

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le mardi 10 juin 2025
Par Mme COQUEL Clara**

**Cancer du sein : analyse des besoins et des attentes des patientes envers le
pharmacien d'officine à travers une étude qualitative**

Membres du jury :

Président : Madame DUMONT Julie, Professeur des Universités, Université de Lille

Directeur, conseiller de thèse :

Madame CARRIÉ Hélène, Maître de Conférences des Universités, Université de Lille
Madame ROGNON Carole, Pharmacien d'officine et Maître de Conférences associé,
Université de Lille

Assesseur : Madame GOVART Maureen, fondatrice de l'association Mon Bonnet
Rose, Roncq (59)

 	LISTE GEREE	LG/FAC/001
Département Pharmacie	Enseignants et Enseignants-chercheurs 2024-2025	Version 2.3 Applicable au 02/12/2024
Document transversal		Page 3/149

Université de Lille

Président
Premier Vice-président
Vice-présidente Formation
Vice-président Recherche
Vice-président Ressources Humaine
Directrice Générale des Services

Régis BORDET
Bertrand DÉCAUDIN
Corinne ROBACZEWSKI
Olivier COLOT
Jean-Philippe TRICOIT
Anne-Valérie CHIRIS-FABRE

UFR3S

Doyen
Premier Vice-Doyen, Vice-Doyen RH, SI et Qualité
Vice-Doyenne Recherche
Vice-Doyen Finances et Patrimoine
Vice-Doyen International
Vice-Doyen Coordination pluriprofessionnelle et Formations sanitaires
Vice-Doyenne Formation tout au long de la vie
Vice-Doyen Territoire-Partenariats
Vice-Doyen Santé numérique et Communication
Vice-Doyenne Vie de Campus
Vice-Doyen étudiant

Dominique LACROIX
Hervé HUBERT
Karine FAURE
Emmanuelle LIPKA
Vincent DERAMECOURT
Sébastien D'HARANCY
Caroline LANIER
Thomas MORGENROTH
Vincent SOBANSKI
Anne-Laure BARBOTIN
Victor HELENA

Faculté de Pharmacie

Vice - Doyen
Premier Assesseur et
Assesseur à la Santé et à l'Accompagnement
Assesseur à la Vie de la Faculté et
Assesseur aux Ressources et Personnels
Responsable de l'Administration et du Pilotage
Représentant étudiant
Chargé de mission 1er cycle
Chargée de mission 2eme cycle
Chargé de mission Accompagnement et Formation à la Recherche
Chargé de mission Relations Internationales
Chargée de Mission Qualité
Chargé de mission dossier HCERES

Pascal ODOU

Anne GARAT

Emmanuelle LIPKA
Cyrille PORTA
Honoré GUISE
Philippe GERVOIS
Héloïse HENRY
Nicolas WILLAND
Christophe FURMAN
Marie-Françoise ODOU
Réjane LESTRELIN

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique	81
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie	82
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie	82
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie	82
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie	82
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire	82

Professeurs des Universités (PU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique - RMN	85
M.	BERLARBI	Karim	Physiologie	86
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie	87
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie	87
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique - RMN	85
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie thérapeutique	86
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie bio inorganique	85
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire	87
M.	ELATI	Mohamed	Biomathématiques	27
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie	87
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique	85

M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique	86
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique	85
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie	86
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique	86
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques	26
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire	87
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire	87
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique	85
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie physique	85
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences végétales et fongiques	87
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie	87
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie	86
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie	87
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie	86
M.	SERGHERAERT	Éric	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle	85
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique	86

Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers (MCU-PH)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	81
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique	85
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie	82
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique	81
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81

Mme	GILLIOT	Sixtine	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie	82
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	80
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	81
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie	82

Maîtres de Conférences des Universités (MCU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique	86
M.	BANTUBUNGI-BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire	87
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique - RMN	85
M.	BEDART	Corentin	ICPAL	86
M.	BOCHU	Christophe	Biophysique - RMN	85
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie	86
M.	BOSC	Damien	Chimie thérapeutique	86
Mme	BOU KARROUM	Nour	Chimie bioinorganique	
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie	87
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire	87
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	CHARTON	Julie	Chimie organique	86
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale	87
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques	85
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques	27
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique	86
M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86

M.	FLIPO	Marion	Chimie organique	86
M.	FRULEUX	Alexandre	Sciences végétales et fongiques	
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie	87
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique	86
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques	26
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie	86
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie	87
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	86
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie	87
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique	85
Mme	LEHMANN	Hélène	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert Lespagnol	86
M.	LIBERELLE	Maxime	Biophysique - RMN	
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques	26
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie	86
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
M.	MENETREY	Quentin	Bactériologie - Virologie	87
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et Economie pharmaceutique	86
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle	85
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique	86
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques	85
M.	PIVA	Frank	Biochimie	85
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique	86

M.	POURCET	Benôit	Biochimie	87
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / Innovations pédagogiques	85
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique	86
Mme	ROGEL	Anne	Immunologie	
M.	ROSA	Mickaël	Hématologie	87
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie	86
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie	87
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie	87
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale	87
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie	87
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Chimie organique	86
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques	87
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique	86
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques	85

Professeurs certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mme	KUBIK	Laurence	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BAILLY	Christian	ICPAL	86
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Chimie thérapeutique	86
M.	DHANANI	Alban	Droit et Economie pharmaceutique	86

Maîtres de Conférences Associés

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M	AYED	Elya	Pharmacie officinale	
M.	COUSEIN	Etienne	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques	85
Mme	DANICOURT	Frédérique	Pharmacie officinale	
Mme	DUPIRE	Fanny	Pharmacie officinale	
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques	85
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	85
Mme	GEILER	Isabelle	Pharmacie officinale	
M.	GILLOT	François	Droit et Economie pharmaceutique	86
M.	MITOUMBA	Fabrice	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	86
M.	PELLETIER	Franck	Droit et Economie pharmaceutique	86
M	POTHIER	Jean-Claude	Pharmacie officinale	
Mme	ROGNON	Carole	Pharmacie officinale	

Assistants Hospitalo-Universitaire (AHU)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	BOUDRY	Augustin	Biomathématiques	
Mme	DERAMOUDT	Laure	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	GISH	Alexandr	Toxicologie et Santé publique	
Mme	NEGRIER	Laura	Chimie analytique	

Hospitalo-Universitaire (PHU)

	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
M.	DESVAGES	Maximilien	Hématologie	
Mme	LENSKI	Marie	Toxicologie et Santé publique	

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement	Section CNU
Mme	BERNARD	Lucie	Physiologie	
Mme	BARBIER	Emeline	Toxicologie	
Mme	COMPAGNE	Nina	Chimie Organique	
Mme	COULON	Audrey	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique	
M.	DUFOSSEZ	Robin	Chimie physique	
Mme	FERRY	Lise	Biochimie	
M	HASYEOUI	Mohamed	Chimie Organique	
Mme	HENRY	Doriane	Biochimie	
Mme	KOUAGOU	Yolène	Sciences végétales et fongiques	
M	LAURENT	Arthur	Chimie-Physique	
M.	MACKIN MOHAMOUR	Synthia	Biopharmacie, Pharmacie galénique et hospitalière	
Mme	RAAB	Sadia	Physiologie	

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	DELOBEAU	Iris	Pharmacie officinale
M	RIVART	Simon	Pharmacie officinale
Mme	SERGEANT	Sophie	Pharmacie officinale
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

LRU / MAST

Civ.	Nom	Prénom	Service d'enseignement
Mme	FRAPPE	Jade	Pharmacie officinale
M	LATRON-FREMEAU	Pierre-Manuel	Pharmacie officinale
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie clinique

UFR3S-Pharmacie

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.



Remerciements

Merci aux membres du jury,

Madame Julie Dumont, merci pour l'intérêt que vous portez à mon travail et pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider mon jury.

Madame Hélène Carrié, je me souviens encore de notre premier échange à propos de cette thèse. Je n'aurais jamais pu imaginer ce travail sans vous. Merci pour votre encadrement et votre soutien tout au long de la rédaction de cette thèse.

Madame Carole Rognon, merci d'avoir accepté de co-diriger cette thèse. Votre disponibilité et votre engagement dans ce travail m'ont été très précieux. Merci pour vos encouragements et vos conseils avisés.

À toutes les deux, un immense merci pour votre confiance, votre patience et tout le temps consacré à l'avancée de ce travail. Votre enthousiasme pour ce travail a rendu cette aventure possible.

Madame Maureen Govart, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Votre engagement dans cette cause à travers la fondation de l'association Mon Bonnet Rose est remarquable. C'est un honneur de vous compter parmi nous aujourd'hui.

Merci à l'ensemble du Service d'Hôpital de Jour d'Oncologie,

Je tiens à remercier le Docteur Christophe Desauw d'avoir accepté et encouragé la réalisation de cette étude au sein de l'Hôpital de Jour du Service d'Oncologie Médicale à l'hôpital Claude Huriez de Lille.

Au Docteur Pauline Parent, merci pour ton aide précieuse dans la mise en place de l'étude dans le service. Ton implication et tes conseils bienveillants ont grandement contribué à ce projet.

Au Docteur Marie Bridoux, merci pour ton soutien dans la réalisation des entretiens.

Merci à Jack, Victoria, Camille et Florent pour votre aide dans l'organisation des entretiens.

Merci aux infirmières et aux aides-soignantes de l'hôpital de jour. Merci à tous les internes d'oncologie avec qui j'ai pu travailler, qui m'ont beaucoup appris et beaucoup fait rire.

Un grand merci à l'ensemble des femmes ayant accepté de participer à mon étude. Merci pour votre confiance, votre temps et votre courage.

Merci à tous les professeurs de la faculté qui m'ont enseigné mon métier.

Merci aux équipes officinales,

Merci à Mr Vanderpotte et à l'ensemble de l'équipe de la Pharmacie Vanderpotte. J'ai débuté le comptoir à vos côtés. Vous m'avez tant appris, et tant transmis. Merci à Valérie et Françoise pour votre bienveillance et votre gentillesse. C'était un plaisir de travailler avec vous.

Merci à Mme Randoux et à l'ensemble de l'équipe de la Pharmacie Randoux. Vous m'avez formée avec patience et bienveillance. Merci pour tout.

Je tiens également à remercier Mme Ruel, Mme Aubert et Mme Roulland pour leur soutien. Merci à tous mes collègues de la Pharmacie du Pole pour leurs encouragements, leur bienveillance et leur bonne humeur quotidienne. Vous êtes des collègues en or.

Merci à ma famille,

Papa et Maman, sans vous je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour votre soutien indéfectible. Vous avez été si compréhensifs durant toutes ces années, je vous en serai éternellement reconnaissante. Vous avez toujours eu confiance en moi et vos encouragements ont été ma plus grande force. Maman, merci d'avoir imprimé ces milliers de pages de cours. Papa, merci d'avoir accepté mes nombreux classeurs de cours à chaque week-end passé ensemble. J'espère vous rendre fiers aujourd'hui. Je vous aime très fort.

Christophe, tu es un beau-père formidable. Tu as toujours été là pour nous. Merci pour tes encouragements et tous les conseils que tu as pu me transmettre.

Dona, je te remercie d'avoir été si présente pour moi. Tes encouragements et ton soutien ont été importants. Merci pour toutes ces délicieuses pâtisseries qui m'ont motivée à réviser pendant le confinement.

Julien, merci d'être le frère que tu es. Ton humour et tes blagues m'ont aidée à supporter les moments de stress. Tu as toujours su me faire relativiser à ta façon. Merci pour tous ces moments partagés depuis notre enfance.

Jade, ma petite sœur, merci pour ces moments complices, de joie et de rire, qui ont rythmé mes années d'études. Ta présence a beaucoup compté pour moi. Je suis très fière de la jeune femme que tu deviens.

À mes mamies, qui ont toujours cru en moi. Merci pour votre confiance et vos mots rassurants. Vos petites anecdotes concernant la pharmacie m'ont toujours fait sourire. Votre présence aujourd'hui est inestimable pour moi.

Je remercie aussi l'ensemble de ma famille, qui m'a toujours soutenue, de près comme de loin : mon parrain et Véronique, tatie Chacha, Mumu, José, mes tantes Caroline et Coralie, mon oncle Christophe et ma marraine. Merci à toute la famille normande, en particulier papi et mamie Jojo, à qui je souhaite transmettre toute ma force et tout mon soutien pour traverser cette épreuve. Je vous porte tous dans mon cœur.

Merci à toi, Nassim, de m'avoir soutenue à chaque étape. Tes conseils et ton optimisme m'ont été précieux. Je suis heureuse de partager ma vie avec toi. Ce jour marque le début d'un nouveau chapitre pour nous, et j'ai hâte de continuer à écrire notre histoire. Je t'aime infiniment.

Merci à mes amis,

Ma petite Dana, je suis si chanceuse d'avoir croisé ta route en PACES. Notre amitié m'a été d'une force inestimable durant toutes ces années. Merci pour ton énergie positive et tes encouragements qui ont toujours su me faire sourire.

Manon, je n'aurais pas pu rêver mieux comme binôme de TP et comme amie. Merci pour tout ce que nous avons partagé pendant nos études, pour ta présence au quotidien et tous ces moments de joie et de fous rires. Tu es ma petite manoushe et ce n'est pas près de changer.

Inès, notre amitié est une évidence. Nous avons tellement de souvenirs ensemble que je pourrais en écrire un livre. Merci pour tous ces moments partagés et d'être une amie si exceptionnelle. Tu as toujours été présente pour moi, comme une sœur, et je ne saurais jamais assez te remercier pour tout cela.

Caro, merci d'être celle que tu es, une amie si joviale, lumineuse et toujours présente pour ceux qu'elle aime. Tu es l'une des plus belles rencontres que j'ai pu faire à la fac. J'ai tellement ri à tes côtés, les heures de TP étaient beaucoup plus fun avec toi. Merci de m'avoir encouragée et rassurée, pas plus tard qu'hier. Tes conseils ont toujours été précieux. J'ai hâte que l'on se crée de nouveaux souvenirs ensemble.

Merci au reste de mes amis rencontrés à la fac : Rayan, Manon B et Manon SM, Valentin et Aurélie. Je garderai précieusement en mémoire tous nos bons moments passés ensemble. Avec vous, tout était plus amusant et moins stressant. J'ai de la chance de vous avoir comme amis.

Nolan, merci pour ton soutien depuis le lycée et tes encouragements tout au long de ces études. Les galères c'est enfin fini, place à notre nouvelle vie.

Sarah, merci pour tous ces bons moments partagés au lycée et depuis le lycée. Tu es une amie géniale.

Gaëtane, partager nos révisions à distance était vraiment chouette. Merci pour tous tes encouragements qui m'ont tellement motivée. Je me souviens de nos updates révisions pendant le confinement, de nos discussions sport, de nos doutes et de nos petites histoires.

Enfin, je remercie tous ceux qui sont présents aujourd'hui pour vivre avec moi ce moment si particulier. Du fond du cœur, merci.

Table des matières

REMERCIEMENTS	13
LISTE DES ABREVIATIONS	19
LISTE DES FIGURES.....	21
LISTE DES TABLEAUX.....	22
LISTE DES ANNEXES	23
INTRODUCTION.....	25
PREMIERE PARTIE : LE CANCER DU SEIN EN FRANCE ET LE ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE PARCOURS DE SOINS	27
I. ÉPIDEMIOLOGIE	28
1) À l'échelle internationale.....	28
2) À l'échelle nationale.....	29
3) À l'échelle régionale : dans les Hauts-de-France.....	33
II. FACTEURS DE RISQUE.....	34
1) Principaux facteurs de risque intrinsèques et non modifiables.....	34
2) Principaux facteurs de risques modifiables et évitables	40
III. CLASSIFICATION DES TUMEURS MAMMAIRES	43
1) Classification histologique	43
2) Facteurs immunohistochimiques prédictifs et pronostiques	45
3) Classification moléculaire en 4 groupes	46
4) Grade histologique.....	47
5) Classification anatomo-clinique : classification TNM reliée au grade.....	48
IV. PARCOURS DE SOINS DES PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN	49
1) Le diagnostic.....	49
2) L'annonce	50
3) Les stratégies thérapeutiques.....	52
4) Les soins oncologiques de support (SOS)	55
V. ÉVOLUTION DU ROLE DU PHARMACIEN A TRAVERS LES TEXTES REGLEMENTAIRES.....	59
1) La loi HPST.....	59
2) Les différents Plans nationaux cancer	60
3) La stratégie décennale de lutte contre les cancers.....	62
4) Avenant numéro 21 du 30 septembre 2020 à la convention nationale pharmaceutique de 2012 pour étendre les entretiens pharmaceutiques aux patients sous anticancéreux oraux.....	63

DEUXIEME PARTIE : ÉTUDE QUALITATIVE MENEÉ AUPRES DE PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER	
DU SEIN	65
I. METHODE	66
1) <i>Objectifs de la recherche</i>	66
2) <i>Choix de la méthodologie</i>	66
3) <i>Population concernée</i>	67
4) <i>Recueil des données</i>	67
5) <i>Analyse des données</i>	68
6) <i>Aspects éthiques et réglementaires</i>	69
II. RESULTATS.....	70
1) <i>Caractéristiques des participantes</i>	70
2) <i>Les catégories conceptuelles et leurs propriétés</i>	71
3) <i>Analyse des résultats</i>	73
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION DES RESULTATS	97
I. MODELE EXPLICATIF	98
II. DISCUSSION ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	101
1) <i>Le poids de la relation patient-pharmacien dans l'observance thérapeutique</i>	101
2) <i>La confidentialité au comptoir</i>	103
3) <i>Rôle dans l'accès aux soins</i>	103
4) <i>Renforcer la communication autour des produits spécifiques pour les patients atteints de cancer</i>	105
5) <i>Rôle du pharmacien d'officine dans les soins de support</i>	106
6) <i>Formation des pharmaciens d'officine à Lille</i>	108
7) <i>La place de la communication interprofessionnelle dans le parcours de soins des patientes</i>	112
III. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	114
1) <i>Forces de l'étude</i>	114
2) <i>Limites de l'étude</i>	115
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	117
ANNEXES	119
BIBLIOGRAPHIE.....	141

Liste des abréviations

3C : Centres de coordination en cancérologie

AFSOS : Association francophone pour les soins oncologiques de support

AICR : *American Institute for Cancer Research*

ALD : Affection de longue durée

APA : Activité physique adaptée

BRCA1 : *Breast cancer 1*

BRCA2 : *Breast cancer 2*

CCIS : Carcinome canalaire *in situ*

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

CLCC : Centre de lutte contre le cancer

CLIS : Carcinome lobulaire *in situ*

CNO : Compléments nutritionnels oraux

CRP : Protéine C-réactive

DCC : Dossier communiquant de cancérologie

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins

EPOS : Examens pharmaceutiques objectifs et structurés

ERE : *Estrogen responsive elements*

HAP : Hydrocarbures aromatiques polycycliques

HBOC : Hereditary Breast and Ovarian Cancer

HER-2 : *Human epidermal growth factor receptor 2*

IGF-1 : *Insulin-like growth factor-1*

IL-6 : Interleukine 6

IMC : Indice de masse corporelle

LH-RH : *Luteinizing Hormone-Releasing Hormone*

MAC : Médecines alternatives et complémentaires

MASCC : *Multinational Association for Supportive Care in Cancer*

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAC : Port-à-cath

PPAC : Programme personnalisé de l'après cancer

PPS : Programme personnalisé de soins

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

RE : Récepteur aux estrogènes

RP : Récepteur à la progestérone

RRC : Réseaux régionaux de cancérologie

SFPO : Société française de pharmacie oncologique

SIR : Rapport standardisé d'incidence

SMR : Rapport standardisé de mortalité

SOS : Soins oncologiques de support

THS : Traitements hormonaux substitutifs

TNF- α : *Tumor-necrosis factor- α*

TNM : *Tumor, nodes, metastasis*

TSM : Taux standardisé monde

UICC : *The Union for International Cancer Control*

WCRF : *World Cancer Research Fund*

Liste des figures

Figure 1. Représentation des cancers féminins les plus fréquents en 2023 et évolution de leur incidence de 2010 à 2023 – Panorama des cancers (INCa) (6)	29
Figure 2. Évolution du taux d'incidence (TSM) du cancer du sein en France métropolitaine de 1990 à 2023 – Echelle logarithmique – Santé Publique France (8)	30
Figure 3. Évolution du taux d'incidence et de mortalité (TSM) du cancer du sein en France métropolitaine entre 1990 et 2018 – Échelle logarithmique – Santé Publique France (11).....	31
Figure 4. Représentation des cancers avec les meilleurs taux de survie nette standardisée à 5 ans pour un diagnostic entre 2010 et 2015 – Panorama des cancers (INCa) (6).....	32
Figure 5. SIR et SMR du cancer du sein lissés par département de France métropolitaine – Santé Publique France (14)	34
Figure 6. Cancer canalaire in situ et infiltrant (40)	43
Figure 7. Schéma chronologique du dispositif d'annonce proposé par l'INCa (58) ..	52
Figure 8. Représentation des catégories conceptuelles	71
Figure 9. Légende des couleurs utilisées pour les propriétés des cartes mentales..	72
Figure 10. Focus sur une catégorie conceptuelle de la carte mentale de l'entretien n°7	72
Figure 11. Besoin d'accompagnement par le pharmacien dans le cancer du sein : proposition d'un modèle explicatif.....	98
Figure 12. Confrontation du modèle explicatif (Figure 11) au référentiel de compétences pour les étudiants en filière officine du Département de Pharmacie de Lille	110

Liste des tableaux

Tableau 1. Évaluation du grade histologique du carcinome du sein (49)	48
Tableau 2. Caractéristiques des participantes	70

Liste des annexes

Annexe 1 : Classification TNM clinique du cancer du sein (8^e édition), issue du référentiel OncoNormandie sur le cancer du sein invasif 2018

Annexe 2 : Classification par stade issue du référentiel OncoNormandie sur le cancer du sein invasif 2018

Annexe 3 : Questionnaire de repérage et d'évaluation des besoins en soins de support durant la phase active de traitement - version Professionnels de santé

Annexe 4 : Saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015 relative aux axes d'évolution du panier en soins de support

Annexe 5 : Guide d'entretien

Annexe 6 : Note d'information et formulaire de consentement

Annexe 7 : Carte mentale de l'entretien n°1

Annexe 8 : Carte mentale de l'entretien n°2

Annexe 9 : Carte mentale de l'entretien n°3

Annexe 10 : Carte mentale de l'entretien n°4

Annexe 11 : Carte mentale de l'entretien n°5

Annexe 12 : Carte mentale de l'entretien n°6

Annexe 13 : Carte mentale de l'entretien n°7

Introduction

« Octobre Rose » est le nom de la campagne internationale de sensibilisation annuelle dédiée à la lutte contre le cancer du sein. Celle-ci a vu le jour en 1994 en France, en même temps que l'association « Le Cancer du Sein, Parlons-en ! », connue aujourd'hui sous le nom de « Ruban Rose ». Elle vise à informer, sensibiliser et mobiliser les femmes et leur entourage, les médias, ainsi que les professionnels de santé sur l'importance du dépistage précoce et de la prise en charge de cette maladie (1).

Le cancer du sein connaît donc, tous les ans, 31 jours de mise à l'honneur. Mais le cancer du sein ne se limite pas au seul mois d'Octobre, il demeure une réalité tout au long de l'année pour des millions de femmes : en 2022, 2,3 millions de cas de cancer du sein chez les femmes ont été enregistrés à l'échelle mondiale, entraînant 670 000 décès (2).

Avec 61 214 nouveaux cas en France en 2023, l'incidence du cancer du sein ne cesse d'augmenter depuis 1990. Il demeure le cancer le plus prévalent chez la femme en représentant 33% des cas de cancers féminins, mais également la 1^{re} cause de décès liée au cancer chez les femmes (3).

Cette maladie affecte non seulement la santé physique, mais aussi le bien-être psychosocial des femmes. Ainsi, l'accompagnement global et multidisciplinaire des femmes atteintes d'un cancer du sein revêt une importance cruciale pour leur assurer la meilleure qualité de vie possible.

Au sein de ce parcours de soins complexe, le pharmacien d'officine apparaît comme un acteur essentiel, assurant un accompagnement de proximité auprès des patientes et participant aux soins de support apportés aux patientes.

Cette thèse s'inscrit donc dans ce contexte, visant à approfondir le rôle spécifique du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patientes atteintes d'un cancer du sein. Pour cela, une étude auprès de patientes ayant un cancer du sein a été menée. Nous avons fait le choix d'une méthodologie qualitative afin d'appréhender au mieux les perceptions, les besoins et les attentes des patientes quant au rôle de leur pharmacien d'officine dans leur parcours de soins.

Dans un premier temps, nous situerons le cancer du sein dans son contexte en France en présentant son épidémiologie, ses facteurs de risque ainsi que la classification des

tumeurs. Nous détaillerons également le parcours de soins des patientes et définirons le rôle du pharmacien d'officine tel qu'il est défini par les textes réglementaires. Par la suite, nous présenterons l'étude qualitative menée dans la région des Hauts-De-France, puis nous en exposerons les résultats. Enfin, nous discuterons les résultats obtenus, en mettant en perspective leur contribution par rapport aux connaissances actuelles dans le domaine.

Première partie :

**Le cancer du sein en France et le
rôle du pharmacien d'officine
dans le parcours de soins**

I. Épidémiologie

1) À l'échelle internationale

Selon les dernières estimations du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) en 2022, le cancer du poumon présente l'incidence la plus élevée à l'échelle mondiale et constitue la première cause de mortalité par cancer, tous sexes confondus. Le cancer du sein occupe la seconde place en termes d'incidence mondiale, suivi du cancer colorectal et du cancer de la prostate.

Présent dans tous les pays du monde, le cancer du sein a touché environ 2,3 millions de femmes en 2022, entraînant 670 000 décès à l'échelle mondiale. Il s'agit du cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde et de la principale cause de décès par cancer dans cette population. Des inégalités mondiales dans la prise en charge de ce cancer ont été mises en évidence, avec une mortalité plus élevée dans les pays à faible niveau de développement, malgré une incidence plus faible (4,5).

Le cancer du sein ne concerne pas seulement les femmes, puisqu'environ 0,5 à 1% des cas recensés touchent des hommes. En outre, environ la moitié des cas de cancer du sein se déclare chez des femmes ne présentant aucun facteur de risque spécifique, hormis leur sexe et leur âge.

Dans les années 1930 à 1970, la chirurgie (notamment la mastectomie complète) était le principal mode de traitement du cancer du sein. C'est seulement dans les années 1990 que le taux de survie a commencé à augmenter grâce à la mise en place de programmes de détection précoce, associés à un arsenal thérapeutique plus complet dans les pays les plus développés.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a présenté ses objectifs relatifs à la lutte mondiale contre le cancer du sein : « réduire la mortalité qu'il provoque de 2,5 % par an et d'éviter ainsi 2,5 millions de décès par ce type de cancer entre 2020 et 2040 dans le monde. Une baisse annuelle de 2,5 % permettrait d'éviter 25 % des décès par cancer du sein d'ici à 2030 chez les femmes de moins de 70 ans et 40 % d'ici à 2040. La réalisation de ces objectifs repose sur trois piliers : la promotion de la santé en vue d'une détection précoce, un diagnostic rapide et une prise en charge complète du cancer du sein. » (OMS, 2024) (2).

2) À l'échelle nationale

a) Incidence et prévalence

Le cancer du sein occupe la première place des cancers chez les femmes en France. Il devance ainsi le cancer colorectal (à la 2^e place) et le cancer du poumon (à la 3^e place), bien que ces derniers connaissent une augmentation tout aussi préoccupante (Figure 1).

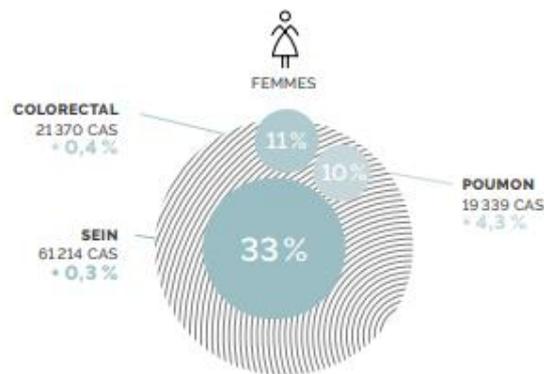


Figure 1. Représentation des cancers féminins les plus fréquents en 2023 et évolution de leur incidence de 2010 à 2023 – Panorama des cancers (INCa) (6)

Le taux standardisé monde (TSM) est un indicateur utilisé en épidémiologie permettant d'étudier l'évolution du risque de cancer (incidence et/ou mortalité) indépendamment des évolutions démographiques. Les taux sont exprimés en nombre de cas pour 100 000 personnes suivies, et standardisés sur l'âge, en prenant comme référence la structure d'âge de la population mondiale. Ainsi, une hausse du TSM d'incidence ou de la mortalité au fil du temps reflète une augmentation du risque de développer ce cancer ou d'en mourir (6,7).

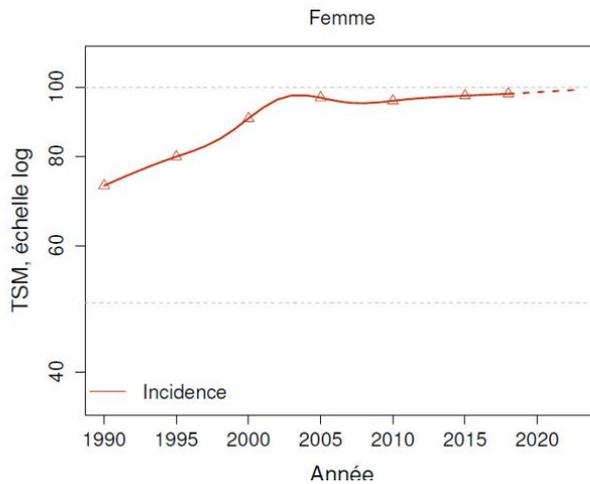


Figure 2. Évolution du taux d'incidence (TSM) du cancer du sein en France métropolitaine de 1990 à 2023 – Echelle logarithmique – Santé Publique France (8)

Dans les années 1990, l'incidence du cancer du sein monte en flèche, influencée par l'évolution des pratiques de dépistage mises en place en France à partir de 1994 permettant un dépistage national plus efficace des cancers du sein : une mammographie de dépistage tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 74 ans, et un examen clinique des seins tous les ans par le médecin généraliste ou le gynécologue (7,9–11).

