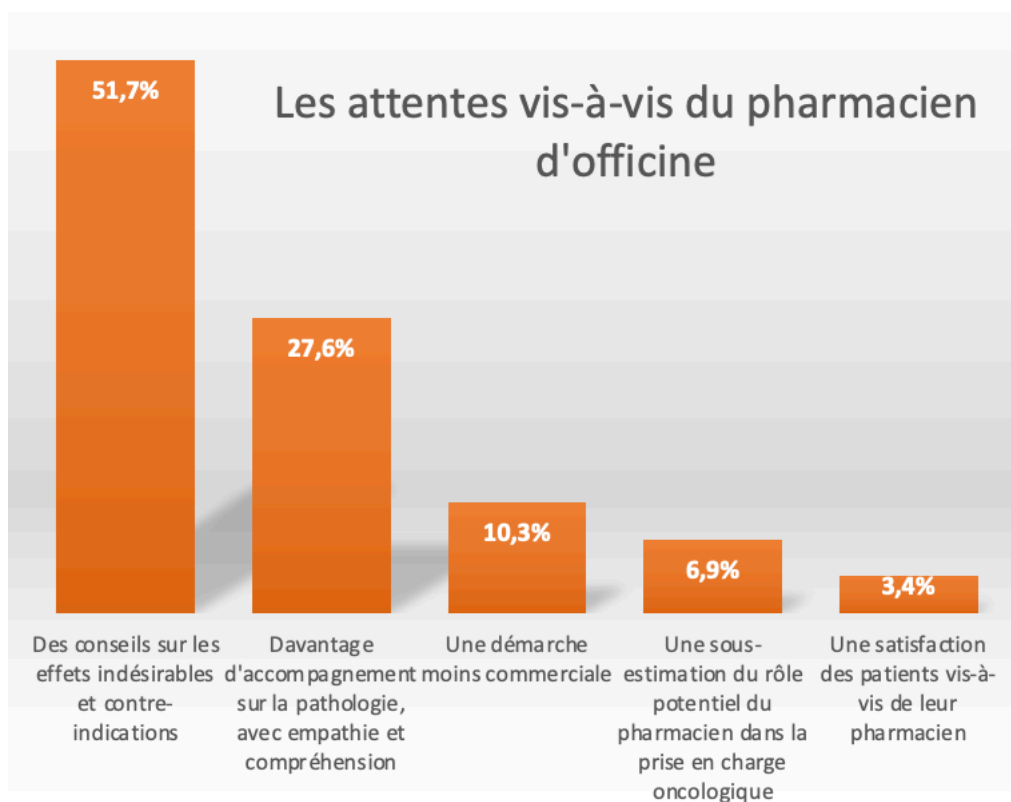


Figure 18 : Les attentes vis-à-vis du pharmacien d'officine

La deuxième question sert à analyser leur satisfaction de la globalité de leur prise en charge. Les suggestions qui nous ont été soumises ont été regroupées autour de plusieurs thèmes présentés ci-dessous.

- **Des patients dans l'ensemble satisfaits**

- *Heureusement j'ai un médecin traitant qui est à l'écoute et me conseille, des infirmières qui me soutiennent, des pharmaciennes qui sourient et prennent le temps de me conseiller,*
- *La jeunesse des professionnels de santé a aidé,*
- *J'ai eu de la chance d'être parfaitement prise en charge par tous les professionnels depuis mon radiologue qui a détecté la tumeur, mon généraliste qui m'a conseillé sur les professionnels qui allaient me s'occuper de moi, et ces derniers qui se sont montrés profondément humains et compétents,*
- *Je trouve que le suivi de ma maladie a été convenablement pris en charge par tous les professionnels médicaux et je les remercie,*
- *Dans l'ensemble : bonne,*
- *J'estime que ma prise en charge est satisfaisante dans sa globalité puisque je suis une personne curieuse et qui ose poser des questions, concernant les effets indésirables potentiels des traitements, quand je ne savais pas je n'ai pas hésité à demander à mon médecin traitant pour savoir. Seule condition : il faut une écoute et un échange.*

- **Un manque de transmission d'information clairement dénoncé, principalement de la part des médecins spécialistes et un lien ville-hôpital désastreux mis en évidence**

- *Oncopôle ne pouvait plus me suivre, donc ils ont confié mon dossier au généraliste, je me suis sentie seule et abandonnée*
- *Très mécontent du spécialiste qui n'a aucune compassion ni aucun soutien pour les patients,*

- *L'oncologue délègue sans en informer le patient. Aucune gestion des effets indésirables qui ne sont pas agréables.*
- *La nécessité de voir au-delà du seul traitement, un manque d'information flagrant sur possible prise en charge de soins de support et une méconnaissance de ces soins de supports :*
 - *Manque d'information de la part des professionnels de santé sur les prothèses capillaires, leurs prises en charge, on vous donne juste des catalogues... Besoin d'explications plus claires et de rendez-vous avec des personnes formées,*
 - *Aider les patients à avoir une meilleure estime de soi, car à travers tout ce parcours, la féminité en prend un sacré coup (quand on vous tond par exemple...), il faudrait donner des conseils pour le soin des prothèses mammaires et où trouver de la lingerie adéquate,*
 - *Ne pas laisser les gens seuls d'un coup une fois que le traitement principal est terminé et qu'ils sont en rémission, car on ressent un grand vide et on est complètement perdu, assurer un suivi psychologique afin de s'assurer que le patient va arriver à reprendre le goût de la vie et qu'il va arriver à refaire partie du monde après en avoir été coupé et exclu,*
 - *Besoin d'une vraie équipe pluridisciplinaire : dermato, angio, allergologue, ORL, kiné, ophtalmo, gastro, gynéco, infirmières, psychologue, podologue, VSL pour encadrer,*
 - *Besoin d'un accompagnement socio-esthétique, avec au besoin aussi réflexologue, sophrologue, naturopathe, diététicienne,*
- *Manque d'explications sur le nouveau traitement et ses enjeux, sans doute car c'était une rechute. Lors de mon premier cycle de reprise, on m'a dit qu'il n'y avait du retard dans les rendez-vous de chimio de l'hôpital à cause du jour férié, et que par conséquent on n'avait pas le temps de m'administrer le premier médicament prescrit (le bevacizumab, qu'il faut injecter 1h avant les autres), sans m'expliquer si cela allait avoir une conséquence sur le traitement, si cela réduisait les chances de réussite du cycle, ou même si l'oncologue était au courant ou d'accord avec cette décision.*

SATISFACTION DES PATIENTS SUR LA GLOBALITÉ DE LEUR PRISE EN CHARGE

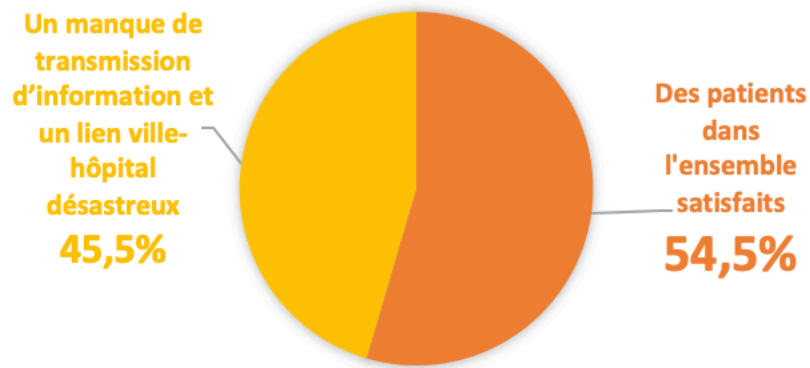


Figure 19 : Satisfaction globale des patients sur la prise en charge

V. DISCUSSION

A. REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON

Pour débiter l'analyse de nos résultats, nous allons brièvement nous pencher sur la représentativité de l'échantillon par rapport à la population cible.

Dans un premier temps, la répartition selon le sexe des résultats obtenus penche largement du côté des femmes, or la proportion de cancers chez les hommes et chez les femmes en France est similaire (même un peu plus d'hommes touchés par des cancers que des femmes) (42). Ceci est un facteur qui joue en la défaveur de la représentativité de l'échantillon. Cependant plusieurs éléments peuvent expliquer cette constatation :

- Tout d'abord le cancer le plus fréquent chez l'homme est le cancer de la prostate et c'est un cancer qui se traite majoritairement par chirurgie, radio et chimiothérapie, sans forcément beaucoup de traitement de support, donc ces hommes-là ne viendront pas régulièrement à l'officine. Alors que le cancer le plus fréquent chez la femme est le cancer du sein, et l'une des thérapies courantes (surtout pour la rémission) est l'hormonothérapie, traitement obligeant les femmes à venir chercher leur traitement chaque mois pendant plusieurs années à la pharmacie. Donc lors de la recherche de patients cibles pouvant participer à l'enquête, les femmes sous hormonothérapies étaient les plus nombreuses et accessibles.
- De plus, l'hormonothérapie des femmes est très souvent due à des rémissions, donc elles vont être plus ouvertes à la discussion sur le cancer qu'une personne condamnée.
- Enfin, il a été plus facile d'obtenir la participation volontaire des femmes que celle des hommes, la grande majorité des questionnaires qui n'a pas été retournée était ceux d'hommes.

Dans un second temps, l'âge moyen des participants au questionnaire est de 64 +/- 11 ans, cette moyenne est proche de l'âge médian de découverte de cancer en

France (67 ans chez la femme et 68 ans chez l'homme) (43). La moyenne d'âge des résultats semble donc bien correspondre à la population cible du questionnaire.

Certaines femmes jeunes font en réalité baisser cette moyenne et la faussent légèrement, expliquant également l'écart-type conséquent.