Au début des années 2000, une baisse d'incidence est observée. En effet, l'incidence du cancer du sein a amorcé une réduction en 2003, enregistrant respectivement des baisses de 14,7 % et 12,6 % chez les femmes âgées de 55 à 59 ans et de 60 à 64 ans, entre 2003 et 2007. En parallèle, l'utilisation des traitements hormonaux substitutifs (THS) chez les femmes ménopausées a fortement chuté entre 2001 et 2007 (32% contre 11% d'utilisation). Deux facteurs sont susceptibles d'expliquer ces phénomènes : la saturation du dépistage mis en place, et la diminution des prescriptions de THS après 2003 qui sont bien reconnus aujourd'hui pour augmenter le risque de cancers, et notamment de cancer du sein (12,13).

L'incidence se stabilise ensuite jusqu'à 2010 avant de connaître une nouvelle augmentation, bien que celle-ci soit moins marquée que celle enregistrée dans les années 1990. En 2023, ce sont 61 214 nouveaux cas de cancer du sein qui ont été diagnostiqués, marquant ainsi le chiffre le plus élevé depuis 1990. Sur une période plus étendue, de 1990 à 2018, le nombre de nouveaux cas annuels de cancer du sein chez les femmes a pratiquement doublé, passant de 29 970 à 58 400 cas par an, soit une augmentation moyenne de 1,1 % par an. En revanche, entre 2010 et 2023, la

progression a été plus modérée, estimée à seulement 0,3 % par an (Figure 2) (7,11). En 2017, on estime qu'il y avait 913 089 femmes vivant avec un cancer du sein en France (3).

Ces données illustrent clairement une tendance à la hausse des taux d'incidence des cancers du sein, associée à divers facteurs de risque personnels, parmi lesquels on compte notamment l'alcool, le tabagisme, le surpoids, le manque d'activité physique ou encore les traitements hormonaux (6).

b) Mortalité

En 2018, on estime qu'il y a eu 12 100 décès liés au cancer du sein. La part de décès imputables au cancer du sein représente 18% des décès par cancer chez les femmes, ce qui le place au premier rang et fait de lui le cancer le plus meurtrier chez la femme en France (6).

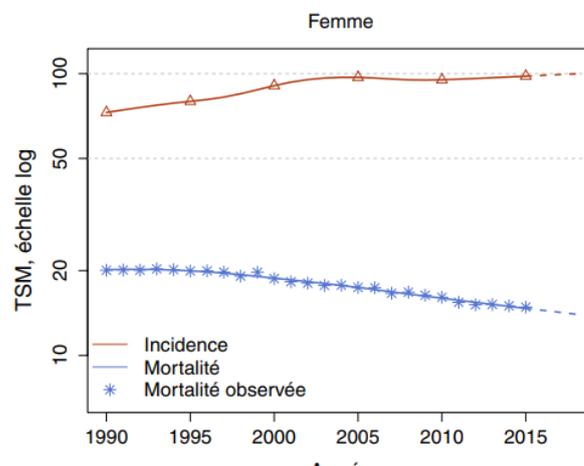


Figure 3. Évolution du taux d'incidence et de mortalité (TSM) du cancer du sein en France métropolitaine entre 1990 et 2018 – Échelle logarithmique – Santé Publique France (11)

Comme illustré sur ce graphique, le taux de mortalité présente une tendance inverse à celui du taux d'incidence, enregistrant une baisse moyenne de -1,3% par an entre 1990 et 2018, et de -1,6% par an sur la période plus récente de 2010-2018.

La diminution de la mortalité entre 1990 et 2018 est constante. Celle-ci est directement reliée aux nombreux dépistages mis en place qui permettent de diagnostiquer le cancer du sein à un stade plus précoce, et aux progrès de la recherche permettant de mieux le traiter (11).

c) Taux de survie

La survie nette standardisée représente la probabilité de survie que l'on observerait si les personnes atteintes de cancer décédaient uniquement à cause de leur cancer (s'il n'y avait aucune autre cause possible de décès).

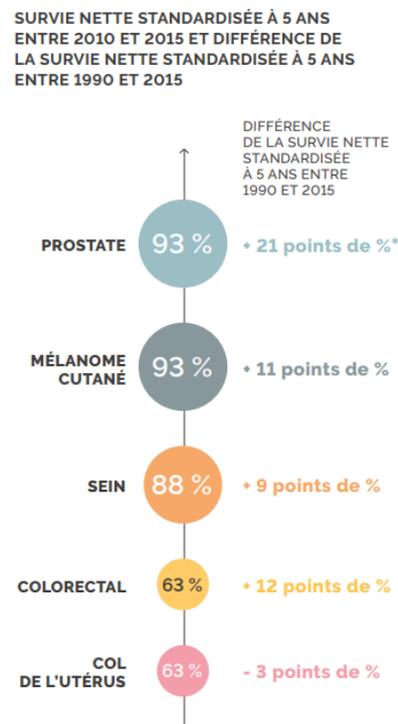


Figure 4. Représentation des cancers avec les meilleurs taux de survie nette standardisée à 5 ans pour un diagnostic entre 2010 et 2015 – Panorama des cancers (INCa) (6)

Bien que le cancer du sein soit le cancer le plus fréquent en France, il affiche un pronostic relativement bon. En effet, sur cette figure, nous pouvons observer que le cancer du sein se classe en 3^e position parmi les cancers avec les taux de survie les plus élevés, derrière le cancer de la prostate et le mélanome cutané.

La survie nette standardisée à 5 ans a connu une progression notable, passant de 79% en 1990 à 88% en 2015, soit une augmentation de 9 points de pourcentage. Cette augmentation est directement reliée aux avancées thérapeutiques majeures (comme l'hormonothérapie, les thérapies ciblées, les taxanes) mais également à l'augmentation de la proportion de cancers diagnostiqués à un stade précoce grâce à la campagne de dépistage organisé et aux avancées en termes d'imagerie médicale (6).

Pour les femmes diagnostiquées entre 2010 et 2015, le taux de survie nette standardisée est de 88% à 5 ans après l'annonce de la maladie et 76% à 10 ans après l'annonce de la maladie (3).

3) À l'échelle régionale : dans les Hauts-de-France

a) Incidence régionale et départementale

Le rapport standardisé d'incidence (SIR) est défini de la manière suivante : « au sein d'une zone géographique donnée, c'est le rapport entre le nombre de cas incidents estimés et le nombre attendu de cas si les taux d'incidence par âge dans cette zone géographique étaient identiques à ceux de la France métropolitaine ».

Entre 2007 et 2016, en moyenne 5 032 nouveaux cas de cancer du sein étaient enregistrés chaque année dans la région des Hauts-de-France. Ces chiffres n'indiquent pas de sur-incidence significative de cette maladie chez les femmes par rapport au reste de la France métropolitaine. Au sein des départements de la région, le SIR le plus élevé est enregistré dans le département du Nord (Figure 5).

Pour donner un exemple, un SIR de 1,3 dans un département signifierait qu'il y aurait 30% de cas en plus par rapport à ce qui serait attendu si les taux d'incidence par âge de ce département étaient égaux aux taux nationaux. À l'inverse, un SIR de 0,7 indiquerait 30% de cas en moins (14).

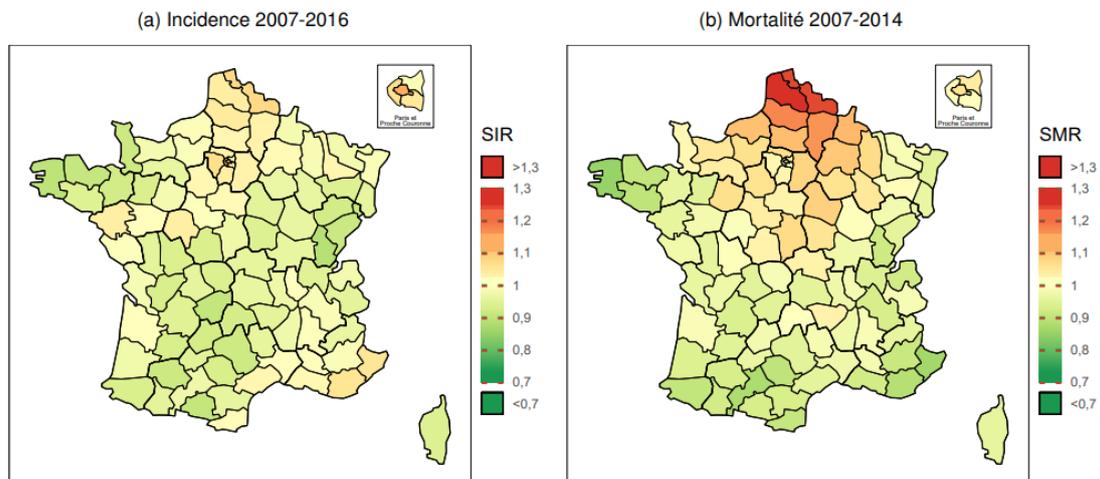
b) Mortalité régionale et départementale

Le rapport standardisé de mortalité (SMR) est défini de la manière suivante : « au sein d'une zone géographique donnée, c'est le rapport entre le nombre de décès estimés et le nombre attendu de décès si les taux de mortalité par âge dans cette zone géographique étaient identiques à ceux de la France métropolitaine ».

Dans la région des Hauts-de-France, tout comme au niveau national, le cancer du sein demeure la première cause de mortalité parmi les cancers, entraînant en moyenne 1268 décès par an dans la région entre 2007 et 2014.

La situation est plutôt préoccupante dans notre région : les cinq départements présentent une surmortalité notable par rapport à la moyenne nationale. Cette surmortalité est de 13 % dans l'Oise, 18 % dans l'Aisne, 20 % dans la Somme, 27 % dans le Nord et 33 % dans le Pas-de-Calais. La région présente alors une surmortalité de 25% par rapport à la moyenne de la France métropolitaine (14).

Ces constats montrent bien que, malgré la mise en place d'un programme de dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes et des traitements de plus en plus innovants, la mortalité associée à cette maladie reste importante.



Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1).

Figure 5. SIR et SMR du cancer du sein lissés par département de France métropolitaine – Santé Publique France (14)

II. Facteurs de risque

Plusieurs facteurs peuvent influencer le développement du cancer du sein. Comprendre ces facteurs de risque est essentiel pour agir dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire du cancer du sein. Certains de ces facteurs de risques sont bien identifiés à l'heure actuelle, bien que des incertitudes subsistent quant à l'importance relative de chacun. À noter que la présence de certains facteurs de risque n'entraîne pas nécessairement la survenue du cancer, et inversement, des cas de cancer du sein peuvent survenir chez des femmes ne présentant aucun de ces facteurs de risques.

1) Principaux facteurs de risque intrinsèques et non modifiables

a) Le sexe féminin

Le sexe est un facteur déterminant du risque de cancer du sein puisque cette maladie touche seulement moins de 1% des hommes (15).

Ceci s'explique par la présence de nombreux récepteurs hormonaux au niveau du tissu mammaire, sensibles aux taux circulants d'estrogènes et de progestérone. Les hommes possèdent des seins beaucoup moins développés que ceux des femmes, et des taux circulants d'estrogènes insignifiants, ce qui explique pourquoi ils sont peu concernés par ce cancer, bien qu'il reste possible (16).

Tout au long de la vie génitale de la femme, le tissu mammaire est influencé par l'œstradiol et la progestérone. Ces hormones sont positivement associées à un risque accru de cancer du sein.

Les cellules cancéreuses qui se développent peuvent être de deux types : sensibles ou non sensibles aux hormones (estrogènes et progestérone). Le cancer du sein hormono-dépendant est le plus fréquent (17).

b) L'âge

L'âge représente le principal facteur de risque du cancer du sein. Ce risque augmente avec l'avancée en âge, touchant des femmes à des âges très variés.

Le cancer du sein se manifeste le plus souvent autour de 60 ans, avec une moyenne de diagnostic à 64 ans en 2023. En effet, environ 80% des cancers du sein sont découverts chez des femmes âgées de plus de 50 ans. L'âge moyen au moment du décès est de 74 ans (3).

Le risque est relativement faible chez les jeunes femmes. Environ 10% des cas apparaissent chez les femmes de moins de 35 ans et près de 20% avant 50 ans (18).

On constate une hausse du risque de développer un cancer du sein selon les tranches d'âge suivantes : de 1,5 % à 40 ans, 3 % à 50 ans et plus de 4 % à 70 ans. C'est la raison pour laquelle il est actuellement recommandé que toutes les femmes entre 50 et 74 ans réalisent une mammographie tous les 2 ans dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein (16).

c) Les antécédents familiaux de cancer du sein

Chez toutes les patientes ayant des antécédents dans la famille, quel que soit leur âge, on observe un taux d'incidence de cancer du sein notablement plus important. Environ 20 à 30% des cas de cancer du sein se manifestent chez des femmes ayant des cas de cancers dans la famille, et notamment de cancer du sein. Le lien n'est pas toujours établi, cela peut être une concentration familiale fortuite, même si on sait qu'il existe une prédisposition génétique dans certains cas (19).

La présence d'antécédents de cancer du sein chez la mère, la sœur ou la fille multiplie par 2 ou par 3 le risque de développer cette maladie (20).

Selon une étude, environ 13 à 19 % des patientes ayant un cancer du sein signalent un parent au premier degré touché par la même maladie (une mère, une sœur ou une fille). En outre, le risque de cancer du sein augmente avec le nombre croissant de

parents au premier degré touchés. Il semblerait que ce risque soit plus important lorsque les proches concernés ont moins de 50 ans (16).

d) La prédisposition génétique

Il est estimé qu'entre 2 et 5 % des cancers du sein seraient d'origine génétique. Certaines personnes présentent des mutations génétiques qui peuvent expliquer une prédisposition au cancer du sein (21).

Deux gènes majeurs à haut risque sont bien identifiés : Breast Cancer 1 (BRCA1) et Breast Cancer 2 (BRCA2) situés respectivement sur les chromosomes 17 et 13. Ce sont des gènes « suppresseurs de tumeurs » impliqués dans la réparation des cassures du double brin de l'ADN (16,22).

En cas de mutation affectant l'un de ces gènes, leur fonction peut être altérée ce qui augmente le risque de développer un cancer du sein.

S'il est estimé qu'environ 12% des femmes développent un cancer du sein au cours de leur vie, les porteuses de mutations de BRCA1 ou BRCA2 ont un risque de cancer du sein à vie de 50 à 85 %. Le risque de développer un cancer du sein à un âge jeune, généralement avant la ménopause, ou un cancer du sein bilatéral est également plus élevé (23). Ces gènes sont transmis de manière autosomique dominante au fil des générations, avec une estimation indiquant qu'environ 2 femmes sur 1000 seraient porteuses d'une mutation du BRCA1 ou du BRCA2 (22). Cependant, ces mutations n'augmentent pas seulement le risque de cancer du sein, elles augmentent également le risque de développer un cancer de l'ovaire, principalement à partir de 40 ans. Ce phénomène est connu sous le nom de « Syndrome sein-ovaire », tiré de l'anglais « *Hereditary Breast and Ovarian Cancer* » (HBOC) (24).

D'autres altérations dans des gènes essentiels au fonctionnement cellulaire sont associées à une augmentation du risque de développer un cancer du sein ou de l'ovaire (*PALB2, TP53, PTEN, CDH1, RAD51C, RAD51D, ...*). Bien que le risque individuel associé à chacun d'entre eux soit relativement faible, ils contribuent de manière significative au risque héréditaire de cancer du sein (23).

Heureusement, toutes les femmes porteuses de l'une de ces mutations ne développeront pas systématiquement un cancer du sein ou de l'ovaire au cours de leur vie : il s'agit d'une prédisposition génétique. Certains facteurs environnementaux pourraient agir comme déclencheurs potentiels.

Plusieurs éléments peuvent motiver l'oncologue à recourir à un conseil génétique spécialisé : l'apparition d'un cancer du sein avant 40 ans, la bilatéralité de l'atteinte mammaire (surtout avant 65 ans), le nombre de cas chez les parents de 1^{er} ou 2^e degré, la présence d'un cancer de l'ovaire ou l'observation éventuelle de cancer du sein chez l'homme. La consultation d'oncogénétique aura pour but de recueillir plusieurs informations : données médicales, histoire personnelle et familiale, arbre généalogique, etc. Tout ceci afin d'estimer la probabilité d'une prédisposition, et de recommander ou non un test génétique. Certaines personnes préfèrent ne pas connaître leur statut génétique. Mais chez les personnes porteuses d'une mutation génétique prédisposante au syndrome sein-ovaire, un suivi spécifique est recommandé, incluant une surveillance clinique et par imagerie et/ou une intervention chirurgicale prophylactique (21).

e) Les changements hormonaux

De nombreuses études ont confirmé le lien entre l'exposition aux hormones endogènes, principalement les œstrogènes et la progestérone, et le risque accru de cancer du sein chez les femmes.

Les moments clés tels que les premières règles, la grossesse, l'allaitement et la ménopause représentant des périodes de bouleversements hormonaux au cours de la vie d'une femme. De ce fait, la durée de ces événements et les perturbations hormonales qui y sont associées, jouent un rôle dans le potentiel déclenchement de cancérogénèse au niveau du tissu mammaire (25).

f) L'âge des premières règles et de la ménopause

L'âge des premières règles est un facteur de risque bien établi dans le développement du cancer du sein. Plusieurs études ont montré que la survenue des premières règles avant l'âge de 12 ans était associé à un risque accru de cancer du sein. En règle générale, chaque année de retard des premières règles diminue le risque de cancer du sein de 10 à 20%.

Ce phénomène s'explique par une exposition plus longue aux œstrogènes au cours de la vie d'une femme, particulièrement lorsque les cycles menstruels sont réguliers. Il a également été démontré que des cycles menstruels réguliers augmentent le risque de cancer du sein, par rapport aux femmes qui ont des cycles irréguliers. Des cycles menstruels plus courts, même de quelques jours, augmentent, sur l'ensemble de la vie reproductive d'une femme (de la puberté à la ménopause), le nombre total de

cycles, augmentation ainsi l'exposition totale aux œstrogènes et donc le risque de cancer du sein.

En outre, les femmes ayant eu leurs premières règles de manière précoce (avant 12 ans), présentent des taux d'œstrogènes plus élevés après leurs règles, renforçant ainsi l'augmentation du risque.

A contrario, plus la ménopause d'une femme survient de manière tardive, plus le risque de cancer du sein augmente. Selon le même principe, une ménopause précoce correspond à une période d'exposition plus courte aux hormones ovulatoires. Les femmes ménopausées à 55 ans ou plus ont 2 fois plus de risque de développer un cancer du sein que celles dont la ménopause survient à 45 ans ou moins (25).

g) Les grossesses

Un âge précoce à la première grossesse menée à terme (moins de 20 ans) représente un facteur protecteur du risque de cancer du sein. Cet effet protecteur s'explique par une différenciation maximale du tissu mammaire épithélial, le préservant ainsi des agents cancérigènes. Œstradiol, progestérone et prolactine permettent cette différenciation maximale (25).

Le risque de cancer du sein augmente juste après l'accouchement, puis diminue graduellement pour devenir quasiment nul environ 3 à 4 ans après la grossesse

À l'inverse, une première grossesse à plus de 30 ans, et la nulliparité sont des facteurs de risque du cancer du sein. En effet, avec une première grossesse tardive (plus de 30 ans), le risque d'avoir un cancer du sein augmente, avec une hausse estimée à +3% pour chaque année supplémentaire avant la première grossesse. La différenciation des cellules mammaires survient plus tardivement, les exposant donc plus longtemps aux agents cancérigènes (20).

En cas de première grossesse avant 30 ans, le risque est estimé à 25% de moins par rapport aux femmes nullipares (26).

De plus, pour un âge identique au moment de la première grossesse, une augmentation du nombre d'enfants est associée à une diminution du risque de cancer du sien, celle-ci étant estimée à 8% par enfant (27).

h) L'allaitement

Le dernier rapport du *World Cancer Research Fund* (WCRF) et de l'*American Institute for Cancer Research* (AICR) publié en 2018 conclut que l'allaitement est associé à une

réduction du risque de cancer du sein chez la mère, avec un niveau de preuve jugé probable. De plus, de nombreuses études indiquent que plus la durée d'allaitement est longue, plus le risque de cancer diminue.

Plusieurs mécanismes semblent être impliqués. Cela inclut la baisse des taux sanguins d'œstrogènes et d'androgènes pendant la période d'aménorrhée due à l'allaitement, l'exfoliation importante du tissu mammaire pendant la lactation qui va éliminer les cellules porteuses de lésions de l'ADN, ainsi que la mort cellulaire massive à la fin de la période d'allaitement (28,29).

i) La densité du tissu mammaire

Selon une étude, les femmes ayant une densité élevée du tissu mammaire en mammographie ont un risque accru de développer un cancer du sein avec une multiplication du risque estimée entre 2 et 6 (30).

j) Les antécédents personnels de cancer du sein

Le cancer du sein d'une femme en rémission ou guérie peut récidiver. Le cancer peut récidiver au même endroit, ce qu'on appelle une récurrence locale. Mais le cancer peut également récidiver à distance, sur l'autre sein. Des études ont montré que les antécédents personnels de cancer du sein représentent un facteur de risque important pour le développement d'un nouveau cancer. Ce risque est estimé 3 à 4 fois plus élevé que celui d'une femme du même âge. C'est ce risque qui justifie un suivi régulier des femmes en rémission, par mammographie, éventuellement associée à une échographie (31).

k) Les radiothérapies antérieures

Les femmes jeunes de moins de 30 ans, qui ont subi des radiothérapies répétées du thorax, ou qui ont reçu un traitement par irradiation pour un autre type de cancer thoracique (comme le lymphome hodgkinien), présentent un risque accru de développer un cancer du sein.

De plus, les femmes ayant subi une radioscopie pulmonaire durant leur enfance dans le cadre du dépistage d'une primo-infection par l'agent de la tuberculose sont également exposées à un risque supérieur de cancer du sein (32).

2) Principaux facteurs de risques modifiables et évitables

a) Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause

Les THS ont été fortement étudiés au cours des dernières années. De multiples études ont mis en évidence leur impact sur différents cancers, dont le cancer du sein, soulignant une augmentation du risque associé à la prise du THS. La nature de ce risque dépend des hormones prescrites ainsi que de leur durée d'utilisation. Il semblerait qu'un THS associant œstrogènes et progestérone soit associé à un risque plus élevé par rapport à un traitement à base d'œstrogène seul. De plus, le risque de cancer du sein augmente d'environ 30% chez les femmes qui sont sous traitement depuis plus de 5 ans. Ce risque semble diminuer rapidement après l'arrêt du THS (13).

b) Les contraceptifs oraux

D'après le travail du « *Collaborative group on hormonal factors in breast cancer* » regroupant 54 études et comprenant plus de 53 000 femmes atteintes d'un cancer du sein, la prise de contraceptifs oraux augmente le risque de cancer du sein d'environ 25%, surtout chez les jeunes femmes qui la prennent depuis peu et celles qui l'utilisent depuis plus de 10 ans.

Le risque est le plus élevé pendant la période d'utilisation du contraceptif et chute lentement à l'arrêt de ce dernier. Dix ans après l'arrêt du contraceptif, le risque n'est plus augmenté. Ce risque semble indépendant du type de contraceptif utilisé (33,34).

c) L'activité physique et l'alimentation

La pratique régulière d'une activité physique est associée à une réduction du risque de développer un cancer du sein. Bien que le mécanisme précis demeure partiellement compris, il semblerait que l'activité physique exercerait un rôle protecteur en diminuant le taux d'œstrogènes limitant ainsi l'exposition hormonale, et en stimulant le système immunitaire. Cela concernerait tous les types d'activité physique, mais la marche prolongée avec une intensité modérée entraînerait les meilleurs résultats. Des études indiquent qu'une femme active peut présenter un risque réduit de 12 à 21% de développer un cancer du sein par rapport à une femme moins active. Les recommandations en France préconisent une pratique d'au moins 30 minutes d'activité physique, 5 jours ou plus par semaine.

En 2015, on estimait qu'environ 2 315 cas de cancer du sein post-ménopausique (représentant 4% de l'ensemble des cancers du sein) en France étaient attribuables à une alimentation déséquilibrée. Selon les évaluations du CIRC, l'insuffisance de

consommation de fibres alimentaires serait un facteur contributif significatif. Une alimentation diversifiée et riche en fibres contribue à diminuer la sécrétion d'insuline, la résistance à l'insuline, et les concentrations sanguines d'hormones stéroïdiennes. De plus, les fibres favorisent la production d'acides gras à chaîne courte ayant des propriétés anti-inflammatoires et antiprolifératives bénéfiques. Ainsi, les recommandations actuelles en matière de nutrition s'orientent vers l'adoption d'un régime méditerranéen plutôt qu'occidental pour réduire les risques de cancer (27,35,36).

d) Le surpoids et l'obésité

En 2015, on évaluait à 4 507 le nombre de cas de cancer du sein survenant après la ménopause en France (représentant 8% de l'ensemble des cancers du sein) pouvant être attribués au surpoids et à l'obésité. Selon le CIRC, chaque augmentation de 5 unités de l'indice de masse corporelle (IMC) serait associée à un risque d'environ 1,1 fois plus élevé de développer un cancer du sein après la ménopause.

De plus, le risque de cancer du sein après la ménopause augmenterait proportionnellement à la prise de poids à l'âge adulte. Une étude a révélé qu'une prise de poids de 25 kg ou plus chez une femme depuis ses 18 ans augmenterait le risque de cancer du sein de 45% par rapport à une stabilité du poids. Les données indiquent également que l'adiposité abdominale, mesurée par le tour de taille, est un prédicteur de risque du cancer du sein, surtout après la ménopause.

Divers mécanismes peuvent expliquer cela : l'excès de tissu adipeux contribue à augmenter la résistance à l'insuline, entraînant une hyperinsulinémie chronique qui favorise la production d'*insulin-like growth factor-1* (IGF-1), stimulant ainsi la prolifération cellulaire. Par ailleurs, l'obésité est responsable d'un état inflammatoire chronique propice à la prolifération cellulaire, en raison de l'augmentation des concentrations sanguines de facteurs pro-inflammatoires tels que le *tumor-necrosis factor- α* (TNF- α), la protéine C-réactive (CRP) ou encore l'interleukine 6 (IL-6). Ces mécanismes pourraient influencer tous les types de cancer.

Cependant, en ce qui concerne spécifiquement le cancer du sein, un autre mécanisme semble entrer en jeu. Le tissu adipeux, riche en aromatasase qui convertit les androgènes en œstrogènes, accroît les concentrations sanguines d'œstrogènes, même chez les femmes ménopausées qui, en l'absence de THS, présenteraient normalement des taux bas. Les cellules de la glande mammaire étant riches en

récepteurs aux estrogènes, elles sont particulièrement sensibles à la stimulation de la multiplication cellulaire provoquée par ces hormones (27,35–37).

e) L'alcool

La consommation d'alcool et son impact sur le cancer du sein représentent un domaine de recherche essentiel dans la compréhension des facteurs de risque associés à ce cancer. Plusieurs études épidémiologiques ont établi un lien significatif entre la consommation d'alcool et l'accroissement du risque de développer un cancer du sein chez les femmes. Plus de 8 000 nouveaux cas de cancer du sein étaient attribuables à l'alcool en 2015.

Classé comme un cancérigène avéré de groupe 1 par le CIRC, l'alcool exerce son influence sur le développement du cancer du sein à travers plusieurs mécanismes biologiques. La consommation d'alcool conduit à la production d'un métabolite de l'éthanol, l'acétaldéhyde, qui est considéré comme génotoxique et possiblement cancérigène pour l'homme (Groupe 2B du CIRC). De plus, elle peut accroître les niveaux d'hormones circulantes, notamment les estrogènes, stimulant les récepteurs aux estrogènes et favorisant ainsi la multiplication cellulaire.

Des études ont établi une corrélation entre le niveau de consommation d'alcool et le risque de cancer du sein. Une femme consommant un verre d'alcool par jour, de manière quotidienne, verrait son risque augmenter d'environ 10%. Ce risque serait proportionnel, il doublerait pour celles consommant deux verres par jour, triplerait pour celles en consommant trois, et ainsi de suite.

La quantité d'alcool consommée demeure le facteur déterminant des risques encourus, sans qu'aucun type d'alcool ne soit considéré comme plus ou moins à risque qu'un autre. Les recommandations actuelles préconisent de ne pas dépasser 2 verres par jour, de ne pas excéder 10 verres par semaine, et de s'abstenir de consommer de l'alcool quotidiennement (27,36).

f) Le tabac

Le tabagisme demeure la principale cause de cancer à l'échelle mondiale, avec la fumée de tabac qui contient environ 4000 substances chimiques, dont plus de 50 qui ont été identifiées comme cancérigènes pour l'homme. Bien que la relation entre le tabagisme et le cancer du sein soit moins évidente que dans le cas d'autres cancers, certaines recherches épidémiologiques ont fourni des indications significatives.

L'étude E3N-EPIC, publiée en 2014 et portant sur une cohorte de près de 200 000 femmes, offre des résultats majeurs.

En comparaison avec les femmes n'ayant jamais fumé et qui n'ont jamais été exposées au tabagisme passif, les fumeuses (actuelles ou anciennes) présentaient un risque accru de 15%. Pour les femmes qui ont été exposées au tabagisme passif au cours de leur vie, le risque était un peu moindre mais quand même alarmant, il augmentait de 11%. Ils ont montré que, même après la ménopause, le risque persiste. En effet, chez des femmes ménopausées fumant depuis plus de 10 ans, avec une consommation quotidienne de 15 cigarettes ou plus, il a été observé une augmentation de 30% du risque de cancer du sein.

La transformation néoplasique du tissu mammaire exposé à des agents carcinogènes de la fumée de tabac, tels que les hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) est à l'origine de ce risque. Ces composés induisent des dommages à l'ADN et interfèrent avec le métabolisme des estrogènes, contribuant ainsi à la formation de métabolites génotoxiques (38,39).

III. Classification des tumeurs mammaires

1) Classification histologique

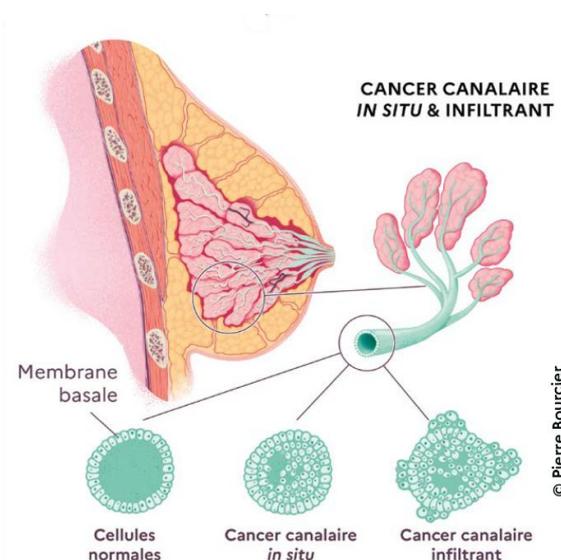


Figure 6. Cancer canalaire *in situ* et infiltrant (40)

Dans 95% des cancers du sein, il s'agit d'un adénocarcinome : une tumeur d'origine glandulaire, qui se développe à partir des cellules épithéliales de la glande mammaire. Il peut s'agir de cellules des lobules sécréteurs ou des conduits lactifères du sein. Les cancers *in situ* sont à différencier des cancers infiltrants.

Il existe également des formes rares de cancer du sein tels que la tumeur phyllode, le sarcome ou encore le lymphome, qui nécessitent des approches thérapeutiques différentes et qui ne seront pas détaillés ici (41).

a) Adénocarcinomes in situ

À un stade précoce, les cellules carcinomateuses restent contenues à l'intérieur de l'épithélium sans franchissement possible de la membrane basale, les lésions sont alors nommées carcinomes *in situ* et présentent un risque métastatique nul (Figure 6)

Le carcinome *in situ* peut être de deux types : canalaire (CCIS) ou lobulaire (CLIS) selon l'aspect morphologique des cellules et de leur localisation (canaux lactifères pour le CCIS et lobules sécréteurs pour le CLIS).

Cependant, le carcinome *in situ* peut disséminer dans le sein par diffusion à l'intérieur des canaux, et évoluer potentiellement vers un cancer invasif ou infiltrant (42,43).

b) Adénocarcinomes infiltrants

Quand les cellules cancéreuses franchissent la membrane basale, on parle de carcinome mammaire infiltrant ou invasif (Figure 6). La prolifération des cellules tumorales se manifeste d'abord par une extension proche qui reste localisée au niveau du sein, suivie d'une dissémination des cellules tumorales par voie vasculaire ou lymphatique. La dissémination lymphatique contribue à l'extension vers les aires ganglionnaires de drainage des seins, mais peut également participer à l'extension à distance. La dissémination vasculaire est en revanche responsable de la formation de métastases à des sites éloignés du sein, tels que les os, les poumons et le foie, qui sont des sites où la formation de métastases se fait de manière préférentielle dans le cadre d'un cancer du sein.

Dans la classification des tumeurs du sein de l'OMS (*WHO Classification of Tumors, Breast Tumors*, 2019), deux entités histologiques représentent environ 95% des cancers du sein infiltrants :

- le carcinome infiltrant non spécifique (ou carcinome canalaire infiltrant) qui représente 80% des cas ;
- le carcinome lobulaire infiltrant qui représente 15% des cas.

Il existe d'autres formes rares de cancer du sein infiltrants, qui ne sont ni canalaire ni lobulaire : carcinome médullaire, carcinome mucineux, carcinome tubuleux et carcinome papillaire (41–43).

2) Facteurs immunohistochimiques prédictifs et pronostiques

L'utilisation seule de la classification histologique est en réalité insuffisante pour établir le pronostic d'une tumeur, et déterminer sa sensibilité aux traitements.

Pour tous les cancers du sein infiltrants, le pathologiste utilise également l'immunohistochimie sur des prélèvements cytologiques afin de détecter la présence de récepteurs d'intérêt à la surface tumorale.

a) Récepteurs hormonaux

Par définition, un récepteur hormonal à la surface d'une cellule détecte et capte les hormones dans la circulation sanguine.

Le récepteur aux œstrogènes (RE) est un facteur de transcription nucléaire, exerçant son action via des sites de liaisons spécifiques au niveau de l'ADN appelés *estrogen responsive elements* (ERE). Activé par les œstrogènes circulants, il module la croissance et la différenciation des cellules épithéliales normales du sein.

Le récepteur à la progestérone (RP) est également un facteur de transcription nucléaire. Son expression est induite par le RE, indiquant que la voie RE est intacte et fonctionnelle.

La recherche de la présence de récepteurs hormonaux RE et RP permet de définir le statut hormonal de la tumeur, qui constitue à la fois un facteur pronostique mais aussi un facteur prédictif de réponse à l'hormonothérapie.

En effet, lorsqu'au moins 10% des cellules cancéreuses analysées sont marquées (exprimant les RE ou RP), on parle d'un statut « RE positif » et/ou « RP positif ». Dans le cas de récepteurs hormonaux positifs, la tumeur est dite « hormono-dépendante », et un traitement par hormonothérapie pourra éventuellement être initié (42).

b) Human epidermal growth factor receptor 2 (HER 2)

Le proto-oncogène HER2 est localisé sur le bras long du chromosome 17, à la position 17q21. Il s'agit d'un gène codant pour une protéine transmembranaire, un récepteur tyrosine-kinase au facteur de croissance EGF, impliqué dans la modulation de la prolifération cellulaire et de la survie cellulaire normale.

Dans environ 15% des cancers du sein, le gène codant pour HER2 subit une amplification qui se traduit par une surexpression de la protéine HER2, entraînant la prolifération incontrôlée des cellules cancéreuses. On qualifie alors le cancer de « HER2 positif ». Ce statut est associé à un pronostic défavorable et à une survie

globale plus réduite. Cependant, il est possible d'utiliser une thérapie ciblant ce processus : les anticorps monoclonaux anti-HER2 tels que le Trastuzumab ou le Pertuzumab (42,44).

c) Index de prolifération Ki67

Le Ki67 est une protéine nucléaire exprimée lors de toutes les phases du cycle cellulaire, à l'exception de la phase de quiescence G0.

L'évaluation de son niveau d'expression peut se faire en déterminant le pourcentage de cellules tumorales marquées par un anticorps anti-Ki67 en immunohistochimie. En évaluant le niveau d'expression du Ki67, il est possible d'estimer le niveau de prolifération de la tumeur. Cette recherche s'avère utile pour évaluer le pronostic de la tumeur et anticiper, en partie, la réponse aux différents traitements anticancéreux (42,45).

3) Classification moléculaire en 4 groupes

Ces quatre marqueurs immunohistochimiques permettent de classer les cancers du sein en 4 phénotypes moléculaires majeurs.

D'une part, les cancers dit hormono-sensibles ou parfois appelés phénotypes « luminaux » :

- **phénotype luminal A** : tumeur qui exprime fortement les récepteurs hormonaux RE et RP mais ne surexprimant pas la protéine HER2. L'index de prolifération Ki67 est bas. Il s'agit de tumeurs associées à un bon pronostic ;
- **phénotype luminal B** : expression plus faible des récepteurs hormonaux RE et RP, et un index de prolifération Ki67 élevé. Elles sont généralement de grade histologique II ou III, donc de haut grade. Le statut HER2 peut être soit négatif, soit positif, distinguant ainsi le phénotype luminal B HER2 positif du phénotype luminal B HER2 négatif. Le pronostic de ces tumeurs est intermédiaire.

D'autre part, les cancers non hormono-sensibles :

- **phénotype non luminal HER2 amplifié** : absence d'expression des récepteurs hormonaux RE et RP, mais surexpression de la protéine HER2 quel que soit le niveau de Ki67 : « HER2 positif ». Il s'agit généralement de carcinomes infiltrants du sein de grade histologique II ou III, ayant un mauvais pronostic ;
- **phénotype basal** : il s'agit d'un type de tumeur appelée « cancer triple-négatif », car elle n'exprime aucun des récepteurs hormonaux RE et RP, et ne

surexprime pas la protéine HER2. La majorité de ces tumeurs sont des carcinomes infiltrants de type non spécifique de grade histologique III, caractérisés par un index de prolifération Ki67 élevé. Elles sont associées à un pronostic très défavorable.

Il existe également un 5^e groupe, regroupant des formes hétérogènes, il s'agit du **phénotype « normal breast-like »** : ce sont des tumeurs caractérisées par un profil « triple négatif » et par l'expression de gènes observés dans le tissu mammaire normal et le tissu adipeux.

La détermination du phénotype moléculaire d'une tumeur mammaire permet non seulement d'évaluer le pronostic de la tumeur, mais constitue également un outil essentiel pour une adaptation plus précise des stratégies thérapeutiques, notamment les thérapies ciblées anti-HER2 et l'hormonothérapie (42,46,47).

4) Grade histologique

Tous les cancers infiltrants font l'objet d'un *grading* visant à évaluer l'agressivité de la tumeur par un examen anatomopathologique d'un échantillon de la tumeur. Durant cette analyse, les cellules cancéreuses sont comparées à des cellules normales. Actuellement, le *grading* le plus utilisé est celui de Scarff-Bloom et Richardson, modifié par Elston et Ellis, où 3 paramètres morphologiques sont évalués sur une échelle de 1 à 3 (48,49).

Les trois critères morphologiques définissant le grade sont les suivants :

- **l'architecture cellulaire** : évalue la capacité de la tumeur à former des tubes, modifiant son apparence se différenciant des cellules saines. Il s'agit d'un phénomène également connu sous le nom de « différenciation tubuloglandulaire » ;
- **le pléomorphisme nucléaire** : mesure les variations de taille et de forme des noyaux cellulaires ;
- **le compte mitotique** : établit le nombre de mitoses observées sur 10 champs microscopiques au grossissement de 400x.

Les caractéristiques morphologiques sont notées selon le tableau ci-dessous :

Caractéristique morphologique	Score
Formation de tubes - Différenciation	
>75% de la tumeur	1
10-75% de la tumeur	2
<10% de la tumeur	3
Pléomorphisme nucléaire	
Variations de taille et de forme des noyaux très discrètes	1
Variations de taille et de forme des noyaux modérées	2
Variations importantes de taille et de forme des noyaux	3
Nombre de mitoses	
<10	1
Entre 10 et 20	2
>20	3

Tableau 1. Évaluation du grade histologique du carcinome du sein (49)

La somme de ces trois scores varie de 3 à 9 et permet d'attribuer le grade d'Elston et Ellis :

- **grade I** : pour une somme allant de 3 à 5 ;
- **grade II** : pour une somme allant de 6 à 7 ;
- **grade III** : pour une somme allant de 8 à 9.

La tumeur de grade I est considérée comme de bas grade tandis que le grade III correspond à une tumeur de haut grade, et par conséquent plus agressive (42,48–50).

5) Classification anatomo-clinique : classification TNM reliée au grade

La classification clinique la plus reconnue demeure la classification TNM des tumeurs malignes élaborée par *The Union for International Cancer Control* (UICC). L'acronyme TNM vient de l'anglais « *Tumor, Nodes, Metastasis* », signifiant respectivement « tumeur, ganglions, métastases ».

L'UICC actualise et publie cette classification depuis plus de 70 ans. La dernière version en vigueur est la 8^e édition publiée en 2016. Elle offre les normes internationales les plus récentes pour décrire et catégoriser les différents stades du cancer. Utilisée en pratique par les oncologues du monde entier, cette classification améliore la communication et les échanges dans la communauté médicale.

Dans le cadre du cancer du sein, cette classification ne s'applique qu'aux carcinomes et englobe aussi bien les cancers du sein masculins que féminins. Elle évalue l'extension de la maladie selon trois éléments :

- la lettre **T** représente la taille de la tumeur primitive mammaire. Elle est cotée de T0 à T4 en fonction de l'étendue de la tumeur ;
- la lettre **N** indique l'absence ou la présence, ainsi que l'ampleur d'une atteinte ganglionnaire régionale. Elle est cotée de N0 à N3 en fonction du nombre de ganglions affectés et de leur localisation ;
- la lettre **M** désigne l'absence ou la présence de métastases à distance. Il n'y a ici que deux choix possibles : 0 ou 1. On utilise M0 s'il n'y a pas de métastases et M1 en cas de tumeur métastatique.

La classification TNM détaillée du cancer du sein se trouve dans l'Annexe 1.

On distingue deux niveaux de classification : le stade clinique pré-thérapeutique cTNM (lorsque la classification est établie avant tout traitement) et le stade anatomopathologique postchirurgical pTNM (lorsque la classification est établie après le traitement chirurgical).

Après détermination des critères T, N et M, le stade du cancer du sein est défini ce qui oriente la stratégie thérapeutique individualisée pour chaque patiente. Les stades peuvent être : 0, I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IIIc ou IV, reflétant la gravité croissante du cancer (cf. Annexe 2) (51,52).

IV. Parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer du sein

1) Le diagnostic

Un cancer du sein peut être suspecté lors d'examens de dépistage comme la mammographie ou à l'occasion de la palpation des seins et des creux axillaires réalisée lors des consultations annuelles avec un médecin généraliste, une gynécologue ou une sage-femme. La patiente peut également repérer elle-même certains signes cliniques évocateurs lors de l'autopalpation, comme l'apparition d'une grosseur au sein ou sous l'aisselle, une modification de la forme du sein, un changement au niveau du mamelon ou de l'aréole (rétraction, déformation, changement de couleur ou écoulement inhabituel) ou encore des altérations cutanées au niveau du sein (rougeur, gonflement, aspect de peau d'orange) (53).

S'en suit alors le diagnostic du cancer du sein qui se déroule en plusieurs étapes. Tout d'abord le bilan initial, qui comporte différents examens ayant pour but de confirmer le diagnostic :

- une consultation spécialisée avec un oncologue pour un examen clinique approfondi des seins ;
- une mammographie des deux seins ;
- une échographie des deux seins et des ganglions lymphatiques entourant le sein ;
- une biopsie mammaire, généralement percutanée, qui permet de réaliser un examen anatomo-pathologique de la tumeur. Cet examen précise le type de cancer, le grade histologique, et l'expression immunohistochimique de certains marqueurs tels que les récepteurs hormonaux (œstrogène et progestérone), le statut HER2 ou encore le Ki67.

Une IRM mammaire peut également être nécessaire. À ces examens, s'ajoute l'interrogatoire de la patiente recherchant l'évolution de la symptomatologie dans le temps ou encore certains antécédents familiaux.

En cas de suspicion de métastases, un bilan d'extension sera réalisé afin de caractériser l'étendue du cancer. Ce bilan comprend des examens supplémentaires : radiographie du thorax, scintigraphie osseuse, scanner, échographie abdominale, IRM. Un bilan sanguin est réalisé systématiquement, ainsi qu'un bilan cardiaque avant l'initiation des traitements si nécessaire.

Ces éléments permettent de caractériser précisément la tumeur et son éventuelle dissémination, ce qui est indispensable pour proposer le traitement le plus adapté (54,55).

2) L'annonce

Vivre avec un cancer peut bouleverser profondément la vie d'une personne. L'annonce de ce diagnostic est un moment important et fragile, qui doit être organisé par des professionnels de santé formés à cette démarche.

Instauré en 2005 par la mesure 40 du premier Plan cancer (56), le dispositif d'annonce vise à garantir aux patients les meilleures conditions possibles pour recevoir un diagnostic de cancer. Il constitue aujourd'hui une norme de qualité que tout établissement de santé doit respecter pour être habilité à traiter le cancer (57). Au fil

du temps, ce dispositif a été retravaillé pour améliorer l'accompagnement des patients et renforcer la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués. En 2019, l'INCa a proposé un référentiel organisationnel, faisant évoluer ce dispositif en cinq étapes successives, toutes essentielles (58) :

- **le temps d'annonce de la suspicion de cancer** : le diagnostic possible de cancer est évoqué pour la première fois au patient, par exemple suite à des résultats d'imagerie suspects ou à un examen clinique inquiétant ;
- **le temps d'annonce de la confirmation du diagnostic** : le diagnostic de cancer est confirmé et communiqué au patient ;
- **le temps dédié à la proposition thérapeutique** : la stratégie thérapeutique établie en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est proposée au patient et consignée dans le Programme personnalisé de soins (PPS) qui lui est remis ;
- **le temps d'accompagnement soignant paramédical** : ce temps est consacré à l'écoute, à la reformulation et à l'apport d'informations complémentaires sur les traitements à venir. Il inclut également une évaluation des besoins du patient en soins de support, avec une orientation possible vers des structures et professionnels spécialisés ;
- **la consultation de synthèse** : c'est là qu'intervient le médecin traitant du patient. Il va répéter, reformuler et compléter les informations transmises, tout en répondant aux questions du patient et de ses proches, dans la continuité de ce qui a été expliqué à l'hôpital. Elle permet également au médecin traitant de lancer les démarches liées à l'Affection de longue durée (ALD) et mettre en place certaines formalités administratives (arrêt de travail, mi-temps thérapeutique, certificats médicaux, etc.).

Dans ce même référentiel, l'INCa propose un schéma détaillé de l'organisation du dispositif d'annonce tel qu'il devrait être réalisé dans les établissements de santé, reprenant les 5 temps essentiels et les différents intervenants :

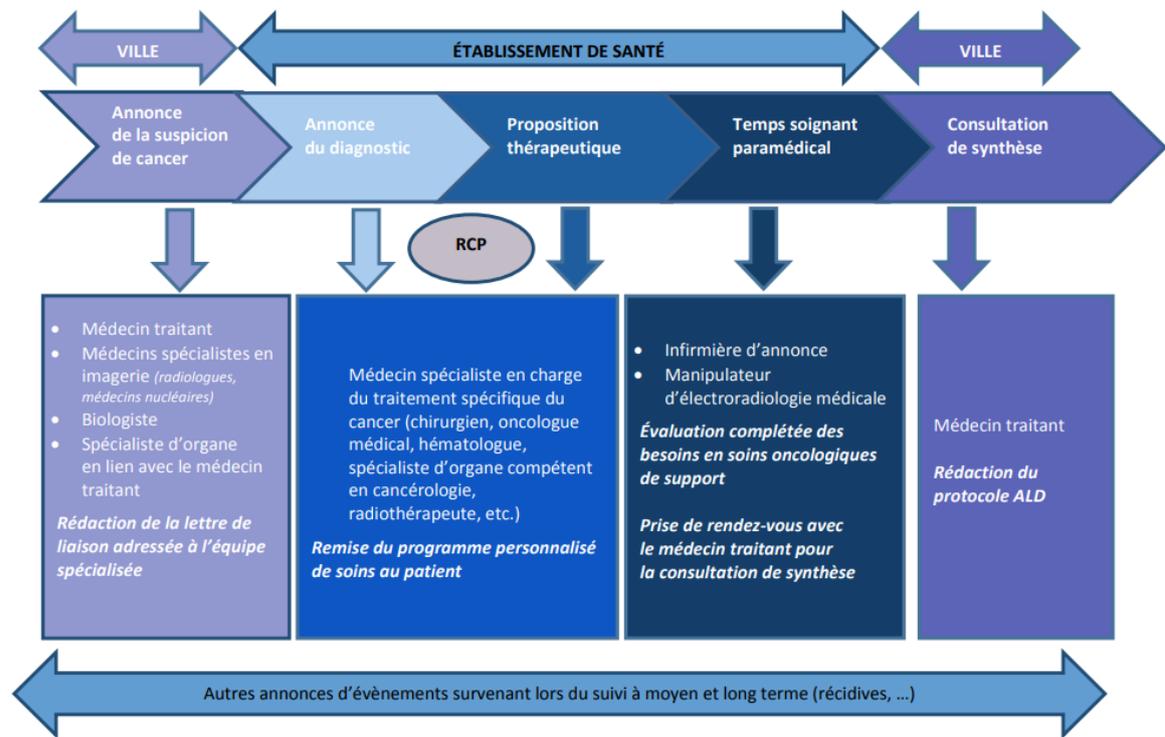


Figure 7. Schéma chronologique du dispositif d'annonce proposé par l'INCa (58)

Notons qu'en pratique, l'annonce de la confirmation du diagnostic et la proposition thérapeutique peuvent se faire en même temps.

3) Les stratégies thérapeutiques

Différentes approches permettent de traiter le cancer du sein. Un traitement individualisé est proposé sur la base de l'avis rendu en RCP, et discuté avec la patiente. Le choix du protocole thérapeutique et des différents traitements se fait en fonction de la classification de la tumeur.

a) La chirurgie

La chirurgie du sein consiste à retirer la tumeur pour limiter le risque de récurrence locale (59,60).

Deux types d'interventions peuvent être réalisés :

- chirurgie dite « **conservatrice** » : mastectomie partielle, elle consiste à retirer la tumeur et les tissus avoisinants ;
- chirurgie dite « **non conservatrice** » : mastectomie totale, elle consiste à retirer l'ensemble du sein malade.

S'il s'agit d'une tumeur mammaire infiltrante de petite taille, la chirurgie peut s'accompagner de l'exérèse et de l'analyse des ganglions sentinelles, qui sont les

premiers ganglions recevant le drainage lymphatique axillaire du sein. Le but est de préciser l'étendue de la tumeur, si celle-ci se limite au sein ou non, et d'éviter un curage axillaire invasif. Si ces ganglions sont atteints, un curage axillaire pourra être indiqué, il s'agit de l'ablation de l'ensemble des ganglions lymphatiques du sein dans le but de réduire le risque de récurrence. Cette technique comporte des effets secondaires pouvant être gênants pour les femmes opérées, notamment l'apparition et la persistance d'un lymphœdème au niveau du bras (61). Par la suite, en cas de mastectomie totale, une reconstruction mammaire pourra être envisagée avec la patiente afin de pallier la perte du sein.

b) La radiothérapie

La radiothérapie consiste à diriger des rayonnements ionisants de manière ciblée pour détruire les cellules cancéreuses, en essayant de préserver autant que possible les tissus et organes sains voisins. Dans le cancer du sein, la radiothérapie externe est la plus utilisée, ce qui signifie que les rayons proviennent d'une source externe (accélérateur linéaire de particules) et traversent la peau pour atteindre la tumeur (62).

Trois zones du corps peuvent être irradiées (60) :

- irradiation de la **glande mammaire** après une mastectomie partielle ;
- irradiation de la **paroi thoracique** après une mastectomie totale, pour les tumeurs infiltrantes ;
- irradiation des **ganglions**, pour des cas très particuliers de tumeurs infiltrantes.

c) La chimiothérapie

Il s'agit de l'administration de médicaments par voie orale ou intraveineuse, dont l'objectif est de détruire les cellules cancéreuses et empêcher leur multiplication en portant atteinte à leur ADN ou leur cycle cellulaire. La chimiothérapie n'étant pas sélective, elle touche également les cellules saines de l'organisme et provoque de nombreux effets secondaires. Pour la chimiothérapie intraveineuse, la mise en place d'une voie veineuse centrale est généralement nécessaire pour éviter d'abîmer les veines, le port-à-cath (PAC) étant le dispositif le plus courant. Le produit de chimiothérapie peut alors être directement injecté dans cette chambre implantable lors des cures (59,60).

Différentes molécules peuvent être utilisées, le plus souvent en association. Les deux classes thérapeutiques les plus utilisées dans le traitement du cancer du sein sont les

taxanes et les anthracyclines. La fréquence d'administration varie selon le traitement utilisé, les cures étant généralement espacées de 7 à 21 jours.

Une chimiothérapie proposée avant la chirurgie est dite « néoadjuvante », elle a pour but de réduire la taille de la tumeur avant l'intervention. Au contraire, une chimiothérapie proposée après la chirurgie est dite « adjuvante », son objectif étant de limiter le risque de récurrence locale.

Certaines chimiothérapies peuvent également être prises par voie orale, au domicile de la patiente.

d) Les thérapies ciblées

Les thérapies ciblées, contrairement aux chimiothérapies, visent des mécanismes spécifiques impliqués dans le développement et la croissance de la tumeur, tels que des récepteurs, des facteurs de croissance ou encore des enzymes (59,60).

Dans le traitement du cancer du sein, on retrouve les anticorps monoclonaux anti-HER2 tels que le trastuzumab (Herceptin®). On trouve également des inhibiteurs des CDK 4/6 comme l'abémaciclib (Verzenio®), ainsi que des inhibiteurs du facteur de croissance VEGF, comme le bévacizumab (Avastin®)

Leurs modalités d'administration sont similaires à celles des chimiothérapies.

e) L'hormonothérapie

L'hormonothérapie n'est indiquée que pour les tumeurs hormonodépendantes, lorsque la croissance des cellules tumorales est stimulée par les hormones sexuelles (œstrogènes et progestérone). Son objectif est de stopper la multiplication des cellules cancéreuses dépendantes de ces hormones.

On retrouve différentes classes thérapeutiques ayant des mécanismes d'action distincts (59,60):

- inhibition compétitive des récepteurs aux œstrogènes (anti-œstrogènes : tamoxifène, fulvestrant) ;
- inhibition de la synthèse des œstrogènes (inhibiteurs de l'aromatase : anastrozole, létrozole) chez les femmes ménopausées ;
- supprimeurs de la synthèse ovarienne des œstrogènes chez les femmes non ménopausées (agonistes de la *Luteinizing Hormone-Releasing Hormone* (LH-RH)).

En situation adjuvante, l'hormonothérapie est administrée après la chimiothérapie et/ou la radiothérapie pour une durée moyenne de 5 ans.

4) Les soins oncologiques de support (SOS)

a) Définition générale

Les « soins de support » sont définis comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves ». Cette définition a été inspirée de celle du terme « supportive care » formulée en 1990 par la *Multinational Association for Supportive Care in Cancer* (MASCC) : « *The total medical, nursing and psychosocial help which the patients needs besides the specific treatment* » (63).

En France, cette notion a officiellement vu le jour dans la circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 liée à la mesure 42 du premier plan cancer (2003-2007) (64). Son introduction fait suite aux travaux de la commission d'orientation sur le cancer en 2002, ainsi qu'à un rapport d'un groupe de travail réuni par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation de soins (DHOS, devenue la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)) en 2004. Elle fait également écho aux requêtes formulées par des patients atteints de cancer en 1998, plaidant pour la considération des effets secondaires des traitements et une prise en charge psychosociale (63,64).

b) Pour les patientes

Nous l'avons vu précédemment, les soins de support s'initient dès l'annonce de la maladie lors du temps d'accompagnement soignant paramédical. Ils se poursuivent jusqu'à l'après-traitement ou jusqu'aux derniers moments de la vie, visant à garantir la meilleure qualité de vie possible tout au long de la maladie. L'objectif principal est d'atténuer les effets indésirables des traitements et de soulager les symptômes de la maladie. Ces soins sont conçus pour aborder également les aspects psychosociaux de la maladie, en répondant de manière personnalisée aux besoins spécifiques des patientes. Ils doivent être proposés et mis en place quel que soit le lieu de soins, faisant ainsi partie intégrante du parcours de soins. Les proches des patientes sont également inclus dans cette démarche et peuvent bénéficier d'un accompagnement adapté, notamment les aidants (65,66).

c) Pour les professionnels de santé

Pour les professionnels de santé, les soins de support ne constituent pas une nouvelle discipline, mais plutôt une coordination de compétences au service du malade et de

ses proches. Ils représentent une approche globale de la personne malade, s'inscrivant dans une prise en charge pluridisciplinaire qui intègre différentes disciplines médicales et paramédicales. Les domaines d'intervention sont étendus et variés, englobant à la fois les aspects somatiques (gestion des effets secondaires des traitements, traitement de la douleur, kinésithérapie, activité physique adaptée, nutrition...), les dimensions psychologiques (rompre l'isolement, soutien psychologique, onco-sexologie, art-thérapie, hypnose...), ainsi que les aspects sociaux et de bien-être tels que l'accompagnement social et la socio-esthétique. L'enjeu majeur réside dans la reconnaissance de l'importance de ces soins de support, les plaçant au même niveau que le traitement médicamenteux du cancer. Cela suppose une implication de l'ensemble des acteurs de soins en cancérologie, qui doivent prendre en compte cette dimension dans la prise en charge de leurs patients (66).

d) Accès aux SOS en France

1. Évaluation des besoins en SOS

L'accès aux SOS doit être facilité et accessible pour chaque patient. Le patient doit avoir la possibilité d'accéder, tout au long de sa prise en charge, à des soins de support adaptés à son état, et ce indépendamment du centre dans lequel il est traité.

Dès l'annonce du cancer, un repérage et une évaluation initiale des besoins en soins de support doivent être réalisés à travers une présentation détaillée de ces soins.

Pour faciliter la détection des besoins en soins de support, des outils d'aide au dépistage et à l'orientation des patients, sous forme de questionnaires, ont été développés dans le cadre du Référentiel Organisationnel National relatif aux Soins oncologiques de support pour les patients adultes atteints de cancer (67) (cf. Annexe 3). Ces questionnaires destinés tant aux patients (sous la forme d'auto-questionnaire) qu'aux professionnels de santé, se remplissent en environ 20 minutes.

Les soins de support proposés doivent être consignés dans le PPS, qui résume l'accompagnement thérapeutique du patient par l'établissement de soins et sa chronologie dans le temps. Ce document est remis à chaque patient à l'issue de la consultation de proposition thérapeutique, qui fait suite à la RCP. D'ailleurs, les besoins en SOS sont également évoqués lors de la RCP. La synthèse de ces besoins et des orientations doit être transmise à la fois au médecin référent mais aussi au médecin traitant *via* le dossier communiquant de cancérologie (DCC) lorsque cela est possible.