B. CONNAISSANCES DES PATIENTS SUR LA PATHOLOGIE ET LEUR TRAITEMENT : MARQUEURS DE QUALITÉ, PROBLÈMES RELEVÉS ET SUGGESTIONS

Premièrement, à propos de l'évaluation du niveau de connaissance des patients, 97 % estiment qu'ils comprennent bien leur pathologie.

Il serait nécessaire de toujours s'assurer que le patient comprend la pathologie pour laquelle on le traite, ne jamais laisser un patient dans l'incompréhension, risquant ainsi de renforcer un sentiment d'impuissance vis-à-vis de cette pathologie, car on craint davantage ce qu'on ne connaît pas. De plus, des explications claires et intelligibles participent à instaurer un climat de confiance dans la relation patient/professionnel de santé. Une thèse a même montré qu'il a une meilleure observance des traitements lorsque la relation patient/médecin est bonne (44). Une adhésion ainsi bonifiée améliore la qualité de prise en charge du patient.

Néanmoins seuls 84 % affirment avoir reçu des informations claires dessus. Les patients soutenant ne pas avoir reçu des informations claires et compréhensibles sur le cancer, mais avançant qu'ils ont une bonne connaissance de ce dernier ont nécessairement dû se renseigner autrement.

De nos jours, les patients ont un accès facile à un flot d'informations sur internet, d'ailleurs 10 % des patients interrogés ont attesté y avoir eu recours. Il est donc légitime de remettre en question les sources potentielles, et la qualité des informations qui en est issue, pouvant avoir un impact délétère sur la mise en place et le suivi du traitement.

Ce pourcentage incarne la métamorphose de la relation patient/professionnel de santé actuelle, avec une perte du côté paternaliste tout puissant et horizontalisation de la relation. (45)

Ainsi, une nouvelle attribution des professionnels de santé pourrait être de fournir aux patients des sources fiables auprès desquelles se renseigner, en plus d'assurer leur rôle d'information dans le cadre d'une relation patient-professionnel de santé optimale.

Ensuite, de nos résultats, il ressort clairement que la quasi-totalité des patients certifie comprendre leur pathologie, les enjeux et l'importance de leurs traitements.

Indubitablement, la plupart des patients a assimilé le caractère impérieux accompagnant la prise d'un traitement anti-tumoral. Cette observation laisserait ainsi croire que l'adhésion au traitement de ces mêmes patients devraient être, à minima convenable, et au mieux irréprochable. Or le constat sur l'observance est loin d'être aussi utopique et engageant, notamment sur les traitements d'hormonothérapie (46).

Notion importante à relever : certains patients interrogés ont bénéficié « d'entretien oncologique à l'officine » mis en place au moment du stage de dernière année de pharmacie, ceux-là nomment bien entendu leurs pharmaciens comme source, ce qui augmente le taux de réponses en faveur des pharmaciens et diminue celui du manque d'information, qui sans cela pourrait s'approcher dangereusement des 100 %.

Par contre, un quart des sondés ne connaît pas les effets du traitement, un quart confie ne pas avoir eu d'informations claires sur les potentiels effets secondaires et plus de la moitié n'a pas reçu d'informations sur la gestion de ces effets indésirables. Ici un enjeu de santé se dessine.

Devant ce bilan, il est nécessaire de se remettre en question et de s'interroger.

Le sentiment de défaut d'information relatif aux effets indésirables éprouvé par les patients doit être perçu comme un signal d'alarme pour tous les professionnels de santé participant à l'éducation et l'information du public.

Ce manquement déconcertant d'information va avoir un impact néfaste sur la qualité de la prise en charge du patient. Justement, d'après notre enquête, 10 % des interrogés ont confessé avoir déjà volontairement sauté des prises de médicament, ce qui peut être particulièrement dommageable en oncologie. En effet, pour un certain nombre de molécules, l'efficacité est intrinsèquement liée à la dose. La non-observance en oncologie s'accompagne d'une diminution de la qualité de vie, d'une augmentation de la probabilité de pharmacorésistance, prolonge les durées d'hospitalisation et augmente la quantité de soins aigus (47).

Il semble donc légitime de se poser quelques questions : serait-ce à cause des effets indésirables ? Et si ces patients avaient été davantage averti sur ces effets et s'ils avaient reçu des propositions pour en faciliter la gestion, auraient-ils quand même sauté ces prises ?

Il est indiscutablement inquiétant que les patients ne reçoivent pas une information loyale à propos de tous les effets des traitements qu'ils doivent prendre. Comme l'attestent nos résultats, cette carence d'information tend à décourager le patient à être observant avec son traitement, et a, selon toute vraisemblance, des conséquences considérables sur la qualité des soins.

D'ailleurs, confirmant les inquiétudes précédentes, une des requêtes libres la plus fréquemment formulée par les patients de notre enquête à destination de leur pharmacien c'est d'avoir davantage de conseils sur les effets indésirables et leur prise en charge.

Cependant, bien qu'un défaut d'information soit clairement établi au travers des résultats, ces derniers mettent également en lumière un autre point qui participe plausiblement au manque de connaissance des patients sur leur traitement : 20 % ne vont pas eux-mêmes chercher leur traitement à la pharmacie. Si on s'attarde davantage sur cette portion de l'échantillon : parmi ces 20 %, près de 2/3 d'entre eux se considèrent ouvertement mal renseignés sur les effets indésirables et leur gestion, alors que dans l'échantillon des patients allant chercher eux-mêmes leur traitement, les trois quarts s'estiment bien informés.

Ainsi, selon qui y va à leur place, et son niveau de renseignements sur le patient et sa pathologie, même si le pharmacien délivre convenablement les conseils, ils ne

seront éventuellement pas conformément retransmis au patient. D'après ces observations, cela établit qu'un patient prenant un médicament d'oncologie peut suivre tout son traitement sans jamais voir son pharmacien, donc ne jamais obtenir d'informations et de conseils de ce dernier, ce constat pointe une faille dans la prise en charge.

Pour parachever cette investigation sur les connaissances des patients, ces derniers ont déclaré qui leur avait fourni ces informations : pour plus de la moitié des patients ce sont les médecins, pour un quart seulement ce sont les pharmaciens, et on dénombre 10 % qui ont dû utiliser internet comme mentionné plus haut. Le manque d'information serait donc dû principalement à ces deux professions centrales dans la prise en charge des patients.

Le médecin est celui qui a la main sur les prescriptions, autant sur les médicaments d'oncologie que sur les traitements dits de support, et a l'occasion de voir régulièrement le patient au cours de consultations personnelles.

Le pharmacien quant à lui doit faire face à un défaut d'informations sur le traitement global du patient, et bien que lui aussi suit périodiquement ses patients, l'entrevue est bien moins confidentielle.

Il serait intéressant en premier lieu de tenter de comprendre pourquoi ils ne fournissent pas davantage d'informations aux patients et quels sont les freins dans la communication.

- Est-ce par manque de temps ? La difficulté pour avoir un rendez-vous avec son médecin, le temps imparti par consultation pour tenir le planning quotidien, sont des problèmes connus de tous. Parallèlement, le surplus de travail dans une pharmacie est connu, encore plus depuis la crise sanitaire, et encore une fois, démontre son côté asphyxiant pour les pharmaciens, et délétère pour la prise en charge des patients.
- Cela pourrait-il être imputable à un manque de connaissances et compétence des médecins et pharmaciens ? Dans une étude de 2018, les $\frac{3}{4}$ des pharmaciens ne se sentaient pas assez formés à la délivrance et au suivi de patients atteints de MICI. (48) En serait-il de même pour les médicaments d'oncologie ? L'oncologie est un domaine complexe, en évolution constante,

avec un panel de stratégie thérapeutique et de molécules très étendu. Pour assurer une prise en charge qualitative, les professionnels de santé de ville doivent se former régulièrement afin de rester à jour. (36) (1) Or pour être prêt à se former constamment, il est impératif d'être investi et justement les pharmaciens semblent manquer d'implication dans cette spécialité particulièrement.

- Une autre possibilité serait une incompréhension mutuelle dans la communication, dont plusieurs éléments pourraient être les acteurs.
 - En premier lieu, une utilisation abusive d'un jargon médical. Une thèse de médecine a étudié son impact. Sa conclusion est que les conséquences sont variables en fonction de la gravité du diagnostic et bien sûr de l'importance que le patient peut accorder à sa santé, et que dans tous les cas il faut s'adapter au patient que l'on a face à soi. (49)
 - Il se peut aussi que le moment choisi par le professionnel de santé pour évoquer certaines informations ne soit pas adéquat.
 - Ou encore que le moyen de transmission ne soit pas suffisamment efficient : si tous les professionnels ont recouru seulement à la parole, sachant qu'on ne retient qu'un petit pourcentage de ce que l'on entend, il est logique qu'une fois chez lui, le patient ait du mal à se souvenir de toutes les informations transmises.

De tous ces constats, il serait intéressant de faire émerger de nouvelles idées pour tenter d'améliorer les connaissances des patients sur leur traitement.

Tout d'abord, pourquoi ne pas songer à un travail de coopération plus étroit, avec une redéfinition des rôles de chacun des professionnels de santé gravitant autour de l'oncologie, en amont du début de la prise en charge.

Dans ce domaine, il existe des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) réalisées en général au sein des établissements de santé et il pourrait être intéressant d'en ouvrir davantage l'accès aux professionnels de ville. (50) De cette manière, au cours de ces réunions, chacun pourrait partager ses retours avec le patient, les difficultés qu'il serait susceptible d'évoquer avec certains professionnels, et en étant

ainsi avertis, tous pourraient participer à mieux éclairer le patient dans son parcours de soins.