La réévaluation régulière de ces besoins est essentielle tout au long du parcours du patient, que ce soit lors des traitements ou dans l'après-cancer (les informations figureront alors dans le Programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)), afin de s'adapter aux éventuels changements dans les besoins des patients. Elle intègre également une évaluation de l'observance des SOS proposés (68).

2. Le « panier des soins de support » actualisé

Le troisième Plan Cancer 2014-2019 porté par François Hollande comprenait 17 objectifs. Initié en janvier 2014, il a conduit la DGOS du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes à solliciter l'expertise de l'INCa pour évaluer l'offre et la mise en œuvre des SOS et définir des axes opportuns d'évolution, à travers la saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015 (cf. Annexe 4) (69).

L'INCa a donc répondu à la demande de la DGOS en publiant en octobre 2016 son rapport « Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support ». Ce rapport d'expertise propose un « panier-référentiel » définissant le contenu de l'offre et de l'organisation SOS à garantir à tous les patients atteints de cancer ainsi qu'à leurs proches. La validation nationale de ce « panier-référentiel » a été réalisée par l'instruction DGOS/INCa du 23 février 2017 qui vise à garantir et améliorer l'accès aux soins de support pour tous les patients atteints de cancer en France (70).

Le terme « panier-référentiel » fait référence au « panier de soins de support » qui consiste à « définir une liste de soins de support à garantir aux patients et aux proches en raison de leur caractère indiscutable, prioritaire, et relevant du champ sanitaire, mais également à préciser les compétences et l'organisation à mettre à disposition pour optimiser la qualité de cette offre de soins ». En d'autres termes, il englobe des soins de support ayant démontré un « impact positif sur l'état de santé des patients » se traduisant au quotidien par une amélioration de la qualité de vie des patients. Les soins inclus dans ce panier sont considérés comme essentiels et bénéficient donc d'un remboursement total ou partiel par l'assurance maladie (69).

Pour enrichir et mettre à jour ce panier de soins de supports, l'INCa a réalisé une analyse bibliographique et consulté un groupe d'experts avec le soutien de l'Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS), de la Société française de pharmacie oncologique (SFPO), et de la Ligue nationale contre le cancer. Des acteurs hospitaliers et extrahospitaliers impliqués dans les SOS ont également été audités.

Leur rapport d'expertise dévoile ainsi le « **panier actualisé** » qui se compose d'un **socle de base comprenant 4 soins « socle »** :

- prise en charge de la douleur (avec notamment deux techniques d'analgésies considérées comme prioritaires : l'hypnoanalgésie et l'analgésie intrathécale) liée au cancer et/ou à ses traitements ;
- prise en charge diététique et nutritionnelle avec l'intervention d'un diététicien ;
- prise en charge psychologique ;
- prise en charge sociale, familiale et professionnelle.

À ces soins « socle », s'ajoutent également **5 soins de support complémentaires** :

- activité physique ;
- conseils d'hygiène de vie en prévention tertiaire ;
- soutien psychologique des proches et des aidants, qui sont susceptibles de connaître une souffrance psychologique ;
- prise en charge des troubles de la sexualité ;
- soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité.

Les soins palliatifs représentent également un aspect essentiel des SOS.

Les auteurs mettent en avant la nécessité d'évaluer davantage les SOS liés à l'image corporelle, comme la socio-esthétique ou l'art-thérapie, en raison d'un manque de preuves d'après les données de la littérature. De leur point de vue, d'autres approches plus spécialisées comme la stomathérapie et l'odontologie ou encore certaines techniques psychocorporelles (la sophrologie, l'hypnose, l'acupuncture, la méditation pleine conscience...) nécessitent également une évaluation supplémentaire. Ces activités sont généralement proposées au sein des associations de lutte contre le cancer.

La Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 envisage ainsi d'entreprendre une revue approfondie et une analyse bibliographique de l'ensemble des SOS cités ci-dessus. Ces travaux complémentaires sont destinés à faire évoluer le panier de soins de support actuel.

Malgré le fait que la socio-esthétique n'apporte actuellement pas un niveau de preuve suffisant selon les données de la littérature, elle contribue au bien-être de nombreux patients et la stratégie décennale prévoit spécifiquement d'étudier « les apports de la socio-esthétique en vue d'une intégration au panier de soins de support après

évaluation ». Elle demeure, pour l'instant, classée dans la catégorie des soins de bien-être, souvent prise en charge par les associations (67–69).

Il convient donc de souligner que la notion de soins de support ne se limite pas au seul contenu du « panier des soins de support » tel qu'il est défini réglementairement. Elle revêt en réalité une dimension bien plus large, englobant l'ensemble des soins destinés à préserver la qualité de vie des patientes tout au long de leur parcours de soins en leur apportant un soutien global (physique, psychologique et social). Il s'agit également de tous les soins contribuant à prévenir ou à atténuer les effets secondaires de la maladie et des anticancéreux. À ce titre, le pharmacien d'officine occupe une place essentielle en intervenant dans la gestion des effets secondaires des traitements anticancéreux.

V. Évolution du rôle du pharmacien à travers les textes réglementaires

Dans la population générale, l'officine est perçue comme un lieu d'accueil et d'écoute, où le patient peut obtenir des informations et être conseillé sur sa santé, sans rendez-vous. Cette accessibilité est précieuse pour les patients, notamment dans les zones de désert médical en France. La proximité du pharmacien, assurée par le maillage territorial des officines, en fait un professionnel de santé indispensable pour répondre aux besoins de santé de la population.

Ces dernières années, le rôle du pharmacien d'officine s'est considérablement élargi, devenant ainsi un acteur clé dans la prise en charge des patients, et notamment dans le domaine de l'oncologie. Les missions spécifiques du pharmacien d'officine auprès des patients atteints de cancer sont définies par plusieurs textes réglementaires.

1) La loi HPST

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) promulguée le 21 juillet 2009 en France a marqué une réforme majeure de l'ensemble de notre système de santé, dont l'objectif était d'améliorer l'accès à des soins de qualité (71).

Cette loi a permis la reconnaissance et le renforcement du rôle du pharmacien d'officine en lui conférant de nouvelles missions et en le positionnant comme un acteur essentiel de la prise en charge des patients. En effet, dans le cadre du titre II « Accès de tous à des soins de qualité », l'article 38 attribue aux pharmaciens d'officine un ensemble de missions :

- contribuer aux soins de premier recours : ceux-ci sont définis dans l'article 36 comme « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé » ;
- participer à la coopération entre professionnels de santé ;
- participer à la mission de service public de la permanence de soins ;
- concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients ;
- assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement ;
- être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient ;
- proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Bien que ces missions concernent l'ensemble des patients d'un pharmacien, leur impact est particulièrement significatif pour l'accompagnement des patients atteints de cancer. Le rôle du pharmacien dans l'accompagnement des patients sous thérapies orales est en effet essentiel. Par ailleurs, la mention de son rôle de prévention et de dépistage met en lumière son implication dans les campagnes nationales de santé publique, notamment en sensibilisant les patients aux dépistages précoces comme le dépistage organisé du cancer du sein et en éduquant les patients sur les facteurs de risque des cancers.

Cette loi a ouvert la voie à une série de missions supplémentaires pour les pharmaciens dans la prise en charge des patients atteints de cancer à l'officine, que nous détaillerons dans la suite de ce chapitre.

2) Les différents Plans nationaux cancer

Les États généraux du cancer, initiés en 1998 par le président de la Ligue nationale contre le cancer, le professeur Henri Pujol, ont été un moment décisif pour libérer la parole des malades et réunir les différents acteurs engagés dans la lutte contre le cancer. Ces rencontres ont abouti à des avancées majeures, telles que la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à l'amélioration de la qualité du système de santé, ainsi que la mise en place de trois Plans cancer successifs (72,73).

En effet, cette mobilisation nationale a conduit la France à développer une politique globale de lutte contre le cancer. Les Plans Cancer français ont couvert tous les aspects de la lutte contre la maladie, notamment la prévention, le dépistage, l'épidémiologie, l'organisation et la qualité des soins, le soutien du patient et de ses proches, l'après-cancer et la recherche. Ces plans ont été portés par les présidents de la République, ce qui a permis de les élever au rang de priorité nationale, leur assurant ainsi une couverture médiatique et un financement important. Tous les professionnels de santé ont été sensibilisés et mobilisés pour faire face à la complexité du cancer et améliorer la prise en charge des patients, y compris les pharmaciens d'officine. Bien qu'il n'y ait pas de mission spécifique attribuée au pharmacien d'officine, les différents plans fournissent un cadre pour renforcer son implication dans l'accompagnement à l'officine des patients atteints de cancer (74).

Le premier Plan Cancer (2003-2007) lancé en 2003 par le président Jacques Chirac avait pour objectif de restructurer le domaine de la cancérologie en France et de garantir un niveau minimal de qualité de soins aux patients. Ce plan a été à l'origine de la création de l'INCa, des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), des centres de coordination en cancérologie (3C) et des sept cancéropôles, qui œuvrent à la coordination des acteurs au niveau territorial. De plus, les établissements de santé traitant des patients atteints de cancer sont désormais tenus de respecter des critères de qualité spécifiques. Enfin, ce Plan a pris des mesures importantes dans le domaine de la prévention en faisant diminuer la consommation de tabac en France à travers une stratégie globale de lutte contre le tabagisme, et en mettant en œuvre le dépistage organisé du cancer du sein en 2004.

Le deuxième Plan Cancer (2009-2013) porté par le président Nicolas Sarkozy a permis d'introduire l'individualisation des prises en charge comme objectif central. Les patients se voient désormais remettre un PPS et un PPAC dès la consultation d'annonce. Bien que la qualité de vie des patients ait été reconnue comme une priorité, des inégalités sur l'accès aux soins de support ont persisté, et le rôle prévu pour les médecins généralistes n'a pas été pleinement mis en œuvre. Cependant, l'intégration des caractéristiques génétiques des tumeurs dans les traitements a progressé grâce à la mise en place de plateformes de génétique moléculaire. Des progrès ont également été réalisés en recherche clinique, ainsi que dans l'accès à la médecine personnalisée et aux essais cliniques pour les patients. En outre, le dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2009.

Le troisième Plan Cancer (2014-2019) porté par le président François Hollande s'est articulé autour de trois principaux objectifs de santé : réduire l'incidence des cancers, diminuer la mortalité et améliorer la qualité de vie des patients, tout en cherchant à optimiser les systèmes de soins. Ce plan a répondu aux besoins exprimés par les patients, leurs familles et les professionnels de la santé, visant à renforcer la qualité des soins, l'accès à l'innovation et à soutenir l'accompagnement global des enfants atteints de cancer et de leurs proches. En ciblant les populations les plus vulnérables (enfants, personnes âgées, patients atteints de cancers rares) et en luttant contre les inégalités d'accès aux soins et à l'innovation, le plan a œuvré pour garantir une prise en charge équitable et prévenir les conséquences économiques et sociales de la maladie. De plus, il a investi dans la prévention pour réduire le nombre de nouveaux cas de cancer et a soutenu la recherche fondamentale dans la lutte contre le cancer.

Concernant le pharmacien d'officine, ce troisième Plan Cancer met l'accent sur le rôle du pharmacien dans la coordination des soins entre la ville et l'hôpital, ainsi que dans la communication entre professionnels de santé. Il vise à améliorer l'accès des pharmaciens au DCC, à encourager leur participation aux programmes d'ETP. Il souligne également l'importance de sécuriser la délivrance des traitements anticancéreux par voie orale en pharmacie et l'importance du conseil, particulièrement dans le contexte du développement croissant des thérapies ciblées. Enfin, il renforce l'implication des pharmaciens dans les initiatives visant à aider les patients à arrêter de fumer et donc à prévenir le cancer.

3) La stratégie décennale de lutte contre les cancers

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 portée par le président Emmanuel Macron s'inscrit dans la continuité des précédents Plans Cancer, mais s'étend cette fois-ci sur 10 ans. Elle se compose de quatre axes principaux : améliorer la prévention, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, lutter contre les cancers de mauvais pronostic, et garantir que les avancées bénéficient à tous. Ces objectifs incluent la promotion d'une meilleure hygiène de vie, à la fois en termes d'alimentation et d'activité physique, la prévention des cancers liés à l'alcool et au tabac, le développement du dépistage précoce accessible à tous, l'amélioration de l'accompagnement des patients pendant et après la maladie, l'accès aux soins de support pour tous, et la poursuite des investissements dans la recherche pour des traitements plus personnalisés et une meilleure qualité de vie.

Une fois de plus, l'engagement du pharmacien est renforcé, avec une mention spéciale de son rôle dans la prévention des cancers liés au papillomavirus humains (HPV) en sensibilisant notamment les parents au comptoir, mais également en participant aujourd'hui de manière active à la prescription de la vaccination contre les HPV en officine. Par ailleurs, l'accès au dépistage devait être simplifié, et pour cela les pharmaciens sont aujourd'hui mobilisés en fournissant aux patients les kits de dépistage du cancer colorectal à l'officine (75). Les pharmaciens sont également mobilisés pour la réalisation du Bilan Prévention destiné à tous les assurés sociaux à des moments clés de leur vie. Ils interviennent en prévention primaire en informant sur les facteurs de risque des cancers (tabac, alcool, nutrition, activité physique etc.), et en prévention secondaire en sensibilisant les patients aux signes d'alerte nécessitant une consultation médicale (76).

4) Avenant numéro 21 du 30 septembre 2020 à la convention nationale pharmaceutique de 2012 pour étendre les entretiens pharmaceutiques aux patients sous anticancéreux oraux

L'évolution des traitements anticancéreux vers des thérapies ciblées orales dispensées en officine s'intensifie. D'une manière générale, les patients pensent qu'il y a moins d'effets secondaires avec le traitement oral et que celui-ci offre plus d'avantages et de confort comme le fait de pouvoir rester chez soi ce qui offre une meilleure qualité de vie, une facilité d'administration et moins d'allers-retours à l'hôpital. Cependant, cette évolution implique que les patients deviennent acteurs de leur prise en charge, ce qui nécessite une bonne autonomie et une éducation adaptée. Une bonne coordination entre les différents acteurs de santé est également primordiale, notamment lors du relai hôpital-ville. Dans ce contexte, le pharmacien occupe une position essentielle en tant que professionnel de santé accessible et proche du domicile des patients, pour accompagner et éduquer les patients sur la gestion de l'observance et des effets secondaires de leur traitement.

Pour répondre à ces changements, l'avenant n° 21 à la Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 4 avril 2012 publié au Journal Officiel le 30 septembre 2020 introduit un nouvel accompagnement spécifique pour les patients sous traitement anticancéreux oral : les entretiens pharmaceutiques des patients sous traitement anticancéreux oral. Ces entretiens visent plusieurs objectifs, notamment fournir des informations au patient et obtenir son adhésion au traitement, favoriser l'autonomie et l'implication du patient dans son traitement, encourager le bon usage et

l'observance, prévenir les effets secondaires, aider dans la gestion du traitement, et assurer une prise en charge coordonnée du patient. Cet accompagnement permet également de limiter la perte de repères des patients, en leur offrant un suivi en ville par le pharmacien, là où certains se sentent parfois abandonnés par le système hospitalier et le personnel médical. L'instauration de ces entretiens en officine valorise l'implication du pharmacien d'officine dans la prise en charge et le suivi des patients atteints de cancer (77,78).

Deuxième partie :

**Étude qualitative menée auprès
de patientes atteintes d'un cancer
du sein**

I. Méthode

1) Objectifs de la recherche

Au travers des différents sujets abordés précédemment, nous avons pu voir que le pharmacien d'officine joue un rôle central dans l'accompagnement des patientes atteintes d'un cancer du sein. Un rôle qui s'est d'ailleurs considérablement renforcé ces dernières années. Si ce renforcement s'explique par l'élargissement des missions confiées au pharmacien ainsi que par la proximité, tant relationnelle que territoriale qu'il entretient avec ses patientes, l'avis des patientes elles-mêmes sur le sujet reste peu documenté dans la littérature.

Nous avons donc souhaité connaître ce que les patientes pensent du soutien apporté par leur pharmacien : quels en sont les bénéfices perçus, les éventuelles difficultés rencontrées et les points à améliorer. L'objectif étant de mieux comprendre leurs besoins spécifiques en matière d'accompagnement, et leurs attentes envers leur pharmacien.

2) Choix de la méthodologie

Nous avons fait le choix d'une approche qualitative car cette approche nous semblait la plus adaptée pour comprendre l'expérience vécue par ces patientes, et mieux cerner leurs attentes vis-à-vis du pharmacien d'officine. Notre approche s'est inspirée de la méthode par théorisation ancrée développée par Glaser et Strauss dans les années 1960. Cette méthode vise à générer une théorie à partir des données du terrain, en s'appuyant sur l'analyse de phénomènes sociaux au sein d'une population ciblée, choisie pour sa capacité à fournir des informations pertinentes en lien avec la question de recherche (79).

Nous avons choisi de mener cette étude sous la forme d'entretiens individuels semi-dirigés, afin de favoriser l'expression des patientes sur leur récit de vie et leurs expériences.

Avant le commencement de l'étude, nous avons déterminé notre question de recherche, l'échantillonnage puis nous avons élaboré le guide d'entretien. Le guide d'entretien est une trame préparée à l'avance, constitué de questions ouvertes pour inciter la participante à nous raconter son vécu. Il sert de fil conducteur tout au long de l'entretien. Le guide d'entretien a été construit en amont des entretiens avec mes directrices de thèse et il a ensuite été validé par le personnel hospitalier du service (cf. Annexe 5). Nous l'avons complété par une grille de questions fermées, permettant

d'évaluer les besoins des participantes sur des aspects spécifiques et de les hiérarchiser par ordre d'importance afin de mieux comprendre leur niveau de besoin.

Une note d'information ainsi qu'un formulaire de consentement (cf. Annexe 6) ont également été élaborés.

3) Population concernée

Pour mener cette recherche, nous avons défini des critères d'inclusion et d'exclusion des participantes.

Toutes les femmes majeures suivies pour un cancer du sein localisé et sous chimiothérapie pouvaient être incluses, qu'elles soient en situation néoadjuvante ou adjuvante.

En revanche, les femmes sous hormonothérapie seule ont été exclues de l'étude, de même que celles suivies pour un cancer du sein métastatique, en raison de leur état général souvent altéré et de besoins qui, en conséquence, diffèrent considérablement de ceux des autres patientes pressenties.

4) Recueil des données

L'étude s'est déroulée à l'Hôpital Claude Huriez de Lille, en hôpital de jour d'Oncologie Médicale, lors de mon stage hospitalier de 5^e année de pharmacie.

Concernant le recrutement des participantes, celui-ci s'est fait auprès des patientes dans leur chambre en hôpital de jour. Je discutais avec elles de mon projet et je leur distribuais la note d'information et le formulaire de consentement. Si elles étaient d'accord, nous planifions ensemble un rendez-vous lors de leur prochaine cure de chimiothérapie.

J'ai conduit moi-même les entretiens avec les patientes, dans la chambre d'hôpital de jour où elles se trouvaient ce jour-là pour recevoir leur chimiothérapie pendant plusieurs heures. Il nous a semblé plus simple de faire ces entretiens dans le service sur leur temps de présence, plutôt que de leur demander de nous accorder du temps en dehors de leurs rendez-vous à l'hôpital. Lors des entretiens, les patientes étaient soit dans une chambre individuelle soit dans une chambre double. Si l'entretien se déroulait dans une chambre double, un rideau était tiré entre les deux fauteuils pour plus de confidentialité. Il pouvait y avoir des interruptions lors de l'entretien, liées au passage des médecins ou des internes. Des notes de terrain étaient prises après chaque entretien individuel, où je notais mes premières impressions sur l'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits intégralement mot à mot et anonymisés. J'ai réalisé toutes les retranscriptions moi-même à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

Au total, 8 patientes ont été approchées, et 7 entretiens ont pu être menés. Le huitième entretien n'a pas pu avoir lieu car la chimiothérapie de la patiente concernée a été annulée.

5) Analyse des données

L'objectif de cette analyse qualitative est d'identifier, de classer puis d'interpréter le sens des données recueillies. Contrairement à une approche quantitative ou à une analyse individuelle des points de vue des patientes, cette méthode vise à générer un modèle explicatif en comparant continuellement chaque entretien réalisé avec le précédent.

Avant de débiter l'analyse, une lecture flottante a été réalisée pour chaque entretien, ce qui a permis de comprendre les idées générales exprimées par les patientes ainsi que les sujets récurrents.

La première phase est l'analyse ouverte. Les retranscriptions ont été explorées sans *a priori* afin de permettre l'émergence de propriétés et de concepts. Celle-ci s'est faite en plusieurs étapes, à l'aide d'un document Microsoft Excel® que nous avons créé avec plusieurs colonnes distinctes correspondant à chaque étape de l'analyse ouverte. L'étiquetage à partir du verbatim s'est réalisé en deux temps. Premièrement, la création des étiquettes thématiques (« de quoi parle-t-elle ? ») puis l'émergence des étiquettes expérientielles (« qu'exprime-t-elle précisément ? »). En répondant à la question « de quel phénomène cette étiquette serait-elle une caractéristique ? », nous avons pu identifier des propriétés à partir des étiquettes expérientielles. Puis, nous avons construit des catégories conceptuelles, caractérisées par leurs propriétés.

Des cartes mentales pour chaque entretien ont été construites, regroupant les catégories conceptuelles, leurs propriétés et des extraits de verbatim illustrant les propriétés.

Par la suite, l'analyse axiale et l'analyse intégrative nous ont permis d'articuler entre elles l'ensemble des propriétés et catégories autour de différents axes, et donc de faire émerger un modèle explicatif, répondant à notre question de recherche.

Seul le premier entretien a bénéficié d'une triangulation par la confrontation de mes résultats avec ceux de mes directrices de thèse.

6) Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration (n°DEC22-287) auprès du Délégué à la protection des données du CHU de Lille afin de mener cette recherche conformément aux exigences légales françaises, notamment celles énoncées dans la Loi Informatique et Liberté applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine (CNIL loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), et européennes (Règlement européen ° 2016/679 relatif à la protection des données - RGPD).

Une note d'information détaillée (cf. Annexe 6) a été remise à chaque participante, expliquant leurs droits de rétractation et de rectification, et garantissant la confidentialité ainsi que l'anonymat de leurs données personnelles. Le consentement éclairé a ensuite été recueilli à l'aide des formulaires de consentement signés par chaque participante.

Lors de la retranscription des enregistrements audio, plusieurs mesures ont été prises pour anonymiser l'ensemble des données recueillies. Tous les noms propres, qu'ils s'agissent de personnes ou de lieux, ainsi que tout autre élément pouvant permettre l'identification des participantes ont été supprimés. Les identités des participantes ont été remplacées par des codes alphanumériques, tels que P1, P2, P3, etc., afin d'assurer une anonymisation complète des données. Les enregistrements audio ont été détruits après l'étape de retranscription.

Par la suite, l'ensemble des documents relatifs à la recherche ont été stockés dans un conteneur chiffré afin de sécuriser les données.

II. Résultats

1) Caractéristiques des participantes

Au total, sept entretiens ont été réalisés. Les entretiens ont duré entre 50 minutes et 1h20, avec une durée moyenne de 58 minutes.

L'âge des patientes interrogées variait de 34 à 69 ans avec une moyenne d'âge de 51,3 ans. Les participantes présentaient une large diversité d'âges et suivaient des traitements différents, ce qui a permis de collecter des données assez variées, enrichissant ainsi les résultats de l'étude. Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques des participantes :

	Sexe	Âge	Traitement	Situation	Se rend elle-même à la pharmacie
P1	Femme	57 ans	Taxol® hebdomadaire +Herceptin® toutes les 3 semaines	Adjuvante	Oui
P2	Femme	34 ans	Taxol® hebdomadaire	Néoadjuvante	Oui
P3	Femme	53 ans	Carboplatine + Pembrolizumab toutes les 4 semaines + Taxol® hebdomadaire	Néoadjuvante	Oui
P4	Femme	69 ans	Taxotere® + Endoxan® toutes les 3 semaines	Adjuvante	Non
P5	Femme	44 ans	EC90 (Epirubicine+ Cyclophosphamide) + Pembrolizumab toutes les 3 semaines	Néoadjuvante	Oui
P6	Femme	64 ans	Taxol® hebdomadaire	Néoadjuvante	Oui
P7	Femme	38 ans	Kadcyla® toutes les 3 semaines	Adjuvante	Oui

Tableau 2. Caractéristiques des participantes

2) Les catégories conceptuelles et leurs propriétés

Tous les entretiens ont été analysés selon la même méthode, en les comparant ensemble au fur et à mesure. Une carte mentale a ensuite été réalisée pour chacun des entretiens. L'objectif de cette carte mentale était de se représenter visuellement les différentes catégories conceptuelles et propriétés retrouvées au cours de l'analyse.

Les catégories conceptuelles retrouvées au cours de l'analyse de l'ensemble des entretiens sont représentées ci-dessous :

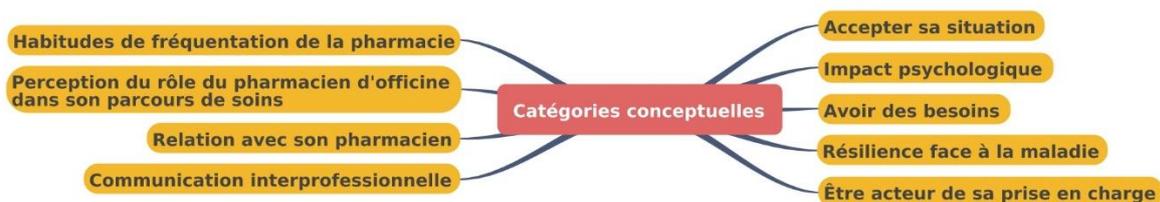


Figure 8. Représentation des catégories conceptuelles

À gauche de cette figure, on retrouve les catégories conceptuelles en lien avec le parcours médical et notamment le pharmacien. Sur la droite, figurent les catégories conceptuelles associées au vécu de la maladie et aux adaptations face à celle-ci.

À titre d'exemple, prenons la représentation de la catégorie conceptuelle « Perception du rôle du pharmacien d'officine dans son parcours de soins » de la carte mentale de l'entretien n°7 (Figure 10).

Sur la gauche, vous pouvez observer les différentes propriétés qui caractérisent cette catégorie conceptuelle. Ces propriétés ont été hiérarchisées en fonction de l'importance ressentie lors de l'entretien et/ou exprimée par la patiente. Un code couleur a été utilisé pour cette hiérarchisation.

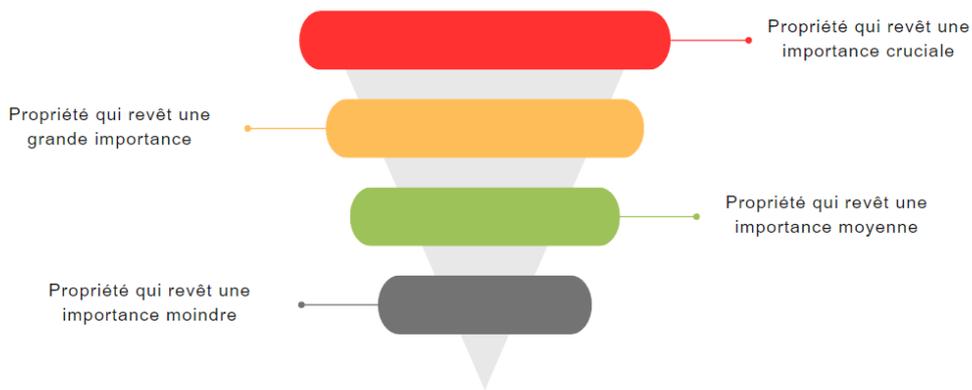


Figure 9. Légende des couleurs utilisées pour les propriétés des cartes mentales

Les bulles de texte colorées situées en dessous de certaines propriétés contiennent des extraits du verbatim. Ceux-ci ont été choisis en fonction de leur pertinence à illustrer et refléter la propriété concernée.



Figure 10. Focus sur une catégorie conceptuelle de la carte mentale de l'entretien n°7

Cette organisation a été utilisée pour l'ensemble des cartes mentales réalisées, présentées en annexes (cf. Annexes 7 à 13)

3) Analyse des résultats

À l'aide du guide d'entretien, nous avons structuré les entretiens autour de deux axes principaux : le vécu de la maladie et l'expérience en officine. Il nous semblait important d'aborder en premier lieu le vécu de chaque participante afin d'appréhender leurs expériences personnelles, leurs perceptions émotionnelles ainsi que les difficultés rencontrées au cours de leur parcours de soins. Nous pensions que ces éléments étaient susceptibles d'influencer directement les attentes des patientes concernant le soutien et l'accompagnement dont elles avaient besoin, et ainsi nous renseigner sur le rôle attendu du pharmacien d'officine dans leur parcours de soins. Nous souhaitions obtenir une vision d'ensemble sur leurs besoins.

a) La réalité de la maladie à travers le vécu des patientes

1. Accepter sa situation

➤ Le choc de l'annonce

L'annonce du cancer a souvent été évoquée par les participantes. Pour toutes, ce fut un choc : « [...] *c'est dur à accepter et tout... et moi au début ouais j'avais du mal à accepter j'en ai pleuré* » (P2).

Le choc était plus ou moins difficile à surmonter selon certains facteurs comme la présence de l'entourage : « *bah surtout qu'on m'a dit que c'était un cancer assez grave, donc ça m'a inquiétée ... mais bon, j'ai été bien soutenue dans mon entourage* » (P5) ou le soutien apporté par le personnel soignant : « *on prend la première claque quand on apprend la maladie pour moi, mais ... après on nous a tout bien expliqué, même jusqu'à l'infirmière quoi ... j'ai trouvé ça super bien d'avoir un rdv avec, elle nous fait visiter les locaux, elle nous explique ce qu'on va nous faire, les aiguilles ... c'est rassurant donc ce côté-là j'ai trouvé que j'étais très bien encadrée* » (P3).