Une telle coopération entre les différents professionnels serait bénéfique à la fois pour le patient mais aussi pour les professionnels. Cette coordination leur permettrait de se répartir davantage le travail, et offrirait une complémentarité de connaissances et compétences intéressante. (51)

D'ailleurs, parmi les remarques détaillées par les patients, il ressort régulièrement un sentiment de solitude et d'abandon. Les patients avouent se sentir souvent perdus, ils auraient besoin d'être davantage intégrés aux choix et décisions de leur parcours de soins afin de mieux les comprendre et d'être entourés d'une équipe pluridisciplinaire pour mieux les accompagner. Cette équipe pluridisciplinaire pourrait également assurer les soins de support, qui sont souvent sous-estimés et sous-utilisés d'après les patients, alors qu'ils peuvent apporter un grand réconfort.

Ensuite, une autre idée récente serait pertinente à développer : les entretiens oncologiques à l'officine. Ce concept tendrait davantage à améliorer la transmission de l'information par le pharmacien, et justifierait une/plusieurs entrevue(s) entre le pharmacien et le patient directement, afin de créer une relation de confiance entre eux. Au cours de ces rendez-vous le pharmacien pourrait prendre le temps de développer tous les effets des thérapies choisies et la gestion des potentiels effets indésirables, dans un espace plus adéquat et confidentiel, sans être pressé par l'impatience des patients qui attendent au comptoir.

Ceci participerait à répondre aux attentes des patients, comme ils l'ont clairement exprimé dans les suggestions libres. En effet, d'une part ils souhaiteraient plus de compétences et connaissances de la part des pharmaciens sur les thérapies leur permettant de vérifier les contre-indications, d'adapter les voies d'administration et les schémas de prise à chacun des patients (52)., en ayant comme objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge. D'autres part, ils aspireraient à plus d'empathie sur la globalité de leur situation, une écoute plus attentionnée et personnalisée.

C'est une excellente opportunité pour les pharmaciens de se forger une place dans la prise en charge en pouvant ainsi offrir leur expertise et compassion à ces patients, mais ils doivent pour cela assurer et démontrer leurs compétences dans ce domaine.

Cependant, à l'heure actuelle, ces compétences sont-elles suffisantes ?

C. ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DANS L'ENSEMBLE DU PARCOURS DE SOIN

Le système de santé français offre une couverture des soins généreuse et stable dans le temps avec les $\frac{3}{4}$ des dépenses de soins couverts par la Sécurité Sociale (53). Par conséquent l'État a imposé des règles de fonctionnement et une stratification importante des démarches médicales, afin d'ordonner les rôles de la pluralité des acteurs de ce système. Néanmoins dans ce dédale de processus, les professionnels et les patients s'égarer de temps à autre, et ne savent plus vers qui se tourner pour obtenir des réponses.

Prenons un exemple concret afin d'illustrer notre propos : *j'ai un cancer traité par chimiothérapie, un soir je ne me sens pas très en forme, je vérifie j'ai de la fièvre, on m'a bien expliqué qu'il fallait que je surveille la fièvre avec mon traitement, mais là immédiatement que dois-je faire ? Appeler mon médecin généraliste ou alors directement mon oncologue ? Dois-je aller faire la prise de sang recommandée en cas de fièvre en priorité ? Ou passer par la pharmacie pour aller chercher un antipyrétique ?* Si on continue cette idée, une antibiothérapie est instaurée par le médecin généraliste mais le patient doit-il avertir l'oncologue ? Ou est-ce le médecin généraliste qui s'en charge ? Le patient va récupérer son antibiotique à la pharmacie, doit-il expliquer la situation au pharmacien ?

Quand on interroge les patients, il s'avère qu'un tiers ne parvient pas à définir concrètement le rôle de chacun des professionnels intervenant de près ou de loin dans leur prise en charge.

De plus, au vu de la moyenne d'âge des patients, le cancer n'est généralement pas la seule pathologie pour laquelle les patients sont traités, et il semble trop réducteur de ne voir qu'à travers le prisme de l'oncologue. Ici tout l'intérêt du médecin généraliste comme médecin coordonnateur apparaît de nouveau.

D'après ce postulat, ne semblerait-il pas plus logique que ce soit plutôt lui l'acteur central de la prise en charge du patient ? Sa position à la fois accessible et compétente n'offrirait-elle une prise en charge plus suivie et personnalisée au patient ? À l'avenir, il serait probablement intéressant dans un premier temps de tenter de comprendre pourquoi ce n'est pas ressenti ainsi par les patients, et dans un second temps de travailler dans une démarche pro-active avec les médecins généralistes pour leur permettre d'endosser davantage ce rôle.

La mise en place d'un coordonnateur de soins dans la prise en charge de ville manifeste ici toute son importance. Ce coordonnateur a pour rôle, notamment, de veiller à l'adéquation entre l'offre de soins et la demande des patients, et d'encadrer le personnel soignant. L'utilisation plus systématique d'un coordonnateur de soins dans les prises en charge oncologiques permettrait d'accompagner et de fluidifier le passage de la médecine hospitalière à la médecine de ville (54), afin d'optimiser le lien ville-hôpital. Aujourd'hui de plus en plus de prises en charge de patient demandent de mettre à profit à la fois la médecine de ville et celle d'hôpital, il est donc absolument essentiel que ce lien ville-hôpital renforce et perfectionne sa coordination, avec une implication complète de tous les acteurs. (55)

De plus, tous les territoires du pays n'ont pas une égalité d'accès aux soins, et parfois pour y avoir accès les patients doivent faire beaucoup d'efforts et des démarches conséquentes. Comme nous l'explique un des patients interrogés, devoir aller chercher tous les mois son comprimé à Tarbes alors qu'il vit dans le Gers n'est pas idéal, et il n'est pas le seul patient à avoir pointé un manque de lien entre la médecine de ville et celle de l'hôpital. Une plus grande coopération ville-hôpital pourrait à l'avenir faciliter certaines rétrocessions par exemple, ou mettre en place d'autres actions pour alléger la contrainte des patients.

En outre, ce médecin coordonnateur pourrait aussi participer, comme on l'a vu plus tôt, à des RCP de ville, et pourrait par exemple faire le lien avec tous les professionnels de santé de la ville, proposer leurs services aux patients et ainsi encadrer et accompagner davantage les patients, y compris dans les soins de support, comme ils en ont exprimé le désir au cours de notre enquête.

Ensuite, quand on se penche sur le professionnel que le patient désigne comme central dans leur prise en charge, on s'aperçoit que pour bon nombre d'entre eux, ils désignent le médecin spécialiste (sous-entendu en oncologie ici).

Cette réponse est vraisemblablement la plus logique, car le spécialiste est le médecin le plus compétent dans le domaine de la cancérologie. Cependant, le médecin généraliste est traditionnellement le médecin de proximité et souvent de famille. Il détient d'ailleurs le rôle de médecin traitant, il est supposé centraliser les informations envoyées par les différents spécialistes, infirmiers, pharmaciens et autres professionnels intervenant auprès du patient.

Pour finir, le pharmacien a été mentionné 4 fois. C'est déjà un grand pas pour la profession que certains patients aient pu envisager le pharmacien comme déterminant dans la prise en charge en oncologie. (56)

Cependant, d'après nos résultats, les patients se déclarent très majoritairement satisfaits de leur pharmacien. Alors que moins de la moitié de l'échantillon a été correctement informé sur les effets indésirables des traitements et que la majorité des patients réclame, à la fin du questionnaire, justement plus d'informations sur ces effets indésirables et leur gestion. Attributions supposées relever légitimement de la compétence du pharmacien.

Encore plus surprenant, parmi les réponses ouvertes des patients, certains nous ont avoué ne pas avoir pensé à venir consulter leur pharmacien pour obtenir de plus amples informations sur leur cancer.

En définitive, les patients ne seraient-ils pas satisfaits des pharmaciens simplement car ils n'en attendent pas de compétences particulières, a minima dans le domaine de l'oncologie ? Mais alors pourquoi le pharmacien n'est-il pas le référent du

médicament ? N'est-ce pas son cœur de métier ? Comment expliquer le dévoiement de la profession aux yeux des patients ?

Premièrement, les patients semblent voir dans le pharmacien uniquement l'aspect commercial du métier. Cette facette, malheureusement trop mise en avant par certaines enseignes, au détriment des autres compétences du pharmacien, nuit à l'image de la profession et à la confiance des patients.

Deuxièmement, bien que la formation initiale puisse être complète, la formation continue quant à elle, est insuffisante pour permettre aux pharmaciens d'être capable de répondre aux enjeux qu'imposent les nouveautés et évolutions en matière de traitements. Ajouter à cela une implication des pharmaciens, comme évoqué précédemment, en demi-teinte.

De plus, en dépit de récentes évolutions, la rémunération du pharmacien reste fortement liée au nombre de boîtes qu'il vend, bien plus qu'à sa potentielle intervention pharmaceutique sur une prise en charge. Ce format de rémunération à l'acte de la boîte n'encourage pas le développement des compétences du pharmacien

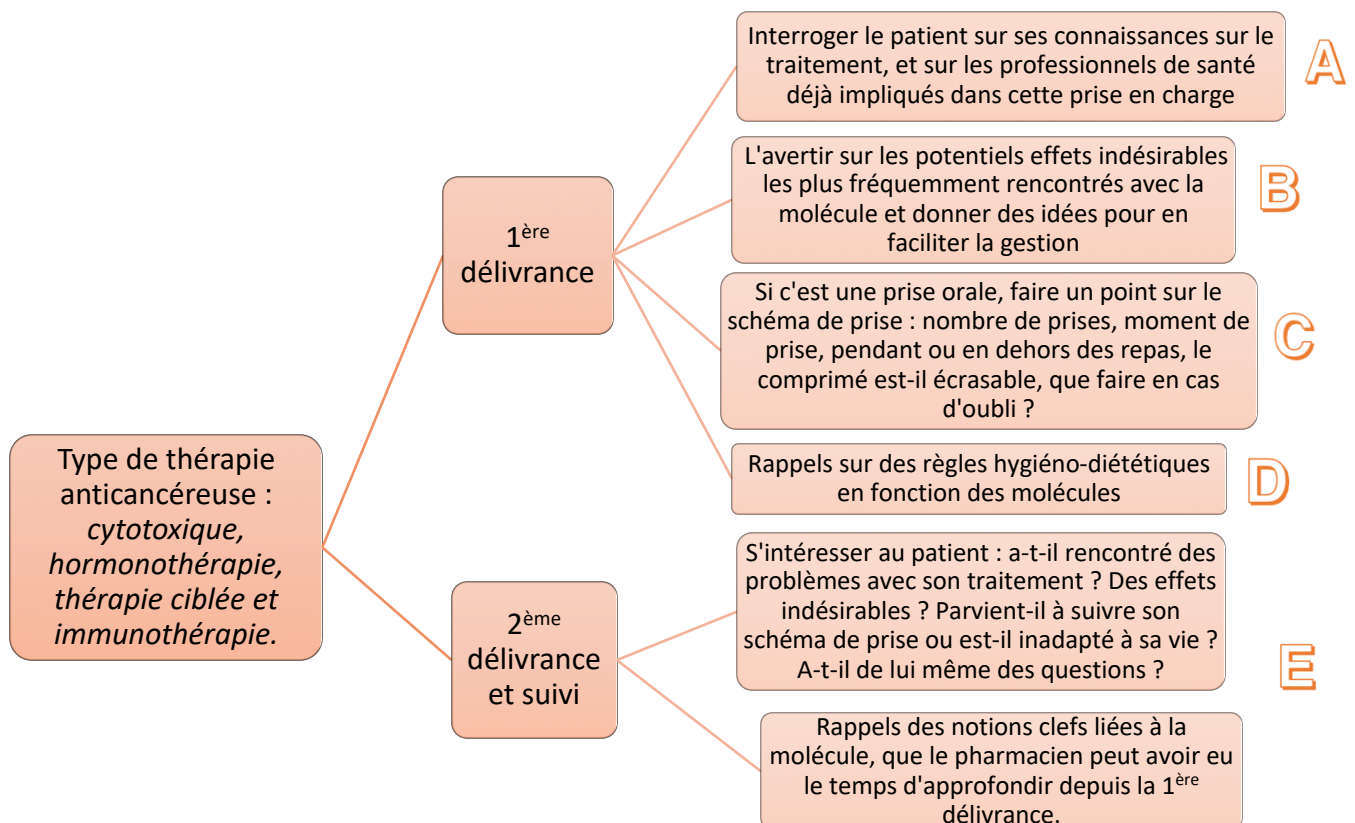
Tous ces éléments sont autant de causes plausibles pouvant expliquer cette vision peu engagée et engageante des patients dans la profession.

Pour l'avenir, il est important que le pharmacien se forge une véritable place dans cette prise en charge, que la profession soit reconnue et considérée comme un repère sur la pharmacologie des médicaments, ainsi que leurs effets indésirables et la gestion de ces derniers.

VI. QU'ENVISAGER POUR LE PHARMACIEN ?

D'après les résultats de notre étude, les patients semblent dans l'ensemble satisfaits de leur pharmacien ; mais alors comment pourrions-nous apporter une valeur ajoutée ? Mettre à profit cette confiance populaire des patients en leur pharmacien pour améliorer la qualité de leur prise en charge oncologique, et se forger une véritable place de professionnel de santé expert du médicament.

D'après nous, il serait intéressant que l'entièreté de l'équipe officinale soit suffisamment formée et informée sur la vigilance nécessaire à la prise en charge d'un patient oncologique. Nous avons donc pensé créer des arbres décisionnels, à installer dans l'arrière-boutique, rappelant les questions clés et points d'attention principaux, selon les classes de médicaments ; cela pourrait proposer une plus-value enrichissante. En voici une trame :



De plus, pour assurer un suivi le plus qualitatif possible, si les pharmacies le souhaitent, elles peuvent mettre en place des entretiens oncologiques dans un espace dédié

Figure 20 : Esquisse d'arbre décisionnel pour l'équipe officinale

A. INTERROGER LE PATIENT

- Questionner le patient afin de savoir quelles informations il a déjà pu recevoir et de qui proviennent-elles, afin de s'assurer de la véracité et du bien-fondé de ses sources.
- Identifier les professionnels de santé déjà impliqués dans sa prise en charge, pour potentiellement mettre en place un travail en coordination, pouvoir demander les comptes-rendus des rendez-vous avec l'oncologue, le suivi des bilans biologiques réalisés, et s'assurer du lien également avec d'autres professionnels de santé comme les kinésithérapeutes, infirmières, tabacologues, etc.

B. LA GESTION DES EFFETS INDÉSIRABLES

Le pharmacien est le professionnel du médicament, de ce fait la gestion des effets indésirables doit être son cheval de bataille, et en particulier pour les médicaments d'oncologie qui sont, pour la plupart, très difficiles à supporter pour les patients. Il faut avertir les patients, et il faut surtout leur donner des solutions pour les gérer au mieux.

1. EFFETS INDÉSIRABLES COMMUNS À TOUTES LES MOLÉCULES D'ONCOLOGIE

- De nombreuses molécules d'oncologie vont profondément dessécher la peau, effet très désagréable au quotidien pour les patients. Chaque pharmacien pourrait proposer à son équipe un récapitulatif des crèmes et savons, ou tout autre dispositif (gant ou chaussette de soin spécifique pour le syndrome main-pied) de la pharmacie, dont il aurait au préalable consciencieusement vérifié la composition, à proposer à ces patients-là.
- Pour la majorité des molécules d'oncologie, les patients vont ressentir une très grande fatigue. Le pharmacien doit essayer d'encourager le patient à justement bouger, malgré la fatigue afin de la combattre, privilégier des activités sportives

adaptées, qui procurent habituellement un sentiment de bien-être, et ce le plus régulièrement possible.

2. EFFETS INDÉSIRABLES RETROUVÉS AVEC LES CYTOTOXIQUES

Les cytotoxiques, qui restent encore aujourd'hui très utilisés, sont des traitements très pourvoyeurs d'effets indésirables épouvantables au quotidien.

- Parmi les effets indésirables les plus répandus de cette classe on retrouve les nausées et vomissements. Selon la molécule utilisée, un protocole médicamenteux de prévention peut être mis en place par le médecin, et le pharmacien peut lui ajouter des conseils hygiéno-diététiques. Les conseils à proposer pourraient être d'adapter l'alimentation : éviter les odeurs qui peuvent être trop fortes, faciliter la digestion avec des aliments mous qui permettent d'éviter la stase digestive, fractionner les repas, s'hydrater, éviter les aliments trop riches en matières grasses, et privilégier les aliments froids. Le pharmacien peut également rappeler aux patients de surveiller leur poids, afin d'en prévenir une perte trop importante. En cas de vomissement, préciser aux patients de ne pas reprendre une prise et simplement noter les dates auxquelles cela a pu se produire, pour en informer l'oncologue.

- Les troubles du transit font aussi partis des problèmes fréquents rencontrés avec les cytotoxiques. Pour les diarrhées comme la constipation, certains médicaments sont autorisés en concomitance avec le traitement oncologique ; le pharmacien peut en conseiller certains sans risque, ou discuter de la mise en place d'autres avec le médecin. Dans tous les cas, nous pouvons toujours y associer quelques conseils hygiéno-diététiques.

- **Pour les diarrhées** : privilégier une alimentation pauvre en fibres, et consommer plus de féculents (pomme de terre, riz, pâtes, banane), éviter les fruits et légumes crus, le café, les laitages et l'alcool. Boire abondamment et interrompre le traitement si les diarrhées persistent au-delà de 4 jours. (57)
- **Pour la constipation** : favoriser une alimentation riche en fibre, suggérer de boire un grand verre d'eau fraîche le matin au réveil, consommer des eaux riches en minéraux et pratiquer une activité physique régulière.

- Ces molécules présentent aussi une forte toxicité hématologique. De ce fait, il est essentiel de répéter régulièrement aux patients de bien surveiller une potentielle fièvre, et si apparition d'une fièvre ils doivent aller réaliser une NFS en urgence avant de prendre un antipyrétique.
- Les mucites au niveau de la zone bucco-pharyngée sont aussi des désagréments courant liés aux cytotoxiques. C'est un effet indésirable très important à surveiller car il peut provoquer des difficultés d'alimentation pouvant rapidement conduire à une dangereuse perte de poids. En tant que pharmaciens, nous pouvons ici aussi fournir quelques conseils : manger des glaces, sucer des glaçons pendant la chimiothérapie, et réaliser des bains de bouche au bicarbonate de sodium plusieurs fois par jour.
- Pour une grande majorité de chimiothérapie cytotoxique, les patients souffriront d'alopecie. Aujourd'hui l'assurance maladie prend en charge des perruques dans le cadre du cancer, le pharmacien peut ainsi proposer ces perruques dans son officine, organiser des rendez-vous afin de faire essayer aux patients, et trouver une perruque qui leur permettrait de se sentir mieux au quotidien.

3. EFFETS INDÉSIRABLES DES MOLÉCULES D'HORMONOTHÉRAPIE

Ce sont des traitements très répandus, qui peuvent de surcroît souvent être donnés à des femmes relativement jeunes et encore très actives, or les effets indésirables fréquents peuvent avoir un impact important sur leur qualité de vie. Parmi les plus courants :

- Des bouffées de chaleur, dans ce cas il faut conseiller d'éviter les déclencheurs de bouffée : consommation d'aliments ou boissons trop chauds ou épicés, et la chaleur. Pour les limiter il est recommandé de pratiquer une activité physique régulière. (58)
- Des sécheresses oculaires/buccales/vaginales : proposer des collyres d'hydratation à base de carbomères, des substituts de salive et ovules d'hydratation à base d'acide hyaluronique. (58)
- Des arthralgies et myalgies : rappeler l'importance de la pratique d'une activité physique et encourager la consommation d'aliments riches en calcium. (58)

- Une prise de poids pouvant être importante : le pharmacien doit s'assurer, en discutant avec la patiente, qu'un suivi diététique a bien été mis en place dans son protocole et si jamais ce n'est pas le cas, lui en mettre un en place, soit de lui-même si cela fait partie des compétences de son équipe officinale, soit en lui suggérant d'aller consulter un diététicien.