La volonté de guérir et la confiance dans le personnel soignant renforçaient leur adhésion au parcours de soins : « [...] *moi on me dit de faire des prises de sang tous les jours je le fais* » (P6) ; « *je veux avancer dans les chimio comme prévu donc j'essaye d'éviter d'être malade* » (P2).

Elles exprimaient respecter à la lettre les traitements, les conseils prescrits et les examens demandés pour augmenter leurs chances de guérison.

➤ La tolérance des traitements

Les effets indésirables ressentis étaient différents d'un traitement à un autre, et d'une participante à une autre.

Certaines patientes, ne ressentant aucun effet indésirable, ont peu abordé ce sujet, comme si l'absence de symptômes les éloignait de la réalité de la maladie. Ne souffrant ni de douleurs ni d'effets secondaires, elles avaient du mal à se percevoir comme malades : « *bah non parce que ça va, c'est pas comme si j'étais vraiment malade ou si j'avais des effets vraiment indésirables [...] là tout va bien* » (P1).

D'autres toléraient moins bien les traitements, et ressentaient fortement les effets indésirables : « *bah la fatigue, fin tout ! l'EC100 c'était terrible j'ai fait une neutropénie fébrile après j'ai eu des gros problèmes intestinaux et puis c'était crevant, j'étais jamais bien* » (P6).

L'acceptation de ces effets indésirables dans leur quotidien variait d'une patiente à une autre, mais semblait plus facile lorsque leur intensité restait faible ou modérée. Certaines relativisaient leur expérience en la comparant à celle de patient(e)s plus sévèrement touchés : « *moi j'ai eu des nausées mais j'ai jamais vomi, somnolences aussi, après beaucoup de saignements de nez, mal de crâne ... après ... je pense que comparé à d'autres, je suis pas trop à plaindre parce que y'a d'autres patients qui malheureusement qui subissent beaucoup plus* » (P7).

D'autres participantes exprimaient plutôt une résignation à supporter certains effets secondaires, même lorsqu'ils étaient plus sévères : « *je me sens comme quelqu'un qui fait une chimio, c'est tout, faut bien hein ... pas le choix [...] je vis avec c'est pas non plus à crier au loup hein mais ça me dérange, je me dis vivement que ce soit fini quoi* » (P6).

Les effets indésirables et la fatigue ressentis les contraignaient à adapter leur quotidien et à modifier leurs habitudes : « *je fais la petite vaisselle c'est tout ... à manger quand j'ai le temps et que je suis pas trop fatiguée, sinon je ne fais plus comme avant ... tu as l'impression d'être impuissante tu veux le faire mais en même temps si je le fais est ce que je ne vais pas être fatiguée derrière du coup tu le fais pas...t'as peur* » (P2).

La maladie et ses traitements entraînent des modifications sur le corps des femmes, et les changements physiques associés étaient perçus différemment selon les participantes.

Toutes les participantes ont spontanément évoqué la perte des cheveux, soulignant son impact. La plupart se sont résignées à vivre avec, la considérant comme une conséquence inévitable des traitements : « rien, bon à part la perte de cheveux mais ça on le sait hein [...] heureusement que ça repousse après » (P1) ; « oui c'est ça qui me gênait le plus dans la maladie quoi, la perte des cheveux ... mais bon, tout le monde les perd » (P5).

À l'inverse, certaines semblaient avoir progressivement accepté cette transformation, malgré le choc initial : « Ça fait bizarre de perdre ses cheveux sur le coup [...] t'as le choc, et après ça va mieux puis après tu t'habitues tout doucement en fait » (P2).

➤ L'accès aux soins oncologiques de support

Les SOS à proprement parler n'ont pas souvent été évoqués. Les quelques participantes qui en ont parlé ont notamment apprécié les soins socio-esthétiques au sein du service : « par contre au niveau des crèmes ici, une dame est venue me faire essayer des huiles, des crèmes ... elle m'a expliqué ... elle m'a donné des dépliants, des adresses, des numéros et tout ... et ça c'est top ! » (P7). Une autre participante a évoqué l'activité physique adaptée (APA) qui était proposée par le service.

Une patiente a pu bénéficier d'un atelier manucure animé par une socio-esthéticienne dans sa pharmacie de ville et en était particulièrement satisfaite : « ça a fait du bien au moral aussi et puis soin des mains ça fait du bien ... j'ai trouvé ça super » (P5).

➤ Une attitude positive

Toutes les participantes évoquaient des moments difficiles à vivre, marqués par des peurs, des inquiétudes, des effets indésirables gênants. Mais pour la plupart, elles parvenaient à garder une attitude positive et optimiste, en relativisant et en soulignant l'importance de garder le moral pour aller de l'avant : « je me dis chaque jour fait chaque semaine faite c'est déjà bien, c'est que c'est positif » (P3) ; « t'as envie d'aller de l'avant, la page elle va tourner ça va aller mieux quoi » (P2).

2. Impact psychologique

➤ La peur du regard extérieur

Certaines participantes craignaient le regard des autres, le jugement et la stigmatisation : « parfois on ressent le regard je trouve [...] le regard des gens c'est pas pareil, je sais pas ... peut-être un peu plus insistant on va dire » (P5) ; « je préférais même limite dire oui je travaille alors que je sortais d'un examen ... peut-être parce

que je sais que je suis jeune et j'ai pas envie que ... après je suis aide-soignante donc je sais que les gens bon il y en a qui acceptent y en a qui acceptent pas, y en a qui ont besoin d'en parler ... moi pour ma part je préfère rester discrète voilà » (P7).

Cette crainte découlait des changements physiques visibles engendrés par les traitements, notamment la perte des cheveux : *« ben oui, c'est un cancer du sein quoi ... tu peux pas le nier, ça se voit, quand tu changes par rapport à ta tête en fait, quand tu les coupes, quand après tu mets un bonnet, tu mets une perruque donc ça se voit » (P2).*

➤ **Les inquiétudes**

Une partie des participantes faisaient part de leurs inquiétudes concernant leur capacité à assumer leurs obligations familiales, et redoutaient de ne plus en être capable : *« de se dire comment je vais faire j'ai une petite fille » (P2).*

Elles évoquaient parfois un sentiment d'impuissance pour accomplir les tâches du quotidien : *« je rentrais chez moi j'étais fatiguée j'étais malade, je n'aime pas être fatiguée je n'aime pas être malade du coup t'as l'impression d'être impuissant t'as l'impression de te dire est ce que ça va aller le lendemain » (P2) ; « là on est sur la fin, et il y a des moments je suis pas décisionnaire de ce que je veux faire ... j'aimerais faire plein de choses mais je peux pas donc ça je le sais » (P3).*

➤ **L'isolement**

Une participante exprimait un sentiment de solitude et d'isolement, se sentant mise à l'écart : *« j'en ai marre d'être ici toute seule, comme je suis toute seule ... et puis franchement j'ai des voisins pas agréables [...] personne ne vient m'aider hein ... j'ai qu'une dame qui m'achète des trucs comme ça ... euh ... les autres m'ignorent, mais je crois que c'est comme ça partout hein, les gens c'est incroyable » (P4).*

3. Avoir des besoins

➤ **La guérison**

Les besoins exprimés par les participantes variaient selon leur vécu, leur parcours de soins et de bien d'autres facteurs. En revanche, la notion de guérison a été évoquée par l'ensemble des participantes.

Ce sujet était abordé différemment selon les participantes. Certaines exprimaient la guérison comme leur seul et unique besoin lorsque je les interrogeais sur leurs besoins face à la maladie : *« (silence...) bah ... pas grand-chose, à part d'être guérie » (P1).*

Cette réponse traduit une souffrance émotionnelle marquée, éclipsant tous les autres besoins.

D'autres abordaient la guérison sous l'angle de l'espoir, un espoir qui les poussait à aller de l'avant, leur insufflant la force et la motivation pour affronter la maladie : « *Qu'est-ce que j'ai besoin pour ma maladie ? ben franchement juste être motivée pour combattre la maladie ... la force d'être là ... de te dire allez faut la combattre* » (P2) ; « *que tout réussisse bien ... c'est tout ... être patiente ... je veux dire c'est une petite parenthèse dans la vie, il faut le penser comme ça de toute façon ... il faut pas se laisser aller* » (P3).

➤ **Le soutien de l'entourage familial**

Toutes faisaient part de l'importance de la présence et du soutien de leurs proches : « *c'est important, les enfants mon mari ma famille mes amis, je sais que je peux compter sur eux [...] je suis bien encadrée, donc c'est un bon soutien* » (P3) ; « *j'ai eu besoin de beaucoup de soutien, de famille enfin tout ça, psychologiquement, et ... après je voulais pas voir une psy, j'avais juste besoin de ma famille* » (P7).

C'était important pour elles que leurs proches soient présents, mais elles mentionnaient également l'importance de leur aide au quotidien, qu'il s'agisse des tâches ménagères, des démarches administratives, ou d'autres aspects : « *j'ai mon fils qui est avec moi donc il me donne un coup de main sur pas mal de choses* » (P1).

La présence de l'entourage était également perçue comme un élément moteur de motivation pour combattre la maladie : « *moi je dis aux gens qui savent ce que c'est, d'essayer d'avoir de la famille à côté d'eux même par webcam, essayer de rigoler même si ça pleure tant pis ça pleure, mais c'est ça qui motive encore plus surtout ceux qui n'ont pas de compagnon ni d'enfant auprès d'eux* » (P2).

➤ **Le soutien du personnel soignant**

Plusieurs participantes ont souligné l'importance du personnel soignant dans leur combat, elles exprimaient une certaine reconnaissance tant envers les infirmières du service que leur oncologue. Elles étaient soutenues et écoutées, ce qui renforçait leur confiance dans le parcours de soins et impactait positivement leur moral : « *c'est important de savoir ce qu'on doit faire, on nous explique tout, et même si parfois on a pas compris on redemande à la séance d'après ... on a cette chance que bah tout le monde est patient et nous réexplique, c'est important [...] le côté très humain il est là* »

(P3) ; « on nous explique bien, on a bien été suivi, enfin franchement moi j'ai pas eu de problème ... on m'a très très bien rassurée, dès que j'avais des questions on m'a bien répondu et ça c'est top ... c'est très important parce que des fois on ose pas trop » (P7).

➤ La sécurité financière

L'aspect financier a parfois été évoqué. En effet, certaines participantes faisaient part de leurs difficultés économiques liées à l'arrêt du travail, ne percevant qu'une partie de leur salaire, ou à certains problèmes administratifs avec la sécurité sociale. Elles dénonçaient également le peu d'aides financières existantes : « bah ... c'est un peu compliqué, c'est difficile, parce que là j'ai la moitié de mon salaire, j'avais déjà pas un gros salaire, je faisais pas d'extra beaucoup, et ça allait, mais là la moitié ça fait beaucoup ... donc ma maman m'aide un peu en attendant d'avoir des APL tout ça, des démarches un petit peu » (P5).

Un autre sujet a souvent été évoqué : le prix des prothèses capillaires et autres accessoires (turbans, foulards, bonnets etc.). Quelques participantes dénonçaient le reste à charge important de l'achat d'une prothèse capillaire, montant parfois jusqu'à plusieurs centaines d'euros : « par rapport à la prothèse capillaire, euh ... j'aurais pensé qu'on avait rien à régler mais bon, ça ça dépend de la prothèse » (P5) ; « je trouve ça inadmissible, après voilà j'étais pas obligée de la prendre mais si ma maman me l'avait pas achetée franchement j'aurais pas eu les moyens de l'acheter » (P1).

Concernant le prix des accessoires capillaires, plusieurs participantes jugeaient les prix très élevés pour des personnes malades, ne pouvant plus travailler : « je les ai trouvés à 7 euros alors que quand vous allez sur des sites qui sont adaptés justement pour les personnes qui ont un cancer, c'est 3x le prix quoi ... alors que c'est exactement le même ... donc ça je trouve que c'est vraiment de l'abus car les personnes atteintes d'un cancer sont soit en arrêt de travail ou ce sont des personnes en retraite qui n'ont pas forcément de gros moyens » (P1).

4. La résilience face à la maladie

Selon le neuropsychiatre et psychanalyste Boris Cyrulnik, la résilience est le « processus qui permet de reprendre un type de développement malgré un traumatisme et dans des circonstances adverses » (80). Il s'agit donc pour ces femmes de se reconstruire, de trouver un nouvel équilibre de vie malgré leur parcours en oncologie.

On peut observer chez certaines participantes plusieurs éléments s'apparentant au processus de la résilience :

- **s'adapter aux changements imposés par la maladie et les traitements** en faisant face aux effets secondaires, en trouvant de nouvelles habitudes de vie ;
- **réussir à se libérer du regard des autres et ne plus le craindre** : « *bon il y a toujours des gens qui vous dévisagent mais sinon après Ça me passe au dessus ... s'ils sont pas contents c'est le même prix* » (P1) ;
- **se projeter dans la reprise d'une activité professionnelle**, c'est commencer à se reconstruire et à réfléchir à ses objectifs de vie : « *si j'arrive à reprendre là-bas, bah je reprends là-bas et si j'arrive à trouver autre chose bah je ferai autre chose ... ou éventuellement refaire une formation* » (P5) ;
- **maintenir des liens sociaux et des activités de loisirs** : « *je fais aussi des activités à l'extérieur [...] là je fais de la couture, on fait du tricot le jeudi et je fais des jeux de société comme le mardi ou le vendredi après-midi* » (P2) ;
- **surmonter le tabou autour du cancer et encourager le partage d'expériences et le soutien entre patient(e)s**, par exemple en participant à des groupes de patients, en échangeant avec des personnes dans la même situation : « *j'ai eu la chance de tomber avec une dame qui avait le même protocole que moi, donc c'est bien, elle m'a expliqué certaines choses donc c'est bien de communiquer, d'échanger* » (P3).

5. Être acteur de sa prise en charge

Les participantes faisaient part de leurs effets secondaires et des moyens qu'elles ont trouvé pour y faire face. Elles avaient appris à les anticiper et à adapter leurs activités dans les jours suivant les cures : « *avec le taxol, le lendemain je sens que ça chauffe, je deviens toute rouge donc je sais que voilà le lendemain du taxol, en général je reste à la maison je prévois rien* » (P1).

Pour atténuer leurs effets secondaires, elles adoptaient une démarche proactive et n'hésitaient pas à se tourner vers leur pharmacien, les infirmières du service ou à s'appuyer sur des témoignages d'autres patients : « *là je leur avais posé la question justement sur ce qui était conseillé et pas conseillé en termes de chimio car parfois on a des aliments qui sont un peu moins conseillés* » (P1). En revanche, certaines

participantes cherchaient des solutions sur internet, sur des forums, et commandaient parfois des compléments alimentaires sans passer par un professionnel de santé.

Certaines considéraient qu'elles consommaient trop de médicaments à cause de la chimiothérapie et des traitements de support : « *si vraiment je peux pas bah tant pis je prends un cachet mais j'évite ... je suis déjà bourrée de médicaments avec la chimio* » (P1). Elles préféraient donc se tourner vers des alternatives jugées plus naturelles (alimentation, compléments alimentaires, phytothérapie etc.) pour atténuer leurs effets secondaires, réservant la prise de médicaments qu'en dernier recours : « *je veux éviter de prendre trop de cachets ... des cachets des cachets des cachets ... donc ça puis l'alimentation j'essaie de la varier un peu plus quoi pour dire de ... c'est tout ... vraiment rester sur des trucs naturels et éviter tout comprimé* » (P3).

Une participante exprimait sa volonté de s'informer davantage sur sa maladie afin de mieux la comprendre et ainsi avoir un rôle plus actif dans la gestion de sa prise en charge : « *les livres qu'on nous a aussi transmis [...] il faut aussi la curiosité de vouloir aussi se renseigner, de regarder, c'est d'être amené aussi à lire un peu les documents qu'on nous a donnés donc ça permet un petit peu de mieux comprendre certaines choses ouais ... c'est encore un complément* » (P3).

b) Le parcours en officine : perceptions et expériences des patientes

1. Description des habitudes de fréquentation de l'officine

Toutes les participantes se rendaient plus fréquemment à la pharmacie depuis leur diagnostic : « *toutes les 1 semaine et demi / 2 semaines ... alors qu'avant c'était plutôt tous les mois* » (P5).

Pour la plupart d'entre elles, leur pharmacie habituelle était la plus proche de leur domicile : « *oui ! je vais toujours à celle-ci, elle est juste à côté de la maison* » (P1).

De la même manière, presque toutes les participantes avaient pour habitude de toujours aller dans la même pharmacie : « *j'ai tendance à aller toujours dans la même parce qu'on est bien accueilli, il y a beaucoup de choix, c'est bien espacé, pour se garer correctement* » (P7).

Pour celles qui se rendaient dans plusieurs pharmacies différentes, la principale raison évoquée était d'ordre pratique : « *les deux pharmaciens près de chez moi ils sont super, une fois je vais voir l'un, une fois l'autre, ça dépend, car en fait il y en a une qui est plus près de l'école et l'autre est entre les deux* » (P2). Une autre raison était d'avoir eu une mauvaise expérience dans une pharmacie : « *oui en fait j'en fait deux, toujours* »

celle à côté de chez le médecin et celle où je suis habituée depuis x années, il y a des choses qui font que j'y suis pas retournée car il y avait des choses qui n'ont pas été [...] donc c'est vrai que je vais moins à cette pharmacie pour demander ... certaines choses ... je sais que si j'ai des choses à demander je vais plus de l'autre côté » (P3).

Toutes les participantes autonomes se rendaient en personne à la pharmacie pour récupérer leurs médicaments, et avaient donc directement le contact avec le pharmacien et son équipe. Cela leur permettait de me partager de manière précise leur expérience.

2. Les besoins des patientes vis-à-vis de la relation pharmacien-patient

➤ La relation de confiance

Un certain nombre de termes ont été utilisés par les participantes afin de décrire leur relation avec leur pharmacien :

- « *équipe très attentionnée* », « *bienveillance* » (P1) ;
- « *attentifs* » (P2) ;
- « *à l'écoute* » (P3) ;
- « *là pour écouter* » (P4) ;
- « *aide dans la maladie* », « *la gentillesse de la pharmacienne* » (P5) ;
- « *très à l'écoute* », « *bienveillant* » (P6) ;
- « *côté humain important* », « *l'écoute* » (P7).

Toutes les participantes décrivaient leur pharmacien comme étant particulièrement empathique. Elles mettaient en avant son côté humain : « *ils font pas que leur travail, ils s'intéressent vraiment aux patients et oui on voit que bon ... il y a un côté humain important* » (P7). Elles étaient nombreuses à exprimer le sentiment de ne pas être perçues comme « un simple numéro » parmi d'autres, face à la charge de travail et le nombre important de patients que le pharmacien prend en charge au quotidien. Ce ressenti se traduisait par un véritable sentiment de considération individuelle, où elles se sentaient écoutées et soutenues : « *confiance ouais [...] ça m'a fait du bien, parce qu'on vit quelque chose c'est lourd derrière même si on dit rien et j'ai l'impression qu'il y a ce soutien moral, et c'est important, voilà, c'est le côté humain ... c'est important, ouais ... on est pas un numéro, c'est important moralement, psychologiquement fin c'est bien* » (P3).

Lors des entretiens, la majorité des participantes classaient leur besoin d'écoute et de confidentialité au comptoir comme étant prioritaire.

Ces qualités relationnelles permettent de poser les bases d'une relation de confiance entre le pharmacien et ses patients, une confiance que toutes les participantes ont clairement exprimée : *« il y a un climat de confiance qui s'installe avec votre pharmacien [...] je trouve que c'est hyper important d'avoir une pharmacie à côté de chez soi puis surtout d'avoir des pharmaciens à l'écoute, qui peuvent comprendre votre situation »* (P1).

D'autres facteurs venaient également alimenter cette relation de confiance. Par exemple, l'absence de jugement et de stigmatisation au sein de la pharmacie (en raison du cancer et de ses traitements) était un point très important pour certaines participantes : *« ils ont une équipe très attentionnée, et aucun regard désobligeant ou apeuré ... il y a encore des gens qui ont peur quand on dit cancer ... donc non non franchement, je pense aussi qu'ils sont formés à se retrouver dans ce genre de situation où il y a des gens qui ne sont pas bien »* (P1).

Toutes les participantes ont également exprimé que le pharmacien faisait preuve d'une attention plus importante et d'une grande bienveillance (en comparaison à avant la maladie). Il prenait régulièrement de leurs nouvelles et s'impliquait davantage dans leur prise en charge : *« Oui parce qu'ils demandent si ça va, si on tient le coup quoi enfin ils demandent automatiquement quand on a fait une chimio pour les maladies qui sont longues »* (P2). Cette bienveillance était appréciée par les patientes : *« oui, bah ça fait plaisir ... ça soutient dans la maladie »* (P5).

Le sujet de la confidentialité au comptoir a suscité des avis variés. Pour certaines, la confidentialité n'était pas tout à fait assurée au comptoir : *« bah, après au comptoir faire de la confidentialité c'est un peu compliqué parce que vous avez quand même les personnes qui sont là à côté »* (P1).

Cependant, pour la plupart des participantes, la confidentialité reposait principalement sur l'attitude discrète du pharmacien au comptoir : *« ils crient pas fort ils ont pas les verbes très haut ils expliquent tout doucement et calmement donc ça reste quand même assez confidentiel »* (P3). Cette façon de parler était essentielle pour celles-ci, comme l'a souligné une autre patiente : *« ah oui, c'est très important ... d'avoir un respect et d'être discret, ouais »* (P7).

Le respect du secret médical était également perçu comme un gage de confidentialité : « *pour moi les pharmacies sont toujours dans la confidentialité, ils gardent toujours pour eux ce qu'on leur dit, je n'ai jamais eu vraiment de problème* » (P2).

Certaines participantes se sont confiées au pharmacien au comptoir, le considérant comme un véritable soutien : « *après je dirais je pense ça dépend des gens, vous avez des gens qui ont pas envie d'étaler leurs problèmes de santé, mais ... euh ... je dirais que ... moi ... ça m'a pas perturbée d'en parler au comptoir* » (P1).

Pour d'autres, aborder la maladie restait difficile. Elles ont particulièrement apprécié la réserve du pharmacien, comme l'exprimait l'une d'entre elles : « *oui ils ont pas demandé plus de précisions, je pense qu'elle a vu que j'étais pas spécialement très à l'aise, je leur ai juste dit que c'était un cancer, ils m'ont pas demandé quel cancer, depuis quand ... je pense qu'ils ont senti aussi que j'étais pas forcément ouverte, surtout au début* » (P7). Le pharmacien adaptait son approche aux besoins de chaque patient(e) et respectait leur volonté : « *je pense qu'ils ont l'habitude en fonction des personnes, ils voient direct si c'est quelqu'un qui va être réservé ou qui va avoir besoin d'en parler [...] je pense que d'une personne à une autre ils font vraiment la distinction* » (P7).

➤ **Un professionnel de santé accessible et réactif**

L'accessibilité et la disponibilité du pharmacien ont parfois été soulignées, il était considéré comme un professionnel de santé facilement accessible sans rendez-vous, capable de fournir des conseils sur pas mal de problématiques : « *ils sont disponibles rapidement, si vous pouvez pas vous déplacer généralement ils décrochent rapidement au téléphone aussi, vous êtes pas obligé d'être dans l'attente... ils arrivent ils sont polis ils sont corrects, ils sont sérieux, ils vous expliquent bien ... non heureusement qu'il y a des pharmacies* » (P7).

Il a également souvent été décrit comme réactif, capable de trouver une solution à chaque problème rencontré. Cette approche les a grandement rassurées, mais a également renforcé leur confiance envers leur pharmacien : « *si y'a le moindre problème avec un traitement ils trouvent tout de suite une solution, ils nous proposent plusieurs choses enfin ils essayent de trouver des solutions ... si on fait des allergies ils voient pour autre chose, si y'a un problème ils nous appellent* » (P7).

➤ L'importance de l'accueil

Certaines participantes soulignaient l'importance de se sentir bien accueillies en entrant dans une pharmacie. Ce bon accueil était décrit par un pharmacien souriant, agréable et respectueux : « *bah moi c'est la gentillesse de la pharmacienne et puis les conseils qu'elle donne, l'accueil en fait ... c'est pas la pharmacie en elle-même, ça je fais pas trop attention, mais c'est plus, oui, la façon d'accueillir les gens* » (P5).

Une participante a également mis l'accent sur le fait que la qualité de l'accueil ne dépend pas uniquement du pharmacien, mais de l'ensemble de l'équipe et l'ambiance générale de la pharmacie : « *puis je pense que quand il y a une équipe qui est soudée, je pense que le pharmacien fait sa pharmacie mais c'est aussi l'accueil tout ça c'est l'équipe [...] c'est hyper important, si vous rentrez dans une officine et puis que vous sentez déjà qu'il y a une tension qui pèse, vous vous dites oula je suis tombée où* » (P6). Une autre participante exprimait la même chose : « *de toute façon une pharmacie qui ne me dit pas bonjour ou qui fait la tête alors qu'on est déjà , nous, pas bien, moi je reste pas dans la pharmacie* » (P7).

Outre la cohésion d'équipe, la stabilité du personnel a été évoquée comme un facteur rassurant pour les patientes. Connaître les membres de l'équipe facilitait la confiance et les échanges : « *ce qui est bien c'est que c'est des personnes qui sont là depuis longtemps ... parce que quand vous avez du personnel qui change c'est compliqué parce que vous devez réexpliquer votre historique et puis je pense que vous perdez ce climat de confiance car vous êtes plus du tout ... ouais l'historique de cette relation entre le pharmacien et son patient parce que on est quand même des patients d'une pharmacie donc je trouve que c'est vachement important et le fait d'avoir des personnes qui vous connaissent, je trouve ça rassurant* » (P1).

➤ Un professionnel de santé désintéressé

Certaines participantes ont abordé la dimension commerciale du métier de pharmacien, faisant parfois allusion à la perception de « l'épicier » qui est souvent associée à notre profession. Cette image pouvait être véhiculée par leurs proches, comme l'illustre ce verbatim :

« *E : d'accord ... et qu'est ce que vous pensez du métier de pharmacien ?*

P4 : écoutez, je vais vous dire (rires) ... je vais dire comme mon fils ... vous allez vous ... il avait commencé médecine et il puis il disait c'est des épiciers » (P4).

Pour autant, malgré cette représentation, elles partageaient toutes des expériences positives avec leur pharmacien, ce qui les rassurait et renforçait leur confiance envers lui :

« E : d'accord ... on approche de la fin ... une dernière question ... si vous pouviez parler à tous les pharmaciens d'officine qu'est ce que vous pourriez leur suggérer pour renforcer leur place dans votre prise en charge ? »

P6 : bah être comme mon pharmacien ! je pense qu'ils sont pas tous comme ça

E : (rires) c'est-à-dire comme votre pharmacien ?

P6 : bah à l'écoute, professionnel, de bon conseil, pas des vendeurs, pas des épiciers comme certains, et des professionnels de santé ! pas des épiciers ... » (P6).

Elles valorisaient l'approche centrée sur le patient, ainsi que les conseils bienveillants et désintéressés qu'elles avaient reçus, prenant même en compte leurs contraintes économiques : « ils vous expliquent bien même par rapport au prix hein parce que y en a ils ont pas forcément trop les moyens de mettre 50€ dans un truc ... donc ils conseillent bien, ils expliquent bien pourquoi là c'est plus cher quoi » (P7).

Ainsi, la confrontation entre la réalité de leur relation avec leur pharmacien et les stéréotypes a permis de déconstruire cette image redoutée, et de construire une relation de confiance solide basée sur un accompagnement centré sur la santé du patient.

L'ensemble de ces compétences relationnelles mettent en lumière l'importance du rôle humain du pharmacien dans le suivi de ces patientes. Dans la suite, nous aborderons leurs attentes concernant les compétences techniques du pharmacien, qui elles aussi contribuent à renforcer cette relation de confiance.

3. Le rôle du pharmacien à travers les attentes exprimées par les patientes

➤ L'importance de la dispensation

Les participantes faisaient part de l'importance de la principale mission d'un pharmacien d'officine : la dispensation. Elles ont particulièrement souligné que la répétition des informations par le pharmacien sur les traitements de support (indication, conseils de prise etc.) leur avait été bénéfique : « d'avoir une répétition je trouve que c'est important parce qu'on retient pas forcément du premier coup, il y a tellement de choses à retenir ... (rires), donc le fait que la pharmacienne ou le pharmacien le répète, c'est bien » (P5). Ces conseils interviennent en complément des

informations fournies par l'oncologue ou le médecin traitant, jugées parfois nombreuses et difficiles à mémoriser. Certaines participantes ont également mentionné des troubles de la mémoire liés à leur traitement : *« l'oncologue m'avait bien expliqué et la pharmacie en a rajouté une couche gentiment [...] mais ça c'est très très bien, au contraire, parce qu'en plus avec ma chimio j'ai tendance à oublier beaucoup de choses, j'ai même oublié des rdv au kiné c'est pour vous dire »* (P7).

Quelques participantes ont exprimé le besoin que les pharmaciens réécrivent la posologie directement sur les boîtes de médicaments, en particulier lorsqu'il s'agit d'un nouveau traitement. Une participante a d'ailleurs donné un exemple à ce sujet : *« la première fois que j'ai fait ma chimio, comme il y avait plein de médicaments, fin il y avait un médicament à prendre au tout début et je l'ai pas pris, je savais pas, je m'en rappelais plus en fait c'est ça ... et j'ai été malade [...] il l'avait pas marqué sur la boîte du coup j'ai pas percuté quoi »* (P5).

La maîtrise des interactions médicamenteuses par le pharmacien d'officine, au sein des traitements prescrits ou en automédication, était considérée comme un aspect essentiel pour l'une des participantes : *« je prenais SPIFEN 400 [...] tout de suite ils m'ont dit non non surtout pas vous ne pouvez pas prendre ça ! donc je les ai écouté, tu ne peux pas prendre ça donc tu prends pas ... c'est lui le pharmacien il sait, il connaît les molécules, il sait quels médicaments on peut prendre avec ou pas, donc voilà ... pour ça, on va leur faire une palme d'or à ces pharmaciens »* (P6).