C. SCHÉMA DE PRISE

Le pharmacien doit être l'expert du médicament, il doit donner des informations factuelles sur ce dernier. Il est important d'expliquer au patient si le médicament doit être pris pendant ou en dehors des repas, si certains aliments sont susceptibles de perturber l'absorption, si le comprimé peut s'écraser ou si la gélule peut être ouverte, s'il y a des conditions de conservation particulière, ou encore que faire en cas d'oubli.

Lors du suivi, il faut interroger le patient pour savoir si le schéma de prise est adapté à son mode de vie : par exemple pour un patient encore actif, qui déjeune souvent avec des amis, une prise de comprimé le midi est peut-être inadéquate, ou encore pour une jeune mère une prise le soir alors qu'elle doit s'occuper de ces enfants est là aussi peut-être mal réfléchi pour elle. Un schéma de prise mal adapté à chaque patient est un risque majoré de mauvaise observance. À nous pharmaciens d'aller questionner le patient pour mettre en lumière ces potentielles défaillances.

D. RAPPELS DE RÈGLES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES.

- Bon nombre de médicaments de chimiothérapie sont photosensibilisants, donc il est essentiel de rappeler aux patients de ne surtout pas s'exposer au soleil pendant leur traitement, et au moins 6 mois après l'arrêt, car leur peau risque de brûler rapidement.

- Encourager les patients à éviter la perte de poids, et si le patient présente des difficultés à s'alimenter suffisamment, se rapprocher rapidement de son médecin pour mettre en place des compléments nutritionnels oraux.

- Pour les cancers œstrogène-dépendants, il faut rappeler de limiter tant que possible les sources de phyto-œstrogènes, dont la plus connue et à la mode est le soja, car pouvant stimuler la croissance du cancer.

- Une récente étude a montré que le sucre, sous plusieurs de ces formes, est associé à un risque de cancer du sein plus élevé, à travers des mécanismes d'inflammation et d'oxydation, en dehors du risque majoré associé à un poids trop élevé. Il pourrait donc être intéressant d'alerter ces patientes sur le danger que peut représenter un apport de sucre ajouté trop important. (59) (60)

- Pour un patient traité par Bevacizumab, on peut lui conseiller de limiter au maximum le sel dans son alimentation, afin de limiter l'augmentation tensionnelle provoquée par le Bevacizumab lui-même. (61)

E. RÉALISER UN VÉRITABLE SUIVI

1. DU PATIENT DANS SA MALADIE,

À chaque fois que le patient se présente de nouveau au comptoir, le pharmacien doit l'interroger et s'intéresser, afin de s'assurer que le traitement se déroule le mieux possible.

Si au cours de la discussion, un patient expose un problème auquel il fait face à son pharmacien, et que ce dernier n'a pas de solution à lui proposer sur le moment, il se doit de chercher ensuite une ou plusieurs solutions. Une fois qu'il y parvient, il peut rappeler son patient, au lieu d'attendre qu'il revienne le mois suivant. Il ne faut pas laisser les patients seuls, le pharmacien est l'un des professionnels les plus faciles d'accès, il faut donc assumer ce rôle au travers d'un véritable accompagnement. Il pourrait être intéressant pour le pharmacien de tenir un petit registre de ces patients oncologiques, avec une fiche par patient rappelant nom et numéro de téléphone, et dans lequel il pourrait noter toutes les questions que les patients lui posent, ainsi que les réponses apportées par la suite, et que le nom des professionnels de santé qui les suivent.

En outre, pour les pharmacies le souhaitant, elles peuvent proposer des entretiens oncologiques aux patients ayant une prescription d'anticancéreux oraux, qui seront rémunérés par l'assurance maladie. Ces entretiens doivent se réaliser avec un pharmacien dans un espace dédié, les deux grands thèmes demandés par l'assurance maladie sont la gestion des effets indésirables et l'observance, mais bien entendu le patient pourra aborder toutes les questions qu'il pourrait avoir. (62)

Le pharmacien peut également proposer au patient des outils préexistants, comme les fiches « patient » de l'ONCOLIEN, ce sont des fiches proposées par la SFPO, rappelant aux patients quelques points clés sur la molécule qu'ils doivent prendre, afin d'en assurer le bon usage. (57)

Enfin, au cours de ce suivi, le pharmacien doit également parvenir à repérer des signaux d'alertes qui pousseront à une orientation vers une consultation médicale d'urgence.

2. DU PATIENT DANS SA VIE,

Au cours d'entretiens ou simplement en discutant au comptoir (bien que moins adapté pour détailler ce type d'informations), le pharmacien peut aborder avec son patient quelques points clés pour anticiper les difficultés : indemnités journalières de Sécurité Sociale et éventuel maintien du salaire par l'employeur, prévoyance, mutuelles et ALD, temps partiel thérapeutique, inaptitude au travail et pension d'invalidité, visite de pré-reprise et reprise du travail, etc.

Ensuite il serait important d'évoquer avec le patient la gestion de sa nouvelle vie avec le cancer, lui expliquer que sa vie ne s'arrête pas, et qu'il faut juste apprendre à réadapter la façon de faire les choses courantes, en s'adaptant à de nouvelles contraintes.

Cela pourrait être positif de mettre en place un atelier, avec éventuellement un travail pluridisciplinaire avec un psychologue (ou d'autres professions spécialisées dans le bien-être psychologique), pour apprendre à gérer la fatigue, les troubles de l'humeur, les angoisses, la perte d'autonomie et leurs impacts sur la vie de tous les jours et les relations avec ses proches.

3. DE SON ACCOMPAGNEMENT,

Comme nos résultats l'ont clairement indiqué, les trois quarts des patients interrogés sont accompagnés par des proches dans le quotidien de leur maladie.

Ce rôle de l'aidant est loin d'être facile, et le pharmacien pourrait également évoquer avec ce dernier quelques aides existantes souvent méconnues. La connaissance de ces aides pourrait contribuer à faciliter ce rôle éprouvant.

Quelques exemples de ces aides :

- Le congé de proche aidant : permet à un salarié de s'occuper d'une personne faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité. Sa durée maximale est de 3 mois (renouvelables dans la limite d'un an sur la totalité du parcours professionnel). Sauf dispositions conventionnelles particulières, l'employeur n'est pas tenu de rémunérer ce congé, mais le salarié peut percevoir une allocation journalière du proche aidant (AJPA), qui compense une partie de la perte de salaire (dans la limite de 66 jours au cours du parcours professionnel du salarié).
- Le congé de solidarité familiale (jusqu'à 3 mois, renouvelable une fois, avec fractionnement possible ou recours au temps partiel). Ce congé d'accompagnement d'un proche en fin de vie n'est pas rémunéré, mais la personne aidant peut percevoir l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (AJPA).
- Le congé de présence parentale permet à un salarié de s'occuper d'un enfant à charge dont l'état de santé nécessite une présence soutenue et des soins contraignants : il dispose ainsi d'une réserve de 310 jours en fonction de ses besoins dans la limite maximale de 3 ans. Le congé peut être transformé en période d'activité à temps partiel, ou fractionné y compris par demi-journée. Le salarié peut bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).
- Le don de jours de repos permet à un salarié de renoncer à tout ou partie de ses jours de repos non pris, au profit d'un collègue parent d'enfant gravement malade ou proche aidant. Le don de jours de repos permet au salarié qui en bénéficie d'être rémunéré pendant son absence.

Ces informations ne sont pas révolutionnaires, mais peuvent être un support bienvenu dans la lutte contre une maladie difficile à gérer quotidiennement.

4. JUSQU'À LA RÉINSERTION DU PATIENT DANS LA VIE SI POSSIBLE.

Comme l'ont mentionné certains des patients interrogés, une fois qu'ils sont en rémission, ils se sont sentis abandonnés, relâchés dans le monde sans transition, après des mois où la maladie et la prise en charge de celle-ci ont rythmé leur vie.

Ici encore le pharmacien peut profiter de sa disponibilité et de sa proximité avec son patient pour l'accompagner dans son « après-cancer ».

Par exemple l'association Le Vent Bleu est une communauté professionnelle qui accompagne les individus et les entreprises dans le maintien et le retour à l'emploi après une affection de longue durée comme le cancer. Cette association a parfaitement compris que retourner au travail après une longue maladie, c'est faire face à de nombreuses difficultés physiques et psychologiques. La communauté propose la mise en commun des forces des individus et de leurs entreprises pour réussir le retour au travail et palier les risques de prolongation d'arrêt, dépression, burn-out, licenciement, perte de confiance en soi, isolement.

En conclusion, l'idée serait d'arriver à faire de la prise en charge oncologique une prise de pathologie chronique comme d'autres. Parvenir à assurer un accompagnement et suivi par le pharmacien comme cela a été mis petit à petit en place avec les autres pathologies chroniques ces dernières années. De cette manière, on briserait cette image du patient cancéreux potentiellement mourant, pour arriver à celle d'un patient suivi et traité pour sa pathologie chronique, qui ne sentirait pas défini par celle-ci.

VII. OUVERTURES (63)

Où se situe donc l'avenir des traitements et de la prise en charge oncologiques ? Potentiellement dans les vaccins anti-cancer, en tout cas c'est sur ce concept que se penchent actuellement une centaine d'équipes à travers le monde.

Les vaccins en oncologie ont en réalité d'ores et déjà fait leurs preuves pour les cancers induits par des infections issus d'agents pathogènes. Nous savons que le papillomavirus est responsable de 90% des cancers du col de l'utérus, que le virus de l'hépatite B est une cause de cancer du foie ou encore que le virus d'Epstein Barr participe au développement de 1 à 2% de tous les cancers confondus. Dans ce cadre, la vaccination contre ces différents agents pathogènes a permis de réduire significativement l'incidence de ces cancers.

Bien entendu, c'est une toute autre histoire lorsqu'il n'y a pas d'agent infectieux à l'origine du cancer. Néanmoins l'idée serait de parvenir à stimuler le système immunitaire comme on le fait déjà avec les cancers induits par ces agents infectieux. C'est dans cette quête de vaccin anti-cancer que l'idée du vaccin à ARN, aujourd'hui bien connu pour son utilisation contre la pandémie COVID, a vu le jour.

Pour formuler ces vaccins il faudrait dans un premier temps parvenir à identifier les bons antigènes à cibler, spécifiques des cellules tumorales. On sait aujourd'hui que ces antigènes tumoraux sont issus de mutation de gènes, de portion de l'ADN non codant ou encore du matériel génétique de certaines bactéries se trouvant au cœur des tumeurs. Les recherches actuelles s'attellent donc dorénavant à les identifier précisément, afin d'être en mesure de créer des vaccins à ARN de ces antigènes.

Cependant, cela ne peut pas être aussi simple : à la différence du cadre d'utilisation des vaccins « classiques », les cellules cancéreuses mettent en place différents mécanismes d'échappement pour résister à ces vaccins. L'autre enjeu de cette nouvelle approche sera donc également d'empêcher la cellule tumorale de mettre en place ces mécanismes de survie.

Finalement, où en sommes-nous, l'intérêt de ces vaccins est-il déjà démontré ou doivent-ils encore faire leur preuve ?

À l'heure actuelle, leur utilisation en monothérapie n'a présenté que des résultats positifs sur des lésions tumorales simples et peu répandues.

Pour les tumeurs métastatiques, une association d'un vaccin anti-cancer avec un traitement anti-PD1/PDL1 a montré des premiers signes d'efficacité. Et cette association couplée avec un troisième agent levant l'immunosuppression (inhibiteur de TGF alpha ou cytokine activatrice) a même révélé des réponses favorables durables sur une population de patients atteints de cancers avancés ne répondant pas aux traitements anti-PD-1/PDL-1.

Point de rappels sur la notion de PD-1 et PDL-1 ou 2 : (64)

Les PD-1 sont des protéines situées à la surface des lymphocytes T et des cellules présentatrices d'antigènes ; ces protéines sont appelées des check-points. Elles doivent leur nom à leur rôle de régulation inhibitrice de la réponse immunitaire lors de leur liaison avec leur ligand PDL-1 exprimés généralement à la surface des tumeurs. En effet, la liaison entre le récepteur PD-1 des lymphocytes et le ligand PDL-1/2 des tumeurs conduit à une inactivation de la prolifération des lymphocytes T, permettant un échappement de la tumeur au système immunitaire. L'inhibition de ces check-points fait partie des immunothérapies récentes déjà utilisées depuis quelques années.

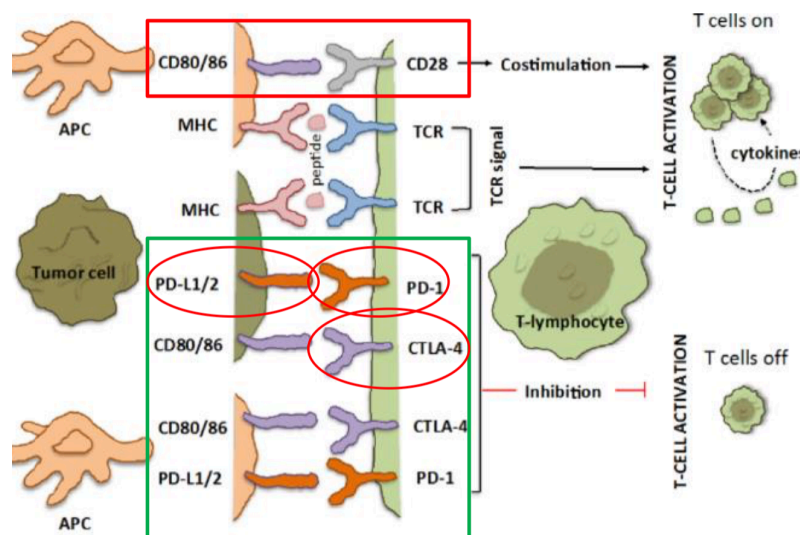


Figure 21 : Schéma des récepteurs PD-1 et de leurs ligands PDL-1/PDL-2

La dernière piste nouvellement étudiée : une thérapie cellulaire reposant sur l'administration directe de lymphocytes T modifiés (appelés lymphocytes CAR-T),

capables de reconnaître et cibler des cellules tumorales. Cet essai récent a remporté un succès clinique significatif pour les tumeurs du sang.

In fine, l'absence de toxicité de ces vaccins anti-cancers et le éventail conséquent de nouvelles possibilités d'amélioration contribue à dynamiser les recherches sur ce nouvel axe thérapeutique. Cet aperçu nous laisse ainsi espérer pour les années à venir un atout de prévention majeur pour lutter contre l'un des plus grands fléaux modernes de la médecine.

En conclusion, ces nouveaux cheminements de recherches dans la lutte contre le cancer mettent clairement en évidence la nécessité pour les pharmaciens, et pour tous les professionnels de santé concernés, de se maintenir continuellement informés. Les avancées et prouesses thérapeutiques vont de plus en plus vite et c'est aux pharmaciens de faire les démarches pour actualiser leurs connaissances afin de garantir un niveau de compétences adéquates, pour une prise en charge des patients optimale.

VIII. LIMITES DE L'ÉTUDE

Pour offrir un regard critique sur l'analyse de ce questionnaire, il va être évoqué les défauts liés à la méthodologie d'étude ayant pu causer des erreurs d'interprétation.

En premier lieu cette étude est soumise à un biais de sélection, comme toutes les enquêtes, et précisément un biais de recrutement dû à la distribution manuelle du questionnaire. Les équipes officinales auront forcément proposé ce questionnaire en priorité aux patients qu'elles connaissent bien, et même parfois à leur entourage, ce qui a pu fausser la représentativité impartiale de l'échantillon. Un biais de sélection peut tout autant conduire à une surestimation qu'à une sous-estimation d'un effet.

En second lieu apparaît un biais de mesure, principalement imputable au défaut de mémorisation des patients qui sont déjà en rémission, qui ont donc répondu au questionnaire en se remémorant leur expérience passée.

NB : le recueil des données de l'étude s'est réalisé dans un contexte de crise sanitaire liée à la propagation du Coronavirus. Cette situation exceptionnelle a complexifié le recrutement des patients, justement particulièrement fragiles.

IX. CONCLUSION

Comme mentionné plus tôt dans l'étude, les données de l'Institut National du Cancer nous révèlent qu'il y a près de 400 000 nouveaux cas de cancer chaque année en France (15).

Cela représente (presque) autant de patients que les pharmaciens d'officines sont amenés à conseiller et accompagner dans cette pénible étape. Et bien qu'ils puissent tous nourrir des attentes personnelles et variées envers la profession, nous formons l'espoir que cette étude nous apporte des pistes de réflexions intéressantes pour y répondre.

Prenons tout d'abord le temps de nous réjouir d'un point : la grande majorité des patients sont satisfaits de leur pharmacien, et quelques-uns ont même cité la profession comme centrale dans leur prise en charge.

En outre, au cours de ces dernières années de crise sanitaire, notre profession a su se montrer qualifiée, disponible et s'adapter promptement à chaque actualisation de protocole sanitaire, afin de toujours proposer des solutions en adéquation avec les attentes de nos patients. Ces éléments ont inmanquablement participé à nourrir une confiance croissante.

Ces patients nous livrent le constat très encourageant de cette confiance grandissante dans nos aptitudes, et ce signe positif semblait primordial à relever.

Évoquons subséquemment les lacunes que notre étude aura permis de pointer. S'agissant de la fragilité des connaissances et compétences des pharmaciens sur les sujets d'oncologie, il faut souligner qu'il existe d'ores et déjà des solutions tel que le diplôme universitaire d'oncologie, permettant une remise à niveau certaine dans le domaine. Mais comme nous l'avons déjà spécifié, il faudra une volonté d'implication de la part des pharmaciens pour acquérir ces compétences cruciales afin de légitimer leur place de professionnel de santé au sein de cette épineuse prise en charge.

À côté de cela, le manque de coopération entre la médecine de l'hôpital et celle de ville est un sujet relativement moderne, mais dont les désastreuses conséquences se sont fait rapidement remarquer. Raison pour laquelle l'amélioration de la coordination ville-hôpital, et les échanges d'informations entre professionnels, constituent l'une des priorités de l'organisation du parcours de soins en cancérologie dans le nouveau Plan Cancer 2021-2030. (65) En espérant que ces nouvelles mesures occasionnent d'importants changements essentiels pour le bien de nos patients.

Et enfin, cette investigation aura, malheureusement comme d'autres avant elle, dénoncé toujours les mêmes écueils auxquels la profession est confrontée, et qui la freinent dans la mise en place de nouvelles idées ou de concepts novateurs : le manque de temps.

En définitive, le pharmacien va devoir s'investir davantage pour se forger une place influente au sein de ce système de santé à l'aube de sa métamorphose. Et, à la vue de la complexification notable des thérapies oncologiques, le pharmacien va devoir s'engager pleinement dans le maintien et l'actualisation de ses connaissances afin de garantir et prouver de solides compétences, tout en restant le professionnel de santé de proximité, à l'écoute et disponible pour le patient.