➤ **L'accompagnement dans la gestion quotidienne des effets indésirables**

Les participantes n'hésitaient à demander conseil au pharmacien pour les aider à soulager certains effets indésirables : *« quand on demande à la pharmacie ou qu'on dit bah en fait je suis un peu fatiguée mais y'a tellement de choses, ils vous expliquent bien ils vous aiguillent bien et en fonction de ce que vous leur dites de votre état, ils vous proposent plusieurs choses et puis même en fonction du prix ils vont vous dire tenez y'a ça, par contre lui il est un peu plus cher après c'est vous qui voyez ... c'est important aussi oui »* (P7).

Certaines participantes se tournaient vers les thérapies complémentaires, souvent sur les conseils de leur pharmacien : *« notamment là pour le foie j'ai eu un conseil de phytothérapie et tout, y'a eu une période où j'étais très constipée c'est pareil ils m'ont pas donné des trucs invasifs mais vraiment à base de plantes »* (P6). Dans d'autres

cas, ce recours aux thérapies complémentaires était une initiative personnelle, motivée par le désir de privilégier des méthodes plus naturelles et d'éviter la prise de médicaments : *« j'ai rarement été malade donc je vais rarement à la pharmacie, j'essaie plus de traiter avec des produits naturels que des cachets, donc même là hein, actuellement, avec les problèmes de digestion c'est avec du bicarbonate de soude »* (P1). Elles cherchaient parfois des alternatives alimentaires par leurs propres moyens ou sur conseil d'un proche : *« je sais que je prends aussi du jus de Noni, on m'a dit que c'était très très bon [...] donc là j'en ai fait 2 fois l'année dernière parce que c'était au tout début de mon cancer, c'est ma tante qui m'avait parlé de ça d'ailleurs, donc j'ai pris ça sur le site internet newpharma »* (P7) ; *« ah oui, je vais aux toilettes que 3 jours plus tard, donc là par contre je me mets à boire plus de l'Hepar, parce que je veux éviter de prendre trop de cachets »* (P3).

Cependant, elles restaient plutôt conscientes des risques associés à l'automédication, en particulier avec un traitement anticancéreux. C'est précisément dans ce contexte que l'intervention du pharmacien devient essentielle, car il possède les connaissances nécessaires pour les conseiller : *« c'est vrai que maintenant il y a de plus en plus de pharmacies qui proposent des produits alternatifs et je trouve que c'est vraiment pas mal car avant c'était que des produits pharmaceutiques et pas des produits naturels [...] alors bien sûr on peut pas tout soigner, il faut pas faire d'automédication non plus car parfois on peut faire pire que mieux ... mais justement les pharmaciens sont là pour nous aider, pour nous aiguiller dans tel ou tel choix »* (P1).

Concernant les effets secondaires cutanés, plusieurs participantes ont exprimé leur satisfaction à l'égard des conseils prodigués par le pharmacien sur des produits de parapharmacie adaptés : *« ouais, elle m'a bien expliqué, elle m'a fait voir aussi, parce qu'il y a certaines pommades comme Avène ... parce que moi j'avais dit que j'avais une très grosse sécheresse ...elle expliquait faut tapoter, faut bien faire ça, faut pas la laisser sécher sur la peau sinon ça va ... elle m'a expliqué quand même beaucoup »* (P3). Une participante a apprécié recevoir des échantillons de produits de la part de sa pharmacienne : *« des échantillons parce qu'ils nous le proposent pas, là elle m'a proposé sans demander quoi que ce soit, sans rien dire, sur simple ordonnance, elle a su déceler en fonction de ça, être à l'écoute et dire ben regardez j'ai tel et tel produit, voilà ... sans faire une vente, mais proposer et dire regardez il y a ça ... testez le ça vous fera du bien ... voilà c'est une petite attention mais que certaines pharmacies n'ont pas ... ouais ... ça c'est bien »* (P3).

Une participante a bénéficié d'un atelier manucure organisé par sa pharmacie de ville, en relation avec une socio-esthéticienne, ce qui a permis de prendre soin de son bien-être.

En revanche, d'autres participantes n'ont pas eu besoin de faire appel au pharmacien pour des produits de parapharmacie : *« j'en utilise pas (rires), rien du tout ... (rires) puis en plus de ça j'essaye de faire mes propres produits moi-même »* (P1).

Comme nous l'avons vu précédemment, certaines participantes ne ressentent que peu d'effets indésirables, mais elles savent que le pharmacien serait accessible pour les accompagner en cas de besoin : *« comme j'ai eu que quelques vomissements sur la fin j'ai pas eu besoin de conseils en plus, mais oui, je pense que si j'avais eu un souci je me serais rendue aussi à la pharmacie »* (P5).

➤ **L'accompagnement pour une prothèse capillaire**

Une participante a bénéficié de l'accompagnement de son pharmacien pour le choix de sa prothèse capillaire, et elle décrit une expérience très positive : *« fin cette personne elle était bien, ils étaient deux hein ... à avoir fait cette formation ... ce qui ne m'a pas donné envie d'aller ailleurs ... vu que j'ai trouvé ce qu'elles avaient ... et puis elle m'expliquait que si je souhaitais autre chose elle pouvait commander ... je dis oui mais si je n'aime pas ... elle dit vous vous occupez pas, si vous aimez pas c'est notre souci, c'est pas le vôtre, donc ne vous rajoutez pas un stress ... parce que c'est vrai que parfois ... ben ... c'est quoi une perruque, c'est quoi synthétique, ça ressemble à quoi ... donc elle m'en a sorti 2-3 même si c'est pas dans mes teintes, ou si c'est pas la forme, mais elle dit non, regardez touchez ... donc tout ça voilà ... elle est pas ... elle nous a pas bloqué dans notre décision »* (P3).

En revanche, presque toutes les autres participantes ignoraient que certaines pharmacies pouvaient accompagner les patientes pour le choix d'une prothèse capillaire. Toutes auraient souhaité être informées à ce sujet. Plusieurs d'entre elles auraient envisagé de consulter un pharmacien pour les accompagner ; différentes raisons étaient évoquées :

- **motifs financiers** : *« oui bah oui, exactement, oui parce que je pense que la pharmacie est en correspondance avec la sécurité sociale et que voilà je pense que le pharmacien sera peut être moins gourmand [...] mais je pense que c'est bien oui si les pharmacies peuvent afficher en effet qu'ils sont en partenariat avec la sécu pour des prothèses capillaires, ça serait pas plus mal »* (P1) ;

- **raisons pratiques** : « *c'est ça, puis c'est vrai que bon on y va pour nos comprimés quoi donc si y'a d'autres choses au lieu de se redéplacer ailleurs c'est vrai que c'est mieux quoi ... tant qu'à faire tout au même endroit c'est mieux* » (P7) ;
- **parce qu'elles se sentent en confiance avec leur pharmacien** : « *bah oui ça reste dans le milieu médical, surtout ça, donc ... puis ça reste des personnes que je connais aussi, un environnement que je connais [...] sur internet ça donne pas trop confiance alors que si on va dans une pharmacie quand même oui* » (P5).

Certaines d'entre elles ne souhaitaient pas forcément se rendre en pharmacie : « *bah je sais pas ... je crois que je serai allée dans le magasin parce que j'aurais cru qu'il y aurait plus de choix* » (P4). Le rôle du coiffeur était également mentionné : « *moi je voulais un coiffeur, je voulais pas ni un pharmacien ni une infirmière, ni voilà ... vraiment quelqu'un qui soit de la partie ... parce que moi à l'époque, avant, j'avais énormément de cheveux et donc ... c'était important que ce soit quelqu'un spécialisé dans les cheveux* » (P6).

➤ **L'accompagnement pour une prothèse mammaire externe**

Aucune des participantes n'a eu besoin de prothèse mammaire externe. Pour la majorité d'entre elles, elles ignoraient que le pharmacien pouvait également en proposer. Toutefois, certaines ont été informées par leur pharmacien, ce qui leur a permis d'obtenir des informations et d'en avoir une idée : « *c'est vrai qu'il y a des belles choses ... je savais pas du tout ... je savais même pas que ça existait donc c'est vrai que c'est important pour la féminité de la femme et l'image qu'on peut projeter vis-à-vis du regard des autres* » (P3).

Une participante venait tout juste de subir une mastectomie et envisageait éventuellement de se tourner vers son pharmacien pour obtenir des conseils à ce sujet : « *ah oui je ferai confiance au pharmacien ... j'étais en train de me demander où j'allais aller alors je verrai* » (P4).

➤ **Un rôle jugé complémentaire à celui du médecin**

La majorité des participantes associaient le pharmacien à un conseiller de premier recours, compétent pour conseiller ses patients sur divers problèmes de santé, en particulier pour des symptômes mineurs tels qu'un rhume ou un mal de gorge. Elles

privilégiaient souvent le pharmacien avant de consulter un médecin pour ces symptômes mineurs, pour plusieurs raisons :

- **la rapidité d'accès au conseil sans devoir attendre un rendez-vous** : *« ça arrive que je suis un peu enrhumée je vais pas aller voir le médecin parce que bah faut dire qu'aujourd'hui médecin traitant vous demandez un rendez-vous euh bon c'est entre 4 et 6 jours donc des fois ça peut pas attendre donc non non bah j'essaie pas de chercher un autre médecin y a pas de place bah je vais directement en pharmacie même si je dois payer de ma poche bah tant pis c'est pas grave, je vais voir la pharmacie je leur dis écoutez j'ai ça j'ai ça j'ai ça et ils me conseillent et ils me disent bon par contre si ça persiste allez voir un médecin quoi donc ça y a pas de problème hein »* (P7) ;
- **la confiance en ses conseils** : *« si on a un souci on peut même aller à la pharmacie sans forcément passer par le médecin, il y a des médicaments qui peuvent être donnés et si ça peut soulager la personne »* (P5) ;
- **la volonté de ne pas déranger le médecin pour des motifs mineurs** : *« limite même quand je sais que je suis malade limite je préfère aller voir la pharmacie que d'aller voir le médecin ... je sais que c'est pas forcément bien parce que bon faut consulter mais bon quand c'est des petits trucs, mal de gorge tout ça, je vais pas m'enquiquiner à aller voir le médecin »* (P7) ;
- **ainsi que la volonté d'éviter de se faire prescrire des médicaments** : *« je vais leur demander plus de conseils avant d'aller chez mon médecin, quand c'est des petits bobos, donc j'irai plus souvent leur demander conseil et voir ce qu'ils peuvent me proposer en alternatif, plutôt que de prendre tout de suite rdv chez le médecin et se faire prescrire une tonne de médicaments [...] après vraiment si ça passe pas en effet je vais voir le médecin ... mais non sinon en priorité c'est mon pharmacien que je vais aller voir »* (P1).

Elles étaient toutefois conscientes de l'importance de consulter leur médecin en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, d'ailleurs le pharmacien leur rappelait systématiquement. Elles comptaient également sur le pharmacien pour les orienter vers une consultation médicale lorsque la situation l'exigeait. Il était donc perçu comme un interlocuteur privilégié, capable de les guider sur la nécessité de consulter un médecin ou de les conseiller pour des symptômes mineurs.

En revanche, une participante consultait son pharmacien seulement après avoir vu le médecin : *« non mais moi en premier, je veux mon médecin »* (P3).

Lors de la dispensation de médicaments prescrits sur ordonnance, le pharmacien apportait des explications complémentaires aux informations fournies par le médecin : *« pour moi, le pharmacien c'est la continuité du médecin, on va chez le médecin il nous connaît très bien, il explique beaucoup de choses voilà, mais le pharmacien après à la longue quand on y va c'est une continuité de conseils qu'il peut nous prodiguer ... déjà le médecin nous explique en gros ... mais le pharmacien peaufine un peu plus, nous explique un peu plus en détail le produit si on est pas habitué, si on ne connaît pas, il y a une continuité d'informations [...] mais je pense que le pharmacien complète le médecin... »* (P3).

En finalité, toutes s'accordaient à dire que le pharmacien ne remplaçait pas une consultation médicale nécessaire, en particulier pour des patientes immunodéprimées par les chimiothérapies : *« le pharmacien prend pas le rôle du médecin non plus donc il est là pour délivrer les médicaments, de donner des conseils en effet, mais je pense pas qu'il est là pour suppléer le médecin »* (P1).

➤ **Orientation vers l'accès aux soins**

Dans le document de travail complété avec chaque participante (cf. Annexe 5), le 4^e item portait sur l'orientation que le pharmacien pouvait fournir vers des structures de soins ou de santé : infirmiers à domicile, kinésithérapeutes, prothésistes capillaires, associations de patients...

Les réponses variaient selon leurs besoins, mais aucune des participantes n'a sollicité le pharmacien pour obtenir ces informations, et aucun d'eux ne les a évoqués non plus. Pour leurs recherches, elles ont plutôt reçu des conseils de leur oncologue, d'amis, ou se sont renseignées sur Internet.

Toutefois, elles auraient aimé que le pharmacien leur en parle spontanément : *« oui, pourquoi pas, effectivement ... parce que je pense que ça peut être judicieux de savoir ... même si ... peut-être avoir un échange ... mais je pense que ça faisait peut-être pas partie de mes questions, donc ils ont plus été à l'écoute et répondu à mes demandes à moi peut-être, peut-être que pour d'autres ... »* (P3).

➤ **Informations sur les services proposés par la pharmacie**

Tout comme la plupart des participantes ignoraient que certaines pharmacies pouvaient proposer des prothèses capillaires, accessoires capillaires et prothèses mammaires externes, elles ignoraient parfois également l'existence de gammes

spécifiques de produits de parapharmacie disponibles en pharmacie. Toutes les participantes auraient souhaité en être informées, estimant que les pharmaciens devaient davantage mettre en avant les options disponibles pour les personnes atteintes de cancer : « *peut-être plus exposer tout ce qui est pour les patients atteints de cancer parce que tout ça c'est pas exposé, on les voit pas, c'est peut-être le truc qui manque ... ces produits-là, que ce soit des cheveux ou des perruques, qu'il y ait une petite place dans les médicaments, les crèmes, pour montrer ... parce qu'il y en a qui osent pas demander ou qui ont pas le temps [...] je pense qu'au lieu de se déplacer dans un truc spécifique pour les perruques bah s'ils voient ça là et qu'ils ont confiance en leur pharmacien, ils prendraient plus le temps de faire les choses partout au même endroit c'est-à-dire la pharmacie ... ça c'est peut-être le truc qui serait bien* » (P7).

Pour certaines, la principale raison était : « *dès qu'on parle cancer ça reste toujours un peu tabou* » (P1).

Toutefois, quelques participantes avaient une pharmacie qui mettait en avant les prothèses capillaires et autres accessoires : « *ben oui parce qu'ils l'ont en vitrine* » (P6).

Une participante a pu avoir connaissance de ce qui existait dans la pharmacie grâce à une pharmacienne : « *oui, la pharmacienne, toujours dans la même pharmacie que les prothèses capillaires, toujours dans la discrétion ... elle m'en a fait voir quelques-unes ...après aussi bien tout ce qui est lingerie, autre ... elle m'a fait voir certaines choses qu'ils faisaient effectivement* » (P3).

➤ **La livraison à domicile**

La plupart des participantes étaient autonomes pour se déplacer, se rendant elles-mêmes à la pharmacie ou s'y faisant accompagner par leurs proches. Cependant, pour certaines d'entre elles, la livraison de leurs médicaments à domicile aurait été d'une grande aide : « *Ben demander si ça se passe, fin si jamais on doit passer chez vous, enfin des petits trucs comme ça, si jamais on se sent pas bien vous nous proposez de passer chez nous pour déposer les médicaments car moi il y a un moment j'ai failli oublier les médicaments à la pharmacie et du coup bah j'oublie de passer en fait* » (P2).

Une des participantes qui n'était pas véhiculée ne pouvait pas se rendre elle-même à la pharmacie. C'est une voisine qui y allait pour elle, mais lorsqu'elle récupérait le sac de médicaments, elle n'avait aucune indication sur ce que c'était, à quoi ça servait ou

la posologie. Elle aurait aimé qu'on l'en informe, que ce soit par téléphone ou par écrit : « bah ... oui, d'une façon comme d'une autre, qu'on me dise à quoi ça sert quoi » (P4).

Lorsque je lui ai posé la question sur la livraison à domicile, elle m'a expliqué que les pharmaciens lui en avaient parlé, mais qu'elle ne voulait pas les déranger : « oui ... mais je le fais pas, je les embête pas » (P4).

➤ **Un pharmacien formé et compétent**

Une participante expliquait avoir rencontré un problème avec une pharmacie. Elle a expliqué que la personne qui l'a prise en charge (préparateur ou pharmacien) aurait dû la réorienter vers le médecin au lieu de lui vendre un complément alimentaire. Elle expliquait donc que pour elle tous les pharmaciens n'étaient pas suffisamment formés et soulignait l'importance de la formation continue : « il faut plus d'informations sur certaines choses parce que je pense qu'il y a quand même beaucoup de produits aussi ... ils ont de plus en plus de produits, beaucoup plus de génériques aussi, donc eux aussi je pense qu'ils en ont plein la tête ... il y a des choses qu'ils savent peut-être pas non plus [...] après je pense y'a des produits ils font un petit peu comme nous ils découvrent ils nous le lisent et nous expliquent après quand on pose une question » (P3).

c) La communication interprofessionnelle : ce qu'en pensent les patientes

1. Oncologue et médecin traitant

La communication entre l'oncologue (y compris l'équipe de soins hospitalière) et le médecin traitant était considérée comme essentielle par toutes les participantes. Ce qui était le plus souvent cité c'était la transmission de comptes-rendus de l'oncologue vers le médecin traitant : « le fait que les courriers soient envoyés à votre médecin traitant c'est un petit peu normal car ça permet aussi à votre médecin traitant de suivre l'évolution et c'est vrai que c'est hyper important » (P1). D'autres exemples étaient également cités, comme la survenue d'une neutropénie amenant l'oncologue à appeler le médecin traitant.

2. Médecin traitant / oncologue et pharmacien

À la question « Pensez-vous que l'oncologue ou le médecin traitant communiquent avec votre pharmacien ? », presque toutes les participantes ont répondu « Non ».

Parmi les raisons évoquées, voici les principales :

- **le nombre de patients** : « *c'est peut-être un peu compliqué aussi d'envoyer des informations à la pharmacie ... sur ... vous voyez pas le nombre de personnes qu'ils voient quoi* » (P1) ;
- **la charge de travail et le manque de temps** : « *puis attendez je vois pas l'oncologue appeler la pharmacie, déjà ils sont débordés, et ils peuvent pas avoir le temps, puis c'est pareil moi le médecin traitant il a autre chose à gérer* » (P6) ;
- **devoir déclarer une pharmacie référente** : « *je crois pas franchement car il y a des milliers de pharmaciens donc trop de pharmaciens pour pouvoir ... ou bien faudrait avoir comme le médecin pour dire quelle pharmacie on suit quoi ... parce que moi j'ai deux pharmacies quoi* » (P2).

Lorsque je les ai questionnées sur les avantages d'une éventuelle communication systématique, les avis divergeaient.

Une partie des participantes n'y voyait pas forcément d'intérêt, considérant que l'ordonnance de traitements de support prescrits par l'oncologue était suffisante pour assurer la communication, le pharmacien connaissant ces traitements et leurs indications : « *le pharmacien délivre les ordonnances et sait très bien à quoi correspondent les médicaments, donc je pense que ça donnerait encore plus de travail au pharmacien ... un travail qui pour moi n'aurait pas vraiment d'utilité ... qui n'aurait pas de conséquences non plus pour le patient* » (P1). Celles-ci préféraient informer (ou non) elles-mêmes le pharmacien au comptoir de leur état de santé et de l'avancée des traitements.

L'autre partie envisageait les bénéfices d'une telle coordination, estimant que l'envoi direct d'ordonnances de sortie au pharmacien pourrait comporter des avantages, notamment pour les patients : « *Ouais que ce soit prêt lorsqu'on arrive, parce que si c'est moi ou mon conjoint ce serait pas mal surtout pour les personnes âgées, forcément que si j'étais âgée ça évite de rester debout quoi ... surtout que parfois il y a du monde* » (P2). Une participante déplorait même le manque de communication, qui pouvait mettre en difficulté le pharmacien au comptoir : « *oui ... je trouve que c'est pas plus mal que les pharmaciens savent pourquoi on donne quelque chose ... en général ils sont pas au courant, s'ils veulent savoir quelque chose ils téléphonent* » (P4).

Une autre participante expliquait que dans un système où la collaboration entre le pharmacien d'officine et l'équipe hospitalière serait pleinement développée, le pharmacien pourrait, en concertation avec un médecin, délivrer des traitements, sans nécessité d'une consultation médicale systématique pour les patients : « *par exemple si la personne a un souci en plus, le pharmacien pourrait donner un cachet sans forcément passer par le médecin, c'est vrai que ce serait plus logique même parce qu'il y a beaucoup d'années d'études et c'est comme être médecin pratiquement je dirais* » (P5).

En revanche, elles considéraient que le pharmacien pouvait être amené à contacter l'oncologue ou le médecin traitant dans des situations particulières (effets indésirables, allergies etc.) afin d'assurer la transmission des informations : « *oui, soit contacter le centre ou ne serait-ce que nous aider avec un produit de dépannage le temps de reprendre contact avec le centre, le temps d'avoir un rdv* » (P1).

Troisième partie :
Discussion des résultats

I. Modèle explicatif

À la fin de notre analyse, nous avons abouti à l'élaboration d'un modèle explicatif mettant en relation l'ensemble des catégories conceptuelles et propriétés.

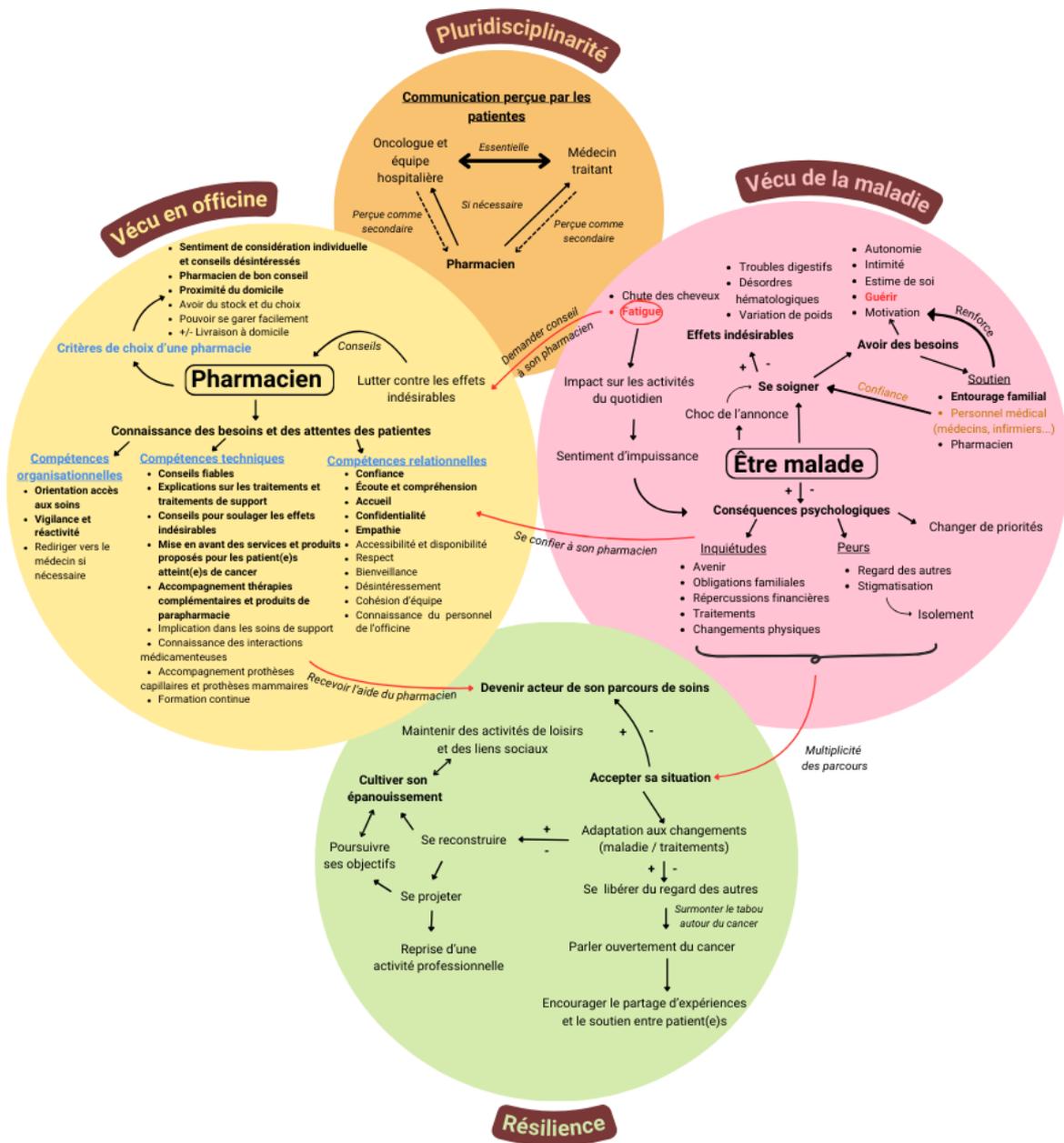


Figure 11. Besoin d'accompagnement par le pharmacien dans le cancer du sein : proposition d'un modèle explicatif

Les entretiens réalisés nous ont permis de comprendre les attentes des patientes vis-à-vis de leur pharmacien d'officine, attentes largement influencées par leur expérience personnelle de la maladie. Ces attentes variaient selon plusieurs facteurs tels que le degré variable des effets secondaires, le vécu psychologique, leurs besoins, ainsi que le degré d'implication des patientes dans leur parcours de soins. Nous avons donc

séparé ces éléments au moyen de deux sphères distinctes : la sphère rose représente le vécu de la maladie, et la sphère verte symbolise la résilience perçue face au cancer.

L'analyse des entretiens a fait émerger un ensemble d'attentes envers le pharmacien d'officine, que nous avons structuré en trois catégories distinctes, regroupées dans la sphère jaune illustrant l'expérience en officine. Cette sphère représente le portrait du « pharmacien idéal » du point de vue des patientes et intègre trois dimensions essentielles : les compétences organisationnelles, techniques et relationnelles du pharmacien. Les flèches rouges illustrent les liens entre les différentes sphères, permettant de comprendre la dynamique entre le travail du pharmacien, les besoins des patientes et la réalité de leur maladie. À travers ce schéma, nous comprenons comment les patientes avancent sur leur chemin de la résilience et comment, à son niveau, le pharmacien participe à ce processus en facilitant leur *empowerment*.

Faire confiance à son pharmacien d'officine émergeait comme un besoin partagé par toutes les participantes. Ce besoin était satisfait par un ensemble d'attentes, certaines communes à toutes les participantes et d'autres propres à chacune, qui définissent les qualités et compétences recherchées chez leur pharmacien. Ces attentes sont particulièrement liées à des compétences relationnelles essentielles, telles que :

- un pharmacien accueillant, à l'écoute et compréhensif, qui sait faire preuve de discrétion au comptoir et respecter le besoin de confidentialité des patientes ;
- une adaptation aux besoins de chaque patiente, que ce soit dans leur souhait de partager ou non leur expérience de la maladie, manifestant son empathie ;
- un professionnel facilement accessible et toujours disponible pour répondre aux interrogations de ses patientes (questionnement sur un traitement, des maux du quotidien ou sur un effet indésirable etc.) ;
- politesse au comptoir, respect des patients et bienveillance : un professionnel qui manifeste son sincère intérêt quant au bien-être moral des patientes et leur vécu de la maladie et des traitements ;
- un pharmacien qui prodigue des conseils désintéressés, qui se montre transparent sur le prix des produits qu'il propose et qui adapte son conseil aux contraintes économiques des patients ;
- une équipe officinale soudée et accueillante ;
- une certaine familiarité avec le personnel officinal, permettant aux patientes de se sentir plus à l'aise.

Au-delà des compétences relationnelles, les attentes des patientes se portent également sur des aspects spécifiques du rôle du pharmacien d'officine dans leur prise en charge. Nous avons regroupé ces attentes sous la catégorie des compétences techniques :

- apporter un conseil pertinent et fiable, notamment pour aider à soulager les effets indésirables, en accompagnant les patientes de manière sécurisée sur l'usage de produits de parapharmacie ou de médecines complémentaires (phytothérapie, homéopathie etc.) ;
- apporter des explications sur les traitements de support prescrits, notamment leur indication et la posologie, et noter ces informations sur les boîtes ;
- mettre en avant tout ce qui est proposé pour les patient(e)s atteint(e)s de cancer et les accompagner sur leur choix : gammes de produits dermo-cosmétiques (échantillons), prothèses capillaires et leurs accessoires (foulards, turbans), prothèses mammaires externes ;
- être vigilant aux interactions médicamenteuses avec le traitement anticancéreux lors de la délivrance de médicaments sans ordonnance ou sur ordonnance, de thérapies complémentaires ;
- s'impliquer dans les soins de support ;
- se former et actualiser régulièrement ses connaissances sur les nouveautés thérapeutiques, qu'il s'agisse des médicaments ou des produits proposés en conseil.

En complément, bien que les patientes n'aient pas eu besoin d'être orientées par le pharmacien ou n'aient pas pensé à le lui demander, elles ont parfois exprimé le souhait que le pharmacien puisse les guider vers des professionnels de santé ou les informer de l'existence d'associations de patients locales et de groupes de parole. Elles ont également souligné l'importance que le pharmacien soit vigilant et réactif en cas de problème (effet indésirable grave, allergie, rupture etc.), qu'il sache les rediriger vers leur médecin traitant ou leur oncologue si leur état le nécessite ou qu'il prenne l'initiative de contacter lui-même le médecin. Ces dernières attentes ont été classées dans la catégorie des compétences organisationnelles.