BIBLIOGRAPHIE

1. **R., Dufour.** *Le ressenti de la prise en charge globale des patients atteints de cancer par les médecins généralistes ruraux : l'exemple du département de la Meuse à l'époque des plans cancer.* Nancy : Th médecine, 2018.
2. **Ligue contre le cancer.** *Le cancer à travers les siècles. La ligue contre le cancer.* [En ligne] [Citation : 28 mai 2022.] https://www.ligue-cancer.net/article/26009_le-cancer-travers-les-siecles.
3. **Littré, Émile.** *Oeuvres complètes d'Hippocrate.* Paris : Association Médicale d'Action Culturelle et Artistique, 1979.
4. **Celse, A.C.** *Traité de la médecine en huit volumes : Traduction nouvelle par M.M Fourquier et F.S Ratier.* Paris : Baillière, 1824.
5. **Galien, C.** *De Atra Bile Liber ; de Tumoribus praeter naturam (De la bile noire ; des tumeurs contre nature).* Paris : Gallimard, 1998.
6. **Richelot, J Hunter & G.** *Œuvres complètes de John Hunter, volume 1.* s.l. : Labé & Firmin Didot frères, 1839.
7. **Hill, J.** *Cautions Against the Immoderate Use of Snuff Founded.* Londres : Baldwin & Jackson, 1761.
8. **Pott, P.** *Œuvres chirurgicales de M.Percival Pott.* Paris : Didot, 1777.
9. **Philippe BONNICHON, J.P. BERGER, N. BONNI, M. FONTAINE, J. PION-GRAFF.** *Histoire du cancer et de la chimiothérapie avant la chimiothérapie.* s.l. : HISTOIRE DES SCIENCES MEDICALES, 2014.
10. **Paillaud, N. Clément-Hryniewicz** □E. *Quand le mot cancer fait trauma Réflexions autour de l'annonce diagnostique de cancer.* *Psycho-oncologie.* Springer, 2008.
11. **MERMILLIOD, Anne-Gaëlle LE CORROLLER-SORIANO Laëtitia MALAVOLTI Catherine.** *La vie deux ans après le diagnostic d e cancer.* s.l. : INSERM, 2004. 978-2-11-007118-7.

12. **MARTIN, Charlotte HUGUENIN et Cassandre.** *CANCER DU SEIN ET TRAUMATISME DE L'ANNONCE : REPERCUSSIONS SUR LA QUALITE DE VIE ET LES RELATIONS MERE-ENFANT DES PATIENTES.* Lyon : Mémoire : psychologie de la santé, 2015.
13. **Meslé, F.** Causes de décès. *Institut national d'études démographiques.* [En ligne] 2019. <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/causes-deces/>.
14. **P, Balard.** *Etat des lieux et perspectives de prise en charge des thérapies ciblées en oncologie en France .* Rouen : Th : Pharmacie, 2018.
15. **HCL, Santé publique France et INCa.** *Estimations nationales de l'incidence de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018.* 2019. 979-10-289-0559-0.
16. **Catherine Hill, Françoise Doyon et Abdeddahir Mousannif.** *Évolution de la mortalité par cancer de 1950 à 2006.* Paris : Diadeis-Paris, 2009. 978-2-11-098486-9.
17. **HCL, Santé Publique France et INCa.** *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 tumeurs solides.* 2019. 979-10-289-0555-2 -.
18. **Centre international de Recherche sur le Cancer.** *Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine.* Lyon : s.n., 2018.
19. **Institut national du cancer.** Histoire et Progrès. *Institut national du cancer.* [En ligne] [Citation : 28 mai 2022.] <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements/Chirurgie/Histoire-et-progres>.
20. **Comission Européenne.** Le mystère du pouvoir de l'arsenic dans les médicaments contre le cancer résolu. *Comission Européenne.* [En ligne] 9 mai 2008. [Citation : 29 mai 2022.] <https://cordis.europa.eu/article/id/29425-scientists-solve-mystery-of-why-arsenic-works-in-cancer-drugs/fr>.
21. **Robert, Jacques.** La chimiothérapie, première arme médicamenteuse contre les cancers. *VIDAL.* [En ligne] décembre 2021. [Citation : 28 mai 2022.] <https://www.vidal.fr/actualites/28364-la-chimiotherapie-premiere-arme-medicamenteuse-contre-les-cancers.html>.

22. **P.Pinell.** *Naissance d'un fléau : Histoire de la lutte contre le cancer en France.* Paris : Métailié, 1992.
23. **Denis, J-J.** *La lutte contre le cancer : Surmonter les cloisonnements.* Paris : La documentation française, 2009.
24. **P.Pinell.** *Fléau moderne et médecine d'avenir : La cancérologie française entre les deux guerres.* s.l. : In : Actes de la recherche en sciences sociales., 1978.
25. **UniCancer.** Les missions du groupe UniCancer . *UniCancer.* [En ligne] [Citation : 29 mai 2022.] <http://www.fnclcc.fr/fr/institutionnel/fnclcc/mission.php>.
26. **Française, République.** *Plan Cancer 2003-2007, Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer.* Paris : Présidence de la République Française, 2004.
27. **Française, République.** *Plan cancer 2009-2013.* Boulogne-Billancourt : INCa, 2009.
28. **INCa.** Le Plan cancer 2014-2019. *Institut Nationale du Cancer.* [En ligne] 2019. [Citation : 29 mai 2022.] <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019>.
29. **Collège National de Pharmacologie Médicale.** Anticancéreux : les points essentiels. *Pharmacologie médicale.* [En ligne] 31 Mai 2017. [Citation : 10 Janvier 2022.] <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/anticancereux-les-points-essentiels>.
30. **H., Dumont.** *RELATION PATIENT CANCEREUX ET PHARMACIEN D'OFFICINE : ENQUETE AUPRES DE L'EQUIPE OFFICINALE PORTANT SUR LA PLACE DE LA DERMOCOSMETIQUE DANS L'ACCOMPAGNEMENT.* Clermont-Ferrand : Th : Pharmacie, 2020.
31. *Les médicaments anticancéreux.* **E., Chatelut.** Faculté des sciences pharmaceutiques de Toulouse : (Notes prises au cours de cancérologie), 12 octobre 2018.
32. *Anticancéreux cytotoxiques.* **S., Faure.** Faculté des sciences pharmaceutiques d'Angers : (notes d'un cours de DU d'accompagnement du patient cancéreux), 2017.

33. **E., TSCHOFEN.** *HORMONOTHERAPIE DANS LE CANCER DU SEIN : CREATION D'UN OUTIL D'INFORMATION PERMETTANT D'OPTIMISER LA DELIVRANCE A L'OFFICINE.* Dijon : Th : Pharmacie, 2018.
34. **Institut National du Cancer.** *Les thérapies ciblées dans le traitement du cancer en 2015 /Etats des lieux et enjeux, appui à la décision.* Juillet 2016. 978-2-37219-214-9.
35. **E., Vivier.** Immunothérapie des cancers : agir sur le système immunitaire pour lutter contre la maladie. *INSERM.* [En ligne] 06 Mai 2019. [Citation : 17 Janvier 2022.] <https://www.inserm.fr/dossier/immunotherapie-cancers/>.
36. **S., Paleyrie.** *LE CANCER A L'OFFICINE Connaissances nécessaires au pharmacien pour participer activement à la prise en charge du patient atteint de cancer.* Limoges : Th : Pharmacie, 2014.
37. **Fabien Despas, Henri Roche, Guy Laurent.** *Observance des médicaments anticancéreux.* s.l. : bulletin du cancer , 2013. 10.1684/bdc.2013.1738.
38. **L., Grassi.** *Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology .* s.l. : Cambridge University Press, 2019. 10.1017/S2045796019000829.
39. **École nationale de Santé Publique.** *Prise en charge de la maladie chronique : quels rôles pour les secteurs professionnels, familiaux et alternatifs ?* Rennes : s.n., 2004.
40. **Marie-Léa, HIRON.** *Implantation d'une consultation d'oncogériatrie : schéma et organisation.* rouen : FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN, 2015.
41. **C., FLOCHLAY.** *EVALUATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT TRAITÉ PAR ANTICANCEREUX DISPONIBLES A L'OFFICINE .* Toulouse : Th : pharmacie, 2020.
42. **Jehannin Ligier K, Molinie F, Defossez G, Daubisse Marliac L, Dantony E, Uhry Z, Remontet L, Bossard N.** Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. *Santé Publique France.* [En ligne] 1 Janvier 2017. [Citation : 16 Février 2022.] <https://www.santepubliquefrance.fr/les->

actualites/2018/le-cancer-en-france-metropolitaine-projections-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancer-en-2017.

43. **Courtois E, Bousquet JP, Lafay L.** *Les cancers en France*. s.l. : Institut National du Cancer, 2018. 978-2-37219-422-8.

44. **Bizouard F, Jungers C.** *Evaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade: impact sur l'observance*. Grenoble : Th : médecine générale, 2014.

45. **F., Dumont.** *Impact d'Internet sur la relation médecin-patient en médecine générale du point de vue du patient: étude observationnelle descriptive et analytique auprès de 1521 patients*. Grenoble : Th : médecin, 2014.

46. **Frrederic, PETER.** *ETUDE PILOTE SUR L'OBSERVANCE AUX CHIOMIOTHÉRAPIES ANTICANCEREUSES ORALES; CONSTRUCTION D'UNE ECHELE DE MESURE DE L'OBSERVANCE ET ÉTUDE DE SES DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX*. METZ : th : psychologie, 2018.

47. **L., Fasse.** *La non-observance en cancérologie : déterminants psychologiques et processus en jeu. La lettre du Sénologue*. 2018, Vol. n°81.