L'ensemble des compétences mentionnées ont permis aux patientes de se sentir vraiment considérées individuellement par leur pharmacien, une analogie fréquemment établie avec l'idée de ne pas être juste un numéro auquel on délivre des médicaments. Ce sentiment alimente la relation de confiance qu'elles entretiennent

avec leur pharmacien et apparaît comme un critère essentiel dans le choix de leur pharmacie. D'autres critères influençaient ce choix : que le pharmacien soit de bon conseil, la proximité de la pharmacie avec leur domicile, la disponibilité des produits et la diversité des produits proposés (compléments alimentaires, parapharmacie). Des critères plus secondaires incluaient la facilité de stationnement et la possibilité de bénéficier de la livraison à domicile dans certains cas.

La communication interprofessionnelle a également été explorée lors des entretiens. Il apparaît que, si la transmission d'informations entre l'hôpital et le médecin traitant est perçue comme essentielle, elle est considérée comme moins cruciale lorsqu'il s'agit de la communication de l'hôpital ou du médecin traitant vers le pharmacien, bien qu'elle semble utile et parfois justifiée dans le sens pharmacie-hôpital. Cet aspect est illustré par la sphère orange dédiée à la pluridisciplinarité.

II. Discussion et comparaison avec la littérature

La discussion autour de cette étude qualitative s'inscrit dans un contexte où les besoins et les attentes des patientes atteintes de cancer du sein envers leur pharmacien d'officine restent encore peu explorés. Comprendre leurs besoins semble essentiel pour optimiser l'accompagnement et renforcer le rôle du pharmacien d'officine.

1) Le poids de la relation patient-pharmacien dans l'observance thérapeutique

Bien que les patientes interrogées aient suivi un parcours hospitalier et n'aient pas reçu de traitement anticancéreux dispensé en officine, elles fréquentaient davantage leur pharmacie habituelle depuis la découverte de leur cancer, principalement pour la délivrance des traitements de support. La relation entre les patientes et leur pharmacien reposait sur un élément central : la confiance, considérée comme un pilier essentiel et indispensable pour les patientes. Comme nous l'avons présenté dans les résultats, cette confiance se construit grâce à des qualités humaines indiscutables et des compétences professionnelles propres au pharmacien d'officine. Ces observations rejoignent les conclusions de l'enquête BVA menée par Lilly en 2018 auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein métastatique. Selon cette étude, 69% des patientes consultaient leur pharmacien pour toute demande et 98% d'entre elles lui faisaient entièrement confiance (81). La confiance ainsi établie crée un climat favorable aux échanges. Elle permettait aux patientes de partager librement leur

expérience et de solliciter des conseils, notamment pour gérer les effets secondaires des traitements. Par ailleurs, cette relation de confiance renforce l'implication du pharmacien dans le suivi des traitements. En effet, un rapport de l'Académie nationale de Pharmacie publié en 2015, consacré à l'observance des traitements médicamenteux en France, met en lumière la place indéniable du pharmacien dans ce domaine, en particulier dans le suivi des maladies chroniques (82). Ce rôle inclut la participation à des actions d'information et d'éducation thérapeutique, ainsi que la détection des cas de non-observance au comptoir. Ce même rapport a mis en évidence que la relation de confiance patient-pharmacien est une condition essentielle à un suivi thérapeutique efficace et une bonne observance. D'autres facteurs favorisant l'observance étaient également identifiés : le respect des patients, la capacité à les motiver, leur offrir une écoute attentive, des compétences professionnelles solides et un niveau d'information adapté. Ce sont des éléments essentiels que nous avons également retrouvés parmi les attentes exprimées par les participantes lors des entretiens.

C'est d'ailleurs dans ce cadre que les entretiens pharmaceutiques réalisés en officine trouvent toute leur pertinence, que ce soit pour les anticancéreux oraux ou pour les autres traitements concernés. Bien que les participantes n'aient pas mentionné ces entretiens (elles n'étaient pas éligibles car elles étaient traitées exclusivement par chimiothérapie intraveineuse), il est important de souligner leur rôle crucial pour les patients sous thérapies orales. L'essor des thérapies orales a soulevé de nouveaux enjeux pour le pharmacien d'officine, notamment en ce qui concerne l'observance et la gestion des effets secondaires car leur administration orale rend leur efficacité très sensible à l'adhésion du patient. En effet, l'adhésion thérapeutique est une problématique récurrente dans le cancer du sein car de nombreux traitements peuvent être administrés par voie orale au domicile de la patiente : hormonothérapie, thérapies ciblées ou chimiothérapies. Une méta-analyse portant sur 17 études a révélé que l'observance de l'hormonothérapie chez les patientes atteintes de cancer du sein diminue avec le temps : elle passe de 79,2 % à un an à 64,6 % à cinq ans pour le tamoxifène, et de 80,1 % à un an à 71,8 % à cinq ans pour les inhibiteurs de l'aromatase (83). Cette baisse de l'observance augmente le risque de rechute. Dans ce contexte, le pharmacien peut jouer un rôle déterminant en tant que dernier acteur de la chaîne de soins en participant à la construction d'une solide alliance thérapeutique entre la patiente et son traitement anticancéreux.

2) La confidentialité au comptoir

Le sujet de la confidentialité au comptoir est central dans la perception qu'ont les patientes du rôle du pharmacien. Le comptoir n'était généralement pas perçu comme un espace confidentiel propice à la communication, même si cela n'a pas vraiment dérangé certaines participantes. Des travaux antérieurs, notamment une enquête menée dans le cadre d'une thèse d'exercice, confirment cette perception (84). Plus de la moitié des patients interrogés estimaient que le comptoir n'était pas assez confidentiel pour plusieurs raisons, liées à l'agencement des officines jugé peu confidentiel ou au comportement des pharmaciens. Dans l'ensemble, les femmes interrogées dans notre étude associaient la confidentialité à l'attitude du pharmacien, en particulier à l'intensité de la voix, qu'elles attendaient plus discrète et moins forte, et à une manière de communiquer plus calme et respectueuse. Quelques-unes ont particulièrement apprécié d'être reçues dans des espaces de confidentialité, à l'écart de la zone de vente, notamment pour le choix de prothèses capillaires ou prothèses mammaires externes. Ces moments, où elles pouvaient poser toutes leurs questions et discuter sans crainte d'être entendues par d'autres, étaient associés à une expérience positive en officine. Elles ont pu se confier plus facilement. La confidentialité a parfois été associée au respect du secret professionnel et donc au respect du code de déontologie des pharmaciens, pilier fondamental de la relation entre le pharmacien et ses patients. Encore une fois, les entretiens pharmaceutiques pour les patientes sous anticancéreux oraux trouvent toute leur place en répondant au besoin de confidentialité exprimé par les patientes.

3) Rôle dans l'accès aux soins

Plusieurs participantes faisaient part de leurs difficultés financières engendrées par les arrêts de travail et donc la perte d'une partie du salaire, du peu d'aides existantes et de certaines problématiques administratives. Ce sujet était source d'anxiété pour elles, et certaines ont pu se retrouver dans une situation précaire plus ou moins temporaire. À cela, s'ajoutait la dénonciation du prix des prothèses capillaires, notamment du reste à charge considérable, ainsi que le prix des accessoires capillaires. Elles déploraient également le fait que certains professionnels spécialisés ne leur aient pas proposé les options les moins chères, notamment les perruques de classe 1 qui peuvent être totalement remboursées. Une participante a même commandé des bonnets et turbans sur internet pour les payer moins cher, renonçant aux essayages et à un accompagnement par un professionnel dont elle avait peut-être besoin.

Ces difficultés financières étaient déjà évoquées en 2014 par BVA lors d'une enquête menée pour la Ligue contre le cancer auprès de femmes ayant subi une mastectomie : 54% des femmes interrogées ont rencontré des difficultés pour faire face aux restes à charge après une mastectomie, soit plus d'une femme sur deux. Le reste à charge s'élevait à 456 euros immédiatement après la mastectomie, 256 euros par an en moyenne sans reconstruction mammaire et 1391 euros en moyenne pour les femmes optant pour une reconstruction mammaire. Pour 15% de ces femmes, la reconstruction mammaire après une mastectomie n'a pas pu être une option à cause de son important coût financier (85).

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine a un vrai rôle à jouer et une valeur ajoutée importante. Il se positionne à un carrefour entre professionnel de santé de proximité et commerçant. Comme nous l'avons vu, les participantes ont réussi à abandonner l'image du pharmacien en tant que simple « épicier », le percevant comme un acteur essentiel de leur parcours de soins, loin de l'image d'un vendeur cherchant à rentabiliser son commerce. Une participante a partagé une expérience positive avec sa pharmacienne, qui s'est montrée empathique, disponible et rassurante lors du choix d'une prothèse capillaire. Les participantes qui ignoraient avant l'entretien que le pharmacien pouvait proposer cet accompagnement envisageaient désormais de faire appel à lui si besoin, principalement en raison de la confiance qu'elles lui accordent en tant que professionnel de santé, ainsi que pour des considérations financières, espérant qu'il puisse proposer des prix plus abordables pour les patientes grâce à son lien continu avec la sécurité sociale. Il est indéniable que la pharmacie d'officine reste un commerce qui doit pouvoir vivre grâce à un équilibre économique. Cependant, le pharmacien semble détenir un rôle important en mettant justement à profit ses compétences commerciales pour garantir aux patients un accès aux soins le plus abordable possible et un accompagnement de qualité.

La loi n°2025-106 promulguée le 5 février 2025 visant à l'amélioration de la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie constitue une avancée majeure pour toutes les patientes souffrant d'un cancer du sein. Celle-ci devrait permettre de prendre en charge intégralement le renouvellement des prothèses mammaires, les soutien-gorge adaptés ou encore le tatouage médical de l'aréole et du mamelon. Certaines crèmes ou encore certains vernis pourraient également être pris en charge, par un forfait spécifique. Enfin, les dépassements d'honoraires des médecins pratiquant la reconstruction mammaire

devraient être encadrés, ce qui engendrerait moins de frais pour les patientes choisissant cette option (86–88).

Le pharmacien, en tant que professionnel de santé de proximité, doit contribuer à l'information des patientes sur ces nouveaux droits.

4) Renforcer la communication autour des produits spécifiques pour les patients atteints de cancer

Une grande partie des participantes soulignait un manque de communication concernant les services et produits disponibles en officine pour accompagner les patients atteints de cancer, ce qui refléterait pour elles le fait que le cancer reste encore entouré d'un certain tabou. Elles faisaient part de leur souhait d'être davantage informées sur la possibilité que le pharmacien puisse proposer des prothèses capillaires et prothèses mammaires externes, que ce soit en informant directement au comptoir, à travers des brochures et affiches, ou même en les mettant en avant dans l'espace de vente ou en vitrine.

En ce qui concerne les manchons de compression traitant le lymphœdème, aucune des participantes n'en avait besoin, certaines participantes ignoraient même leur existence, donc le sujet n'a pas été approfondi. Seulement deux participantes, dont une qui était kinésithérapeute, savaient que les pharmaciens pouvaient les proposer. De plus, la gamme Mème Cosmetics®, spécialement conçue pour les peaux sensibilisées par les traitements oncologiques, a été mentionnée comme n'étant pas suffisamment mise en avant au sein des officines. Certaines participantes ont d'ailleurs reproché à leur officine de ne rien proposer spécifiquement aux personnes atteintes de cancer, ni cette gamme de produits ni des prothèses capillaires.

Pourtant, des initiatives en faveur des patients atteints de cancer sont déjà présentes dans de nombreuses officines, en particulier durant des périodes de sensibilisation comme le mois d'Octobre Rose, mois durant lequel les officines mènent diverses actions pour intensifier la sensibilisation : éléments de décoration, affiches, distribution de brochures, mise en avant de produits spécifiques, urnes de collecte de fonds pour des associations de lutte contre le cancer. Pour autant, il semble y avoir un décalage entre la perception des patientes et les actions menées, la communication des officines à ce sujet semble manquer de continuité et de visibilité. Ce sentiment peut aussi être très variable selon les officines et des besoins qui diffèrent d'une personne à une autre. La communication et l'information sur ces services et produits dédiés ne relèvent pas

d'une stratégie commerciale mais bien d'une mission de santé publique essentielle permettant de répondre aux attentes exprimées par les patientes. En s'inscrivant dans cette démarche, les pharmaciens consolident leur position d'acteur clé dans l'accompagnement global des personnes atteintes de cancer et dans les soins de support.

5) Rôle du pharmacien d'officine dans les soins de support

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les SOS regroupent l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades visant à atténuer les effets indésirables des traitements, à soulager les symptômes de la maladie et à répondre aux besoins psychosociaux des patients et autres besoins dans le but de leur garantir la meilleure qualité de vie possible (63). Le pharmacien d'officine participe activement à l'accompagnement de ses patients cancéreux à travers divers soins de support, qui ont été abordés au cours des entretiens. Il intervient par exemple dans la gestion de la chute de cheveux, en ayant la possibilité de proposer des prothèses capillaires et des accessoires adaptés, ainsi qu'en conseillant des soins dermocosmétiques adaptés pour le cuir chevelu fragilisé. Il peut également accompagner les patientes dans le choix d'une prothèse mammaire externe après une mastectomie, et d'un manchon de compression en cas de lymphœdème.

D'autres formes de soutien sont assurées par le pharmacien d'officine (89) :

- les conseils associés au bon usage des traitements de support prescrits, tels que les antidouleurs ou les traitements des effets secondaires (nausées, mucites, diarrhées, fatigue, etc.) ;
- l'aide à la prévention ou au traitement de la dénutrition, fréquemment associée au traitement d'un cancer. Les pharmaciens prodiguent des conseils alimentaires spécifiques, comme l'enrichissement des repas (ajout de crème, beurre, sauces, sucre, confiture), la consommation d'aliments riches en protéines, le fractionnement alimentaire, ou encore des conseils pour pallier les troubles du goût (dysgueusies). Ils s'assurent également du bon usage des compléments nutritionnels oraux (CNO) ;
- l'écoute et le soutien psychologique du pharmacien peuvent aider les patients qui en ressentent le besoin. Cet accompagnement ne s'adresse pas uniquement aux patients eux-mêmes, mais aussi à leurs aidants, souvent en première ligne et qui trouvent dans le pharmacien un interlocuteur privilégié.

Au cours des entretiens, une participante a relaté un atelier manucure organisé par sa pharmacie qui a contribué à améliorer son bien-être et son moral, soulignant l'importance des initiatives visant à prendre soin de l'apparence et du confort des patientes. De même, les entretiens pharmaceutiques réalisés en officine font pleinement partie des soins de support proposés pour les patients, permettant de favoriser le suivi, le bon usage et l'observance des anticancéreux oraux, mais surtout d'aider les patients dans la gestion des traitements et dans la prévention des effets indésirables.

En effet, l'accessibilité du pharmacien d'officine en fait un acteur incontournable pour accompagner les patientes dans la gestion des effets secondaires liés aux traitements du cancer. L'étude menée a mis en lumière que la relation de confiance établie entre le pharmacien et ses patients favorise une communication ouverte : les participantes ont souvent sollicité leur pharmacien pour mieux gérer et atténuer leurs effets secondaires.

Il en est ressorti que le pharmacien jouait un rôle clé à travers ses conseils hygiéno-diététiques visant à soulager certains symptômes, mais également par la délivrance de traitements sans ordonnance, qualifiés de thérapies ou médecines complémentaires. Ces traitements, utilisés en association avec les traitements conventionnels, comprennent notamment la phytothérapie, l'homéopathie, l'aromathérapie, l'oligothérapie ou encore la supplémentation en vitamines. Presque toutes les participantes ont déclaré avoir demandé conseil au pharmacien pour lutter contre certains effets secondaires. Plusieurs participantes exprimaient une préférence pour des solutions « naturelles », précisant qu'elles se tournaient vers leur pharmacien pour qu'il leur conseille une thérapie complémentaire jugée plus « naturelle » que les médicaments « chimiques » qu'elles prenaient déjà. Cette recherche de naturalité traduit à la fois un besoin de diversité dans les approches thérapeutiques et une volonté de limiter la charge médicamenteuse perçue comme importante et pesante.

Les résultats de notre étude corroborent les données de la littérature, qui indiquent un recours élevé aux médecines alternatives et complémentaires (MAC) chez les patients atteints de cancer, concernant 75 % à 90 % d'entre eux selon les études (90). Par exemple, l'étude rétrospective « UTOPIa » menée en France en 2022 a porté sur l'usage de la phytothérapie de 624 femmes en cours de traitement ou ayant été traitées pour un cancer du sein (91). Parmi elles, 66,2% ont déclaré avoir consommé de la phytothérapie pendant leur traitement. Les principales motivations étaient de soulager

les effets indésirables des traitements, de détoxifier l'organisme et d'atténuer les symptômes de la maladie. Cependant, 71,2% des femmes ayant utilisé la phytothérapie n'étaient pas conscientes du risque d'interactions potentielles entre les plantes et les médicaments.

Une autre étude, menée à l'Institut de Cancérologie de l'Ouest Paul Papin d'Angers, a révélé que seulement 10 % des patientes sous chimiothérapie interrogent leur pharmacien au sujet de l'usage de la phytothérapie (92). Cette observation est préoccupante, d'autant que la majorité des patientes se tournaient vers leur entourage pour obtenir des conseils. Les oncologues et leurs équipes étaient aussi rarement sollicités, alors qu'il est essentiel de les tenir informés de tout traitement pris en dehors de la chimiothérapie.

Dans notre étude, même s'il s'agissait d'une minorité, quelques participantes disaient s'appuyer sur les témoignages d'autres patientes ou consulter des sites internet pour apprendre à gérer leurs effets secondaires, parfois même en commandant des produits en ligne sans demander l'avis d'un professionnel de santé. Cela soulève un problème quant à la qualité et la fiabilité des informations obtenues et aux risques liés à l'automédication.

Ces constats renforcent l'importance de la place du pharmacien d'officine dans l'accompagnement de ces patientes qui ont largement recours à la phytothérapie et aux autres MAC mais qui, pour autant, semblent manquer d'informations sur le sujet notamment sur le risque d'interactions médicamenteuses avec le traitement anticancéreux. En tant que spécialiste du médicament, le pharmacien est en première ligne pour informer, conseiller et prévenir les risques d'interactions médicamenteuses qui peuvent entraîner des conséquences potentiellement graves lorsqu'elles concernent les anticancéreux. Que ce soit dans le cadre d'une thérapie orale ou d'un traitement anticancéreux intraveineux, il est possible de proposer des MAC à l'officine, à condition d'avoir une bonne connaissance de ceux-ci et d'effectuer systématiquement une recherche d'interactions potentielles à l'aide d'outils validés. Le pharmacien doit également sensibiliser les patients à l'importance de discuter de l'utilisation des MAC avec leur oncologue et l'équipe soignante.

6) Formation des pharmaciens d'officine à Lille

En 2019, un projet de transformation pédagogique de la filière officine a vu le jour au Département de Pharmacie de Lille-UFR3S. Ce projet porte le nom de Mise En

Transformation par l'Approche par compétences pour la Pharmacie d'Officine et la Spécialisation des Etudiants (METAmorPHOSE) (93). Comme son nom l'indique, son objectif est d'introduire une approche par compétences dans le cursus des étudiants. Cette initiative complète les enseignements théoriques en mettant l'accent sur les compétences professionnels essentielles. Son objectif principal est de préparer au mieux les étudiants à appliquer efficacement leurs connaissances dans des situations professionnelles variées et complexes, répondant ainsi aux exigences croissantes de leur futur métier.

Dans ce contexte, un référentiel de compétences a été développé afin d'établir les compétences à acquérir pour les étudiants sortant de la faculté. Celui-ci est constitué de quatre principaux axes (94) :

- « dispenser un produit de santé de façon adaptée pour un patient et dans un contexte donné ;
- gérer une officine de façon responsable dans un contexte territorial donné ;
- accompagner le patient dans sa prise en charge globale ;
- agir en matière de prévention et de santé publique ».

Chacun de ces axes comprend un ensemble de compétences essentielles, dont le niveau de maîtrise avance au cours du cursus universitaire de la filière officine à savoir de la 4^e année à la 6^e année.

Pour garantir l'acquisition des compétences exigées, le Département de Pharmacie de Lille-UFR3S a mis l'accent sur le développement des exercices de mises en situation au sein de l'officine virtuelle. Elle intègre également un programme pédagogique innovant associant des mises en situation en distanciel (jeu sérieux e-caducée). Ces approches, qui simulent des conditions réelles, constituent l'unité d'enseignement Pratiques Officinales et jeux de Rôle (PROFFItEROLE) (95). Par ailleurs, les méthodes d'évaluation ont aussi évolué, avec l'introduction des examens pharmaceutiques objectifs et structurés (EPOS), assurant une évaluation cohérente et précise de diverses compétences (93).

Dans le cadre de notre étude, nous avons trouvé pertinent de confronter ce référentiel de compétences aux attentes exprimées par les patientes afin d'établir des correspondances entre les compétences exigées d'un pharmacien en fin de cursus universitaire et les besoins réels d'une population spécifique, en l'occurrence les patientes atteintes d'un cancer du sein :

Référentiel de compétences	Attentes des patientes
Compétences relationnelles	
Accompagner la dispensation en utilisant des techniques de communication adaptées à la situation <u>ET</u> expliquer en des termes compréhensibles pour le patient	Compréhension et écoute
Adapter son discours et s'assurer de la compréhension du patient dans une démarche d'empathie et de mise en confiance	Confiance, écoute et empathie
Communiquer de façon claire, et respectueuse	Respect
Compétences techniques	
Réaliser un acte pharmaceutique de manière efficace	Explications fournies sur les traitements anticancéreux et sur les traitements de support lors de la dispensation
Apporter une solution adaptée et argumentée à la demande	Conseils fiables, notamment pour soulager les effets indésirables des traitements
Utiliser des sources d'informations professionnelles fiables courantes et spécialisées dans sa pratique quotidienne et émettre un avis critique	Recherche et connaissance des interactions médicamenteuses avec le traitement anticancéreux → accompagnement sur la délivrance des thérapies complémentaires et produits de parapharmacie
Se former et promouvoir la formation et le maintien des connaissances au sein de l'équipe	Formation continue (DPC obligatoire) L'implication dans les soins de support dépend de la volonté de formation de l'officine → formation pour l'accompagnement des patientes sur les prothèses capillaires et prothèses mammaires externes
Compétences organisationnelles	
Communiquer efficacement avec les différents acteurs intervenant dans la prise en charge du patient	Vigilance et réactivité en cas d'effet indésirable grave (ou autre problématique)
Orienter efficacement le patient dans toutes les situations	Rediriger vers le médecin ou vers le bon interlocuteur si nécessaire Orientation vers l'accès au soins

Figure 12. Confrontation du modèle explicatif (Figure 11) au référentiel de compétences pour les étudiants en filière officine du Département de Pharmacie de Lille

Bien que le référentiel de compétences définisse des compétences générales applicables à une diversité de situations rencontrées à l'officine, celles-ci englobent des compétences spécifiques identifiées dans notre étude. En effet, même s'il ne mentionne pas précisément de pathologies, les compétences qui y sont décrites sont pertinentes et adaptables à toutes les prises en charges thérapeutiques, y compris celle des patients atteints de cancer.

Toutefois, certaines attentes exprimées par les participantes de l'étude n'ont pas pu être reliées à des compétences du référentiel, car elles relèvent davantage de caractéristiques propres à chaque officine. Par exemple, la mise en avant des services et produits proposés pour les patient(e)s atteint(e)s de cancer, ou encore la qualité de l'accueil, dépendent des officines. De même, la cohésion d'équipe ou la connaissance du personnel par les patients sont totalement indépendants de la formation universitaire.

L'analyse des résultats de notre étude montre que les attentes fondamentales des patientes correspondent largement aux compétences définies dans le référentiel de compétences élaboré par le Département de Pharmacie de Lille-UFR3S. Cela témoigne de la pertinence de la formation universitaire actuelle dans la préparation des futurs pharmaciens à l'accompagnement des patientes atteintes d'un cancer du sein. Néanmoins, selon une enquête menée dans le cadre d'une thèse d'exercice, 77% des pharmaciens d'officine déclarent ne pas se sentir suffisamment formés pour prendre en charge efficacement les femmes atteintes de cancer du sein à l'officine (96). La formation initiale dispensée au cours du cursus universitaire ne constituerait qu'une base, nécessitant d'être approfondie et consolidée pour répondre plus spécifiquement aux besoins des patientes. Une formation dédiée à la prise en charge des patients en parcours oncologique pourrait renforcer cet accompagnement en le rendant plus ciblé et plus efficient. Elle permettrait notamment de mieux répondre aux attentes des patientes concernant certaines compétences techniques du pharmacien : conseiller en toute sécurité l'usage des thérapies complémentaires pour lutter contre les effets indésirables, accompagner dans le choix d'une prothèse mammaire externe ou capillaire, proposer et recommander des produits dédiés, et intégrer ces pratiques dans la vie de l'officine.

Une enquête menée auprès de patientes ayant un cancer du sein métastatique avait d'ailleurs montré que 86% d'entre elles trouvaient leur pharmacien d'officine compétent pour répondre à leurs interrogations concernant la maladie et leur traitement (81). Ce constat positif est corroboré par la satisfaction unanime exprimée par les participantes de l'étude à l'égard de leur pharmacien. Toutes ont exprimé une grande confiance envers ce dernier, reconnaissant son rôle central et indispensable dans leur parcours de soins en tant que professionnel de santé compétent et dévoué. Une seule participante a relaté une expérience négative l'ayant conduite à changer d'officine, illustrant ainsi l'importance de la relation de confiance avec le pharmacien.

Ce lien apparaît comme un besoin essentiel, à tel point que les patientes peuvent changer d'officine si ce critère n'est pas au rendez-vous. Cette situation nous montre également que la qualité de la prise en charge peut varier d'une officine à une autre. En dépit de cet incident isolé, l'ensemble des participantes interrogées avaient une image très positive de leur pharmacien d'officine, renforçant l'idée de son rôle clé dans l'accompagnement des patients cancéreux.

7) La place de la communication interprofessionnelle dans le parcours de soins des patientes

La communication interprofessionnelle était un point important abordé lors des entretiens. Les participantes percevaient la communication entre l'oncologue et le médecin traitant comme prioritaire et essentielle. En revanche, la communication entre l'oncologue et le pharmacien d'officine était décrite comme inexistante, et ce, à juste titre. Cette coopération était reléguée au second plan, derrière les échanges entre l'oncologue et le médecin traitant. La plupart des participantes ne voyaient pas l'intérêt d'une éventuelle communication entre l'oncologue et le pharmacien. Les principaux freins évoqués étaient que les deux professionnels de santé sont débordés, ont déjà une charge de travail conséquente et n'ont donc pas le temps pour ça. Par ailleurs, l'idée de devoir choisir une pharmacie référente était également évoquée, notamment par les participantes ayant l'habitude de se rendre dans plusieurs pharmacies. Pour elles, devoir en choisir une seule représenterait une contrainte, principalement d'ordre pratique. Elles estimaient que l'ordonnance des traitements de support suffisait à assurer un lien et elles préféreraient, si elles le souhaitent, partager elles-mêmes leur histoire avec leur pharmacien. Quelques participantes envisageaient tout de même les avantages d'une meilleure communication entre l'oncologue et le pharmacien : l'envoi d'ordonnances directement au pharmacien pour que le pharmacien puisse préparer les médicaments en amont et éviter l'attente à l'officine, et une meilleure information du pharmacien sur la pathologie et les traitements en cours. À ce jour, en l'absence de communication systématique, seuls la transmission du PPS par la patiente au pharmacien, ses indications orales ou les ordonnances peuvent donner des indications au pharmacien sur la pathologie et les traitements. Une participante a également suggéré que, si un lien était établi entre l'oncologue et le pharmacien, ce dernier pourrait être autorisé à délivrer certains médicaments en correspondance avec le médecin, ce qui lui éviterait de devoir prendre un rendez-vous.

En revanche, la remontée d'informations du pharmacien vers l'oncologue et/ou le médecin traitant était perçue comme particulièrement utile. Les participantes estimaient que cela pourrait s'avérer très utile en cas d'effet indésirable grave ou d'allergie et permettrait une prise en charge plus rapide.

Nos résultats diffèrent néanmoins de ceux d'une enquête-patient réalisée en France au sein d'un centre de lutte contre le cancer (CLCC) où le relai hôpital-ville est davantage valorisé (97). Près de 60% des répondants sous traitement anticancéreux se déclaraient favorables à la transmission de leurs ordonnances de sortie à leur pharmacie habituelle, et près de 40% des répondants souhaitaient que leur compte-rendu d'hospitalisation soit également transmis. Parmi ceux qui l'envisageaient, 94% étaient prêts à désigner une pharmacie référente. Dans le même sens que nos résultats, près de 59% des participants étaient intéressés par l'idée que leur pharmacien puisse proposer des solutions validées par l'équipe de soins hospitalière s'ils présentaient un effet indésirable peu grave, comme l'une de nos participantes l'a évoqué. Par ailleurs, 47% des participants étaient favorables à ce que leur pharmacien transmette les effets indésirables à l'équipe hospitalière, et 28% souhaitaient que leurs traitements soient préparés en amont de leur passage, ce qui rejoint certaines attentes identifiées dans notre étude et décrites ci-dessus. En résumé, cette enquête met en lumière la volonté des patients à soutenir une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital.

Une autre enquête a révélé que 45% des patientes considéraient que leur pharmacien d'officine n'était pas suffisamment impliqué dans le lien ville-hôpital. Du côté des pharmaciens, 67% estimaient que le manque de coordination avec les centres d'oncologie constituait un frein majeur pour l'accompagnement des patients (81).

Ces constats soulignent un défi à relever pour le pharmacien d'officine : s'affirmer comme partenaire d'un parcours de soins. Nos résultats montrent toutefois que, bien que certaines patientes perçoivent des avantages à une communication renforcée avec leur pharmacien, cette attente n'est pas encore généralisée. L'optimisation de la coordination entre l'ensemble des acteurs de santé pourrait constituer un levier d'amélioration de la prise en charge et du suivi des patients atteints de cancer.