48. **A., MASIA.** *La place du pharmacien d'officine dans la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (étude prospective observationnelle descriptive)*. Amiens : Th : pharmacie, 2018.

49. **M., Plais.** *Expérience des patients concernant l'utilisation du jargon médical en consultation de médecine générale*. Montpellier : Th : médecine, 2019.

50. **HAS.** Réunion de concertation pluridisciplinaire. *Haute Autorité de Santé*. [En ligne] Novembre 2017. [Citation : 16 Février 2022.] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf.

51. **Kamphung-Samantha, LY.** *COOPERATION PHARMACIENS, ONCOLOGUES, GERIATRES DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU POU MON : CAS DES PERSONNES AGEES*. marseille : th : pharmacie, 2021.

52. **J., ANANDAMANOCHARAN.** *Observance et médecine générale: peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ?* Versailles : Th : médecine, 2012.
53. **Philippe Askenazy, Brigitte Dormont, Pierre-Yves Geoffard, Valérie Paris.** *Pour un système de santé plus efficace.* [<https://www.cairn.info/revue-notes-du-conseil-d-analyse-economique-2013-8-page-1.htm>] 2013. 2273-8525.
54. **F., Bouab.** *L'INTERET D'UN COORDONATEUR DANS LES MAISONS ET POLES DE SANTE PLURIPROFESSIONNELS DU DEPARTEMENT DE LA MEUSE.* Nancy : Th : médecine, 2016.
55. **G., Lavenu.** *L'optimisation du lien ville-hôpital et la coordination du parcours de santé.* s.l. : Mémoire : école des hautes études en santé publique, 2018.
56. **M., TALEB.** *la relation d'aide au patient en officine .* Nancy : Th : pharmacie, 2018.
57. **SFPO.** *Fiches et vidéos d'aide au bon usage des traitements anticancéreux oraux. Société française de pharmacie oncologique.* [En ligne] [Citation : 8 août 2022.] <https://oncolien.sfpo.com>.
58. —. *Létrozole - FEMARA. Société française de pharmacie oncologique.* [En ligne] [Citation : 7 août 2022.] <https://oncolien.sfpo.com/oncolien/letrozole-femara/>.
59. **Charlotte Debras, Eloi Chazelas and all.** *Total and added sugar intakes, sugar types, and cancer risk: results from the prospective NutriNet-Santé cohort.* s.l. : Oxford academy, 2020. 10.1093/ajcn/nqaa246.
60. **Song, Mingyang.** *Sugar intake and cancer risk: when epidemiologic uncertainty meets biological plausibility.* s.l. : Published online, 2020. 10.1093/ajcn/nqaa261.
61. **ANSM.** *ANNEXE I RESUME DES CARACTERISTIQUES DU PRODUIT. Base de données publique des médicaments.* [En ligne] [Citation : 7 août 2022.] https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20220629156238/anx_156238_fr.pdf.
62. **Ordre national des pharmaciens.** *Anticancéreux oraux : un guide d'accompagnement pour mener les entretiens. Ordre national des pharmaciens.* [En ligne] [Citation : 7 août 2022.] <https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les->

actualites/Anticancereux-oraux-un-guide-d-accompagnement-pour-mener-les-entretiens.

63. **E., Tartour.** *Vaincre le cancer : du rêve à la réalité. Pour la science Hors-série.* 2021, Vol. 113.

64. *Nouveaux médicaments d'immunothérapie en oncologie.* **F., Thomas.** Toulouse : Cours issu de la faculté de pharmacie.

65. **ARS.** Coordination ville-hôpital. *ProInfoCancer.* [En ligne] 11 mars 2022. [Citation : 8 juin 2022.] <https://www.proinfoscancer.org/fr/page/coordination-ville-hopital>.

66. **Code de la Santé Publique.** Code de déontologie médicale. *Légifrance.* [En ligne] 09 mai 2012. [Citation : 16 février 2022.] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586?init=true&page=1&query=article+R.4127-35+du+code+de+la+santé+publique&searchField=ALL&tab_selection=all.

67. —. Code de déontologie du pharmacien. *Légifrance.* [En ligne] 8 Août 2004. [Citation : 18 février 2022.] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178625/2020-10-05.

68. **M., Plais.** *Expérience des patients concernant l'utilisation du jargon médical en consultation de médecine générale.* Montpellier : Th : médecine, 2019.

69. **A., François.** *Connaissance et observance des traitements chroniques des patients au cabinet de médecine générale.* Amiens : Th : médecine, 2016.

70. **Code de la Santé Publique.** Code de déontologie médicale - Article 35. *Légifrance.* [En ligne] 9 mai 2012. [Citation : 17 février 2022.] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586?init=true&page=1&query=article+R.4127-35+du+code+de+la+santé+publique&searchField=ALL&tab_selection=all.

71. —. Code de déontologie pharmacien - Article 2. *Légifrance.* [En ligne] 8 août 2004. [Citation : 17 février 2022.] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178625/2020-10-05.

72. **Comission Européenne.** Le mystère du pouvoir de l'arsenic dans les médicaments contre le cancer résolu. *Comission Européenne*. [En ligne] 9 mai 2008. [Citation : 29 mai 2022.] <https://cordis.europa.eu/article/id/29425-scientists-solve-mystery-of-why-arsenic-works-in-cancer-drugs/fr>.

QUESTIONNAIRE

NOM DE LA PHARMACIE :

I. INFORMATIONS GÉNÉRALES

1) Civilité : M Mme

2) Âge :

3) Profession :

4) Êtes-vous accompagné et secondé au quotidien par un proche : oui non

Précisez le proche:.....

II. CONNAISSANCES

5) Pensez-vous comprendre votre pathologie : oui non

6) Pensez-vous avoir eu des informations claires et compréhensibles sur la pathologie qui vous a été diagnostiquée : oui non

7) Comprenez-vous l'enjeu de votre traitement : oui non

8) Connaissez-vous l'effet de votre traitement : oui non

9) Si non, pourquoi ?

.....
.....
.....

10) Pensez-vous avoir eu une information claire et compréhensible :

- sur l'importance de votre traitement : oui non

- sur les potentiels effets secondaires : oui non

- sur la gestion des ces effets secondaires : oui non

11) Si oui, d'où tenez vous ces informations :

Médecin Pharmacien internet livre autre, précisez :

III. TRAITEMENTS

- 12) Avez-vous eu ou avez-vous des effets secondaires dû à votre traitement : oui non
- 13) Vous arrive-t-il (même très rarement) d'omettre de prendre votre traitement : oui non
- 14) Si oui, est-ce un oubli : volontaire involontaire
- 15) Si c'est volontaire, est-ce lié aux effets du médicament : oui non
- 16) Et/ou lié à un schéma de prise complexe à suivre selon-vous : oui non
- 17) Allez-vous de manière régulière récupérer votre traitement à la pharmacie en personne : oui
 non

IV. PRISE EN CHARGE

- 18) Comprenez-vous le rôle de chacun des professionnels de santé qui vous prennent en charge :
 oui non

- 19) Quel professionnel de santé a selon vous un rôle central dans votre prise en charge globale :

Médecin spécialiste Médecin généraliste Pharmacien Infirmier Autre,

Précisez :

- 20) Pourquoi :

- 21) Êtes-vous satisfait de votre :

-Médecin spécialiste : oui non

-Médecin généraliste : oui non

-Pharmacien : oui non

- Autre professionnels de santé : oui non

- 22) Votre prise en charge globale vous parait-elle satisfaisante : oui non

- 23) Qu'attendez-vous de votre pharmacien pour qu'il vous accompagne au mieux :

.....
.....

- 24) Remarques particulières en lien avec votre prise en charge :

.....
.....
.....

SERMENT DE GALIEN

« En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, je jure :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;*
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».

AUTEUR : Gautier DARRE

TITRE : Qualité de prise en charge en oncologie : enquête sur le ressenti des patients suivis à l'officine.

DIRECTEUR DE THÈSE : Stéphane TELLEZ

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : 13 septembre 2022 – Faculté des Sciences Pharmaceutiques de Toulouse

RÉSUMÉ (en français)

Nous présentons les résultats d'une étude qui avait pour objectif d'analyser la qualité de leur prise en charge oncologique ressentie par les patients, via un questionnaire distribué au comptoir officinal. Nous avons interrogé 33 patients ayant suivi ou suivant actuellement un traitement oncologique pour connaître leur avis personnel. Cette étude a permis de relever plusieurs lacunes dans cette prise en charge : la fragilité des connaissances des pharmaciens en oncologie, un manque de coopération entre la médecine de ville et d'hôpital, et un manque de temps flagrant des pharmaciens d'officine. Cependant, de nouveaux outils et moyens peuvent être développés pour permettre au pharmacien d'officine d'accompagner davantage le patient oncologique. Un des enjeux pour l'avenir de cette profession sera d'une part de saisir ces opportunités et d'autre part d'engager les efforts nécessaires pour actualiser ses connaissances dans ce domaine.

RÉSUMÉ (en anglais)

We present the results of a study that aimed to analyse the quality of oncology care perceived by patients, through a questionnaire handed out at the pharmacy counter. We interviewed 33 patients who have undergone, or are currently undergoing, oncology treatment to find out their personal opinions.

The study identified several shortcomings in oncology care : the limited knowledge of pharmacists in oncology, a lack of cooperation between hospital and community medicine, and a lack of time among pharmacists. However, new tools and means can be developed to allow the pharmacist to better support the oncology patient. One of the challenges for the future of this profession will be to seize these opportunities and to make the necessary efforts to update their knowledge in this field.

MOTS-CLÉS

Oncologie, prise en charge de ville, pharmacien d'officine.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :

Pharmacie clinique - Oncologie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III – Paul Sabatier – Faculté des Sciences Pharmaceutiques – 35, chemin des Maraîchers - 31400 Toulouse