Pourtant, la volonté d'une meilleure coopération est bien présente, en ville comme à l'hôpital. En effet, la parution de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018 a permis une expérimentation nationale nommée Onco'Link Thérapies Orales qui a vu le jour en avril 2021, pilotée par Unicancer (91). Ce projet s'est donné

pour missions d'améliorer la qualité du suivi des patients traités par thérapies orales à domicile et de réduire la consommation des soins liés aux complications et au mauvais suivi du traitement de ces patients. Ces enjeux majeurs s'appuient sur un suivi pluriprofessionnel ville-hôpital renforcé, plaçant la coordination entre les différents professionnels de santé au cœur du dispositif. L'expérimentation prévoit des échanges réguliers entre l'équipe hospitalière (oncologue, pharmacien et infirmier hospitaliers) et le patient, un entretien pharmaceutique à chaque dispensation d'anticancéreux oraux en officine, et des échanges continus entre les professionnels de ville (médecin traitant et pharmacien d'officine) et de l'hôpital. Le but est d'offrir le meilleur suivi possible au patient et de sécuriser la prise des thérapies orales en veillant à leur bonne observance, en prévenant et en détectant plus tôt les effets indésirables et en identifiant les interactions médicamenteuses. Depuis son lancement, l'expérimentation montre des résultats encourageants et prometteurs, conduisant à sa prolongation jusqu'à la fin du mois de mars 2025. En attendant une évaluation nationale complète, certains CLCC ont déjà partagé leurs résultats comme l'Institut Paoli-Calmettes de Marseille qui a rapporté dans son bilan 2023 que 68 % des patients sous thérapies orales présentaient au moins une interaction médicamenteuse lors de l'instauration du traitement (98). Parmi les interactions retrouvées, 68% concernaient des patients prenant des MAC. De plus, 30% des patients présentaient une observance jugée insuffisante de leur traitement anticancéreux.

Le pharmacien d'officine semble donc avoir un grand rôle à jouer pour promouvoir l'observance et améliorer la sécurité de prise du traitement anticancéreux notamment en limitant le risque d'interactions médicamenteuses. En s'intégrant pleinement dans cette dynamique de coordination, il pourra contribuer activement à optimiser la prise en charge des patients, en complémentarité avec les autres professionnels de santé.

III. Forces et limites de l'étude

1) Forces de l'étude

L'une des principales forces de cette étude est son caractère innovant car il s'agit, à notre connaissance, de la première étude qualitative menée auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein visant à explorer la place du pharmacien d'officine dans leur parcours de soins et la qualité de la relation patiente-pharmacien. Cette approche originale ouvre de nouvelles perspectives sur l'implication du pharmacien dans les soins de support en oncologie.

Le choix de la méthodologie qualitative s'est révélé particulièrement pertinent pour l'exploration des représentations, des ressentis et des attentes de ces patientes en nous offrant une compréhension plus riche et argumentée de leurs expériences vécues. En particulier dans le domaine de l'oncologie, où les expériences racontées par les patientes constituent une source d'informations essentielle pour l'amélioration de leur prise en charge. Les entretiens semi-dirigés ont permis de laisser libre cours à la parole des participantes et ainsi de garder une certaine spontanéité. Bien que l'entretien ait été mené à l'aide d'un guide d'entretien, il n'y avait pas de restriction concernant les thèmes abordés, ce qui permettait de faire émerger des éléments nouveaux permettant également de répondre à la question de recherche.

L'âge des participantes était variable, allant de 34 à 69 ans, et les traitements reçus pour traiter le cancer du sein étaient eux aussi variables. La diversité des profils des participantes a permis de récolter des témoignages riches et variés apportant des éléments nouveaux d'un entretien à un autre.

Parmi les 7 participantes, 6 se rendaient elles-mêmes à la pharmacie lors de leur traitement, ce qui a permis de recueillir des témoignages pertinents et authentiques sur la relation avec le pharmacien d'officine. La 7^e participante, bien que ne se rendant pas elle-même à la pharmacie, a toutefois apporté un témoignage intéressant, apportant un éclairage différent sur la question de recherche.

Enfin, ce travail s'appuie sur les critères de la grille COREQ, grille de qualité d'une recherche qualitative, garantissant la solidité et la transparence de la méthodologie (99).

2) Limites de l'étude

Ce travail présente cependant plusieurs limites qu'il convient de souligner.

Tout d'abord, l'échantillonnage n'a pas totalement respecté le principe de saturation des données. En effet, bien que les entretiens aient été retranscrits au fur et à mesure, l'analyse des données n'a pas été réalisée simultanément par manque de temps. Nous nous sommes fiés à mon ressenti sur les entretiens, et l'impression subjective d'absence de nouvelles données, pour arrêter le recrutement. Il aurait été préférable d'analyser les entretiens au fur et à mesure pour déterminer la suite du recrutement de participantes susceptibles de fournir des données pertinentes pour la question de recherche, et attendre la saturation théorique des données, c'est-à-dire le moment où chaque nouvel entretien n'apporte plus rien de nouveau lors de l'analyse (propriétés

et catégories conceptuelles). De plus, l'étude s'est limitée aux patientes sous chimiothérapie intraveineuse, alors que l'inclusion de patientes sous thérapies orales dispensées en officine aurait pu apporter des perspectives supplémentaires et enrichir les résultats sur notre question de recherche.

La triangulation des données, réalisée sur un seul entretien, constitue une autre limite. Étendre cette démarche à un plus grand nombre d'entretiens aurait permis d'avoir une meilleure fiabilité des résultats et de limiter les biais d'interprétation. De plus, l'ensemble des entretiens et l'analyse des données ont été conduits par une seule personne, novice dans la conduite d'entretiens qualitatifs et sans formation spécifique. Bien que des recherches approfondies et une préparation rigoureuse aient été menées en amont, cet élément a pu constituer un frein au bon déroulement des entretiens et certaines thématiques n'ont peut-être pas été explorées de manière optimale.

Les retranscriptions n'ont pas été soumises aux participantes pour validation ou commentaire. De même, les résultats finaux n'ont pas été transmis aux participantes.

Le lieu des entretiens a également pu influencer les échanges. Certaines patientes, interrogées dans des chambres doubles de l'hôpital de jour, ont pu être limitées dans leurs propos par crainte d'être entendues par leur voisin(e), malgré les précautions prises pour garantir la confidentialité de l'échange. Ceci a pu limiter la spontanéité et la profondeur de leurs témoignages, notamment pour aborder des sujets sensibles liés à leur vécu.

Enfin, comme dans toute étude qualitative, certains biais sont inévitables. Ces biais incluent la subjectivité des participantes et la sincérité des réponses, influencée par la volonté de correspondre aux attentes supposées de l'enquêteur ou par la réticence à partager des aspects plus personnels de leur expérience. S'ajoute à cela la subjectivité du chercheur qui peut introduire des biais lors de l'analyse des données en fonction de ses propres perceptions, hypothèses ou interprétations.

Conclusion et perspectives

Ce travail met en évidence la place centrale du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patientes atteintes d'un cancer du sein, en particulier dans le cadre des soins de support. L'étude menée a montré que les patientes perçoivent leur pharmacien comme un professionnel de santé de proximité, facilement accessible et compétent. Elles lui vouent une confiance essentielle et le sollicitent pour obtenir des conseils adaptés à leurs besoins, notamment pour apprendre à gérer leurs effets indésirables. Le pharmacien d'officine joue ainsi un rôle majeur dans l'identification de la sévérité des effets indésirables et, le cas échéant, dans l'orientation des patientes vers leur médecin traitant ou leur oncologue.

Au-delà de son expertise thérapeutique, la relation entre la patiente et son pharmacien repose avant tout sur une dimension humaine. La confiance qu'elles placent en leur pharmacien représente le fondement même de leur relation. L'écoute, l'empathie et le respect de la confidentialité sont des attentes fondamentales exprimées par les patientes, qui recherchent un soutien moral face à la maladie. L'implication du pharmacien dans les SOS apportés à ces patientes ne se limite pas à la dispensation des traitements de support et/ou des thérapies orales, elle englobe l'accompagnement dans la gestion des effets secondaires au quotidien, le renforcement de l'adhésion thérapeutique et de l'observance des traitements, et un soutien moral précieux. En s'investissant pleinement dans la relation patient-pharmacien, le pharmacien devient un maillon crucial du parcours de soins, favorisant la meilleure adhésion possible au traitement.

Toutefois, il semblerait que les SOS en officine mériteraient d'être davantage développés et valorisés. Si certaines participantes étaient amplement satisfaites de l'accompagnement reçu pour une prothèse capillaire et/ou une prothèse mammaire externe, d'autres regrettaient un manque de visibilité des soins disponibles et une communication insuffisante sur ces dispositifs. Une certaine retenue, associée au « tabou » autour du cancer, semble encore persister dans certaines officines, limitant l'accès aux conseils et aux solutions adaptées. Ces constats suggèrent la nécessité d'une implication plus marquée des pharmaciens dans l'offre proposée en matière de soins de support et leur mise en avant. Des formations approfondies en oncologie, ainsi que sur les différents types de prothèses, apparaissent comme un levier fondamental pour améliorer l'accompagnement de ces patientes.

Ce travail met en lumière l'intérêt d'une meilleure coordination entre le pharmacien d'officine et les autres acteurs du parcours de soins, en particulier l'équipe hospitalière, en accord avec d'autres études qui soulignent l'importance et les enjeux d'une continuité des soins entre l'hôpital et la ville pour les patients atteints de cancer (97). Si certaines participantes ne percevaient pas d'intérêt particulier à un renforcement de cette collaboration, d'autres y voyaient un réel bénéfice en termes de suivi des traitements, de gestion des effets secondaires et de sécurisation du parcours de soins. Des obstacles semblent subsister, notamment le manque de temps et la charge de travail des différents professionnels de santé impliqués. Des initiatives telles que le programme Onco'Link Thérapies Orales offrent une perspective prometteuse en structurant la communication entre l'hôpital et l'officine. Si ce modèle venait à être généralisé, il renforcerait considérablement le rôle du pharmacien d'officine dans l'accompagnement des patients et offrirait une prise en charge plus sécurisée et coordonnée. Cette approche collaborative constitue un axe d'amélioration majeur, voué à transformer le parcours de soins des patients et à optimiser leur prise en charge tout au long de leur traitement.

Enfin, il serait pertinent de compléter ces résultats par une étude qualitative auprès des pharmaciens d'officine eux-mêmes, afin d'obtenir leur ressenti et leurs pratiques en matière d'accompagnement des patientes atteintes de cancer du sein. Des recherches complémentaires, portant sur les patientes sous thérapie orale dispensée en officine ou sur d'autres types de cancer, permettraient également d'élargir les perspectives et de faire évoluer le rôle du pharmacien pour tendre vers une prise en charge toujours plus adaptée, à la hauteur des attentes et des besoins des patients atteints de cancer.

Annexes

Annexe 1 : Classification TNM clinique du cancer du sein (8^e édition), issue du référentiel OncoNormandie sur le cancer du sein invasif 2018

Tumeur Primaire T

Tx : la tumeur primitive ne peut pas être évaluée

T0 : la tumeur primitive n'est pas palpable

- Tis : carcinome *in situ*
 - Tis (DCIS) : carcinome canalaire *in situ*
 - Tis (CLIS) : carcinome lobulaire *in situ*
 - Tis (Paget) : maladie de Paget du mamelon sans tumeur sous-jacente
- NB : la maladie de Paget associée à une tumeur est classée en fonction de la taille de la tumeur

T1 : tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T1mi : micro-invasion ≤ 1 mm dans sa plus grande dimension

- T1a : 1 mm < tumeur ≤ 5 mm dans sa plus grande dimension
- T1b : 5 mm < tumeur ≤ 1 cm dans sa plus grande dimension
- T1c : 1 cm < tumeur ≤ 2 cm dans sa plus grande dimension

T2 : 2 cm < tumeur ≤ 5 cm dans sa plus grande dimension

T3 : tumeur > 5 cm dans sa plus grande dimension

T4 : tumeur, quelle que soit sa taille, avec une extension directe soit à la paroi thoracique (a), soit à la peau (b)

- T4a : extension à la paroi thoracique en excluant le muscle pectoral
- T4b : oedème (y compris peau d'orange) ou ulcération de la peau du sein, ou nodules de perméation situés sur la peau du même sein
- T4c : T4a + T4b
- T4d : cancer inflammatoire

Ganglions lymphatiques régionaux N

Nx : l'envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ne peut pas être évalué (par exemple déjà enlevés chirurgicalement ou non disponibles pour l'analyse anatomopathologique du fait de l'absence d'évidement)

N0 : absence d'envahissement ganglionnaire régional

N1 : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(-s) axillaire(s) mobile(s) étage 1 et 2 de Berg

N2 : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(-s) axillaire(s) dans étage 1 et 2 de Berg fixée(s) ou métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) mammaire interne cliniquement (clinique et imagerie) sans atteinte axillaire

N2a : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(-s) axillaire(s) dans étage 1 et 2 de Berg fixé(s)

N2b : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(-s) mammaire(s) interne(s) détectée(s) cliniquement (clinique et imagerie) sans atteinte axillaire

N3 : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) sous-claviculaire(s) (étage 3 de Berg) avec ou sans atteinte des étages 1 et 2 de Berg ou métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) mammaire interne cliniquement (clinique et imagerie) avec atteinte axillaire des étages 1 et 2 de Berg ou métastase(s) ganglionnaire(s) sus-claviculaire(s) avec ou sans atteinte axillaire ou mammaire interne

- N3a : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) sous-claviculaire(s) (étage 3 de Berg)
- N3b : métastase(s) ganglionnaire(s) homolatérale(s) mammaire interne et axillaire(s)
- N3c : envahissement des ganglions sus-claviculaires homolatéraux

Métastases à distance (M)

- Mx : renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
- M0 : absence de métastases à distance
- M1 : présence de métastase(s) à distance

Annexe 2 : Classification par stade issue du référentiel OncoNormandie sur le cancer du sein invasif 2018

Classification par stade UICC

0	Tis	N0	M0
IA	T1(y compris T1mi)	N0	M0
IB	T0,T1	N1mi	M0
IIA	T0, T1 T2	N1 N0	M0 M0
IIB	T2 T3	N1 N0	M0 M0
IIIA	T0,T1,T2 T3	N2 N1,N2	M0 M0
IIIB	T4	N0,N1,N2	M0
IIIC	Tous T	N3	M0
IV	Tous T	Tous N	M1

Annexe 3 : Questionnaire de repérage et d'évaluation des besoins en soins de support durant la phase active de traitement - version Professionnels de santé



RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL
SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

ANNEXE 3

GRILLE DE REPÉRAGE DE 1^{er} ET 2^e NIVEAU DES BESOINS EN SOINS DE SUPPORT PENDANT LA PHASE ACTIVE DE TRAITEMENT

Version Professionnels de santé

Date de remplissage du questionnaire :

Identification du patient :

Civilité : Madame Monsieur Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Courriel :

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Vos réponses permettront aux professionnels de santé qui vous suivent de vous proposer des soins de support. Ces soins visent à améliorer votre qualité de vie, la tolérance et l'efficacité du traitement.

Les informations que vous transmettez permettront d'identifier vos besoins en soins oncologiques de support puis de vous proposer un accompagnement personnalisé par des professionnels.

Compréhension de la maladie et du traitement

(0 = Pas du tout d'accord et 10 = Tout à fait d'accord)

Les questions proposées s'intègrent dans un dispositif d'annonce de la maladie et d'accompagnement du patient. Elles ne remplacent pas une écoute active des patients, par exemple par l'infirmier d'annonce, mais permettent une expression potentielle de besoins.

- 1 Les informations concernant votre maladie (et son évolution) ont-elles été suffisantes et complètes ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 2 Les informations concernant les traitements sont-elles compréhensibles et claires ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 3 Vous avez reçu des informations sur les directives anticipées et/ou les soins palliatifs. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 4 Vous sentez-vous soutenu(e) par votre entourage pour bien comprendre ce qui vous arrive ? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nutrition

- 5 Si l'on considère que, avant l'annonce de votre maladie, vous mangiez « 10 sur 10 », combien mangez-vous actuellement sur une échelle de 0 à 10 (0 = vous ne mangez rien et 10 = vous mangez des quantités comme d'habitude) ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 6 Votre poids avant l'annonce de la maladie : kg
Votre poids actuel : kg
Votre taille : m

- 7 Avez-vous des difficultés à avaler ?
 Oui Non
- 8 Avez-vous des nausées/vomissements/diarrhées qui impactent votre prise alimentaire ?
 Oui Non
- 9 Faites-vous un ou des régime(s) restrictif(s) (jeûne, régime pauvre en sucre, en gras...) sans prescription médicale telle que pour le diabète, le cholestérol... ?
 Oui Non
- 10 Avez-vous déjà eu un suivi/reçu des conseils adaptés en nutrition ?
 Oui Non

Questions de repérage de 2^e niveau

- 1 - Peser le patient (tracer le suivi de l'évolution du poids)
- 2 - Perte de poids (en kg)
 Si % perte de poids \geq 5 % en 1 mois ou \geq 10 % en 6 mois, orientation pour suivi nutritionnel.
- 3 - Taille en m
- 4 - IMC : $P \text{ (kg)} / T^2 \text{ (cm)}$
 Si $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ ou 21 pour les personnes de plus de 70 ans (critère de dénutrition), orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle
 Si $> 25 \text{ kg/m}^2$ (critère de surpoids/obésité), selon le cancer, orientation vers une consultation diététique/nutritionnelle
- 5 - Des changements des habitudes alimentaires ont-ils été observés ?
 - À l'annonce de la maladie : Oui Non
 - Pendant les traitements : Oui Non
 - Depuis l'arrêt des traitements : Oui Non
- 6 - Une réduction de la masse musculaire et/ou de la fonction musculaire a-t-elle été identifiée ? (lorsque les normes et/ou les outils sont disponibles).
 Oui Non (si oui = critère de dénutrition)

Activité physique [= activité physique quotidienne (marche, ménage, jardinage, vélo...) et activité sportive]

- 11 Avant l'annonce de la maladie, sur une échelle de 0 à 10, vous étiez pas du tout actif(ve) = 0 à vous étiez très actif(ve) = 10 ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 12 Depuis l'annonce de votre maladie, êtes-vous moins actif(ve) physiquement ?
 Oui Non
- 13 En ce moment, avez-vous des difficultés à être actif(ve) au quotidien entre 0 (= aucune difficulté) et 10 (= difficulté extrême) ?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 14 En ce moment, vous sentez-vous capable de poursuivre, reprendre ou débiter une activité physique régulière seul(e) ?
 Oui Non
- 15 Lors d'une journée ordinaire, en ce moment passez-vous en moyenne :
 Plus de 7 h assis(e)
 Moins de 7 h assis(e) ?

Fatigue

- 16 Sur une échelle de 0 à 10, vous évaluez votre fatigue entre 0 (= pas de fatigue) et 10 (= fatigue extrême)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Psychologie

- 17 Êtes-vous triste ?
 Souvent Parfois Rarement Jamais
- 18 Êtes-vous angoissé(e) ou anxieux(se) ?
 Souvent Parfois Rarement Jamais
- 19 Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ou anxieux(se) au cours de votre vie ?
 Oui Non
 Si oui, avez-vous eu ou avez-vous un suivi psychologique pour vos difficultés psychiques ?
 Oui Non
- 20 Prenez-vous un traitement (anxiolytique ou antidépresseur) en ce moment ?
 Oui Non
- 21 Êtes-vous déjà suivi(e) par un professionnel
 Oui Non
- 22 Ressentez-vous le besoin d'un soutien psychologique ?
 Oui Non

Questions de repérage de 2^e niveau

Réaliser une évaluation en utilisant l'échelle de l'HADs « Hospital Anxiety and Depression scale » (Annexe 3a). Le score obtenu permettra d'orienter le patient vers le médecin, des pratiques psychocorporelles, ou le psychiatre et le psychologue.

Tout score ≥ 8 à l'échelle HADs nécessite d'orienter vers une consultation médicale (médecin traitant ou psychiatre) ou vers un psychologue.

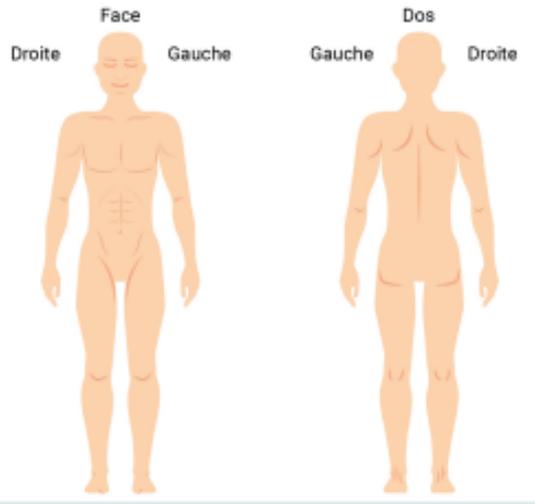
Douleur

- 23 Ressentez-vous des douleurs ces derniers jours ?
 Oui Non
- 24 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux l'importance de **vos douleurs maximales au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 25 Si oui, vous évaluez vos douleurs avec une note de 0 à 10 qui décrit le mieux **vos douleurs habituelles au cours des 8 derniers jours** (la note 0 correspond à pas de douleur, et la note 10 correspond à la douleur maximale imaginable)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 26 Cette douleur perturbe-t-elle...
 ... votre sommeil ? Oui Non Non concerné(e)
 ... vos activités habituelles ? Oui Non Non concerné(e)
- 27 Prenez-vous actuellement un traitement pour vos douleurs ?
 Oui Non Non concerné(e)
- 28 Si oui, le traitement vous soulage-t-il ?
 Complètement Partiellement Pas du tout

Questions de repérage de 2^e niveau

- 1 – S'agit-il d'une douleur connue et identifiée ?
 Oui Non
- 2 – Est-elle permanente ?
 Oui Non
- 3 – Est-elle déclenchée par :
 • Les mouvements ? Oui Non
 • Les soins ? Oui Non
 • Autres (précisez) ?

4 – Localisation : Indiquez sur ce schéma où se trouve votre douleur en noircissant la zone.



5 – Accès douloureux paroxystiques¹ ?

Oui Non

Si oui, nombre par 24 heures ?

6 – Échelle numérique de 0 à 10 (sur la dernière semaine) :

Moyenne : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Minimum : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Maximum : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7 – Si score du questionnaire DN4² ≥ 4 ? (Annexe 3b)

Oui Non

8 – Traitement actuel :

• Observance (faire préciser la posologie prise, l'horaire...) :

• Effets indésirables :

Social, familial et professionnel

29 Avez-vous besoin d'informations sur les conséquences sociales et financières de votre maladie (Affection Longue Durée, droits, prestations, démarches à effectuer, impact sur l'activité professionnelle...) ?

Oui Non

30 Vivez-vous seul(e) ?

Oui Non

31 Avez-vous des enfants ou personnes à charge ?

Oui Non

32 Avez-vous des aidants (une ou plusieurs personne(s) dans mon entourage qui vous aide(nt) au quotidien) ?

Oui Non

Si oui, lesquels (membre de ma famille, amis, etc.) ?

1. L'accès douloureux paroxystiques (ADP) correspond à une augmentation transitoire de la douleur, de survenue rapide (moins de 3 minutes), de courte durée (de 30 minutes à 1 heure en moyenne) d'intensité sévère à insupportable, survenant sur un fond de douleur stable, chez des patients recevant un traitement opioïde de fond. On différencie « les accès douloureux prévisibles » lorsque la douleur est liée à des actions volontaires du patient (ex la marche) involontaire (ex la toux) ou procédurale, des accès douloureux non prévisibles.
2. Questionnaire élaboré et validé chez l'adulte pour estimer la probabilité d'une composante neuropathique à la douleur. <https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/08/dn4ck.pdf>

RÉFÉRENTIEL ORGANISATIONNEL NATIONAL

SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT DES PATIENTS ADULTES ATTEINTS DE CANCER / avis d'experts

- 33 Du fait de votre maladie et des traitements, avez-vous besoin d'aide dans votre quotidien (aide-ménagère, garde d'enfants, suivi de la scolarité de mes enfants...) ?
 Oui Non
- 34 Votre logement est-il adapté à votre état de santé ?
 Oui Non
- 35 Avez-vous des difficultés
 Familiales Financières
 Professionnelles Non concerné(e)

Maintien et retour à l'emploi

- 36 Poursuivez-vous votre activité professionnelle durant vos traitements de façon :
 Très satisfaisante Satisfaisante Peu satisfaisante Compliquée
 Très compliquée Impossibilité de poursuivre
- 37 Concernant la reprise de votre activité professionnelle :
 Vous souhaitez reprendre une activité professionnelle
 Vous vous sentez pas capable de reprendre
 Non concerné(e)
- 38 Quelles seraient la ou les conditions favorables à votre reprise d'activité professionnelle ?
 Information de votre employeur Formation de l'entreprise à votre accueil
 Aménagement de votre espace de travail (bureau, atelier...) Aménagement de votre temps de travail
 Accompagnement par le médecin du travail Réorientation professionnelle
 Connaître vos droits
 Autre. Laquelle ?
 Non concerné(e)

Habitudes de vie

- 39 Est-ce que vous prenez des médicaments sans prescription de votre médecin (automédication comme par exemple la prise d'antidouleur, d'anti inflammatoires, de somnifères...)
 Oui Non
- 40 Est-ce que vous prenez d'autres traitements ou compléments (phytothérapie, compléments alimentaires...)
 Oui Non
- 41 Fumez-vous ?
 Oui Non
 Si oui, quelle(s) substance(s) ?
- 42 Avez-vous arrêté de fumer depuis moins d'un an ?
 Oui Non Non concerné(e)
- 43 Consommez-vous de l'alcool ?
 Oui Non
 Si oui, combien de verres par semaine ? verres

Questions de repérage de 2^e niveau

Alcool : Questionnaire FACE pour orientation (Annexe 3c.)

<http://www.resapsad.org/sites/resapsad.cpm.aquisante.priv/files/u35/FACE.pdf>

Santé sexuelle

- 44 La maladie a-t-elle un retentissement sur votre vie intime et sexuelle ?
 Oui Non Non concerné(e)

- 45 La maladie a-t-elle changé la relation avec votre partenaire ?
 Oui Non Non concerné(e)
- 46 Si c'est le cas, ressentez-vous le besoin d'en parler avec un professionnel spécialisé ?
 Oui Non

Questions de repérage de 2^e niveau

- 1 - Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie personnelle ?
 Oui Non
- 2 - Cela occasionne-t-il une insatisfaction ou une souffrance dans votre vie de couple ?
 Oui Non

Fertilité

- 47 Souhaitez-vous des informations et une aide concernant les conséquences de la maladie et des traitements sur votre capacité à avoir des enfants à l'avenir ?
 Oui Non

Actions thérapeutiques

- 48 Vous sentez-vous capable de gérer vos traitements et leurs effets secondaires dans le quotidien ?
 Oui Non
- 49 Avez-vous eu accès à un programme d'éducation thérapeutique ?
 Oui Non

Commentaires :

Je vous remercie d'avoir répondu à ce questionnaire. L'équipe soignante reviendra vers vous pour décider ensemble des éventuels accompagnements à mettre en place.

Je vous informe que vos réponses seront utilisées strictement dans le cadre de l'évaluation de vos besoins en soins de support.

Je vous informe que les données à caractère personnel vous concernant issues de ce questionnaire sont collectées et traitées sous la responsabilité de l'établissement de santé qui assure votre prise en charge. Vous pouvez vous rapprocher de ce dernier et de son délégué à la protection des données pour toute information concernant le traitement de vos données et vos droits issus du Règlement général sur la protection des données.

Annexe 4 : Saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015 relative aux axes d'évolution du panier en soins de support

085 , 15



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Le directeur général de l'offre de soins
Tel. 01 40 56 44 64
Fax : 01 40 56 60 66
jean.dobeaupuis@sante.gouv.fr

MRJC/15/n* Mercure

Paris, le 31 JUIL. 2015

Jean DEBEAUPUIS
Directeur général de l'offre de soins

à

Mme le Pr Agnès BUZYN
Présidente de l'Institut national du cancer –
INCa
52 avenue André Morizet
92513 Boulogne Billancourt cedex

Madame la Présidente,

Le parcours de prise en charge en cancérologie ne peut désormais se concevoir sans permettre aux patients d'accéder, en complément de leur prise en charge curative, à des soins de support. La place de ces soins dans le parcours cancer prend une importance croissante, sous l'impact d'attentes fortes des patients mais également de la démonstration de gains de qualité de vie et de survie qui leur sont associés.

Le plan cancer 2014-2019 entend conforter le déploiement des soins de support et accompagner leurs évolutions. Dans le cadre de ses actions 7.6 et 7.7, il met en particulier l'accent sur les objectifs d'accessibilité, d'homogénéité des prestations proposées et de gradation de ces soins.

Ces évolutions, combinées à la recherche d'efficience de notre système de santé et à sa réponse optimale aux besoins de la population nous conduisent à interroger le panier de soins de support mobilisés par les établissements de santé à l'appui des parcours cancer et à envisager son évolution.

Conformément aux missions de pilotage technique et d'animation des structures de la cancérologie confiées à l'INCa, je souhaite que l'Institut mobilise l'expertise ainsi que les données à sa disposition pour définir les axes opportuns d'évolution de ce panier de soins.

Votre expertise devra permettre de répondre aux trois questions suivantes :

- Quels sont les soins de support susceptibles d'être proposés aux patients atteints de cancer ? Cette question devra intégrer une analyse des gains de qualité de vie et de survie associés aux différents soins de support. A partir des données récentes de la littérature scientifique sur ce sujet, vous actualiserez et hiérarchiserez les soins à mobiliser au profit des patients atteints de cancer.
- Parmi ces soins, lesquels sont incontournables et justifient une prise en charge sanitaire ? Cette question devra intégrer une analyse de ce qui relève, dans cet ensemble de prestations, du champ de compétences et de financements sanitaires. A partir d'une analyse des pratiques en soins de support, vous identifierez en quoi les professionnels de santé sont mobilisés par la réalisation de ces soins, afin de clarifier les contributions respectives attendues des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr/offre-de-soins

1/2

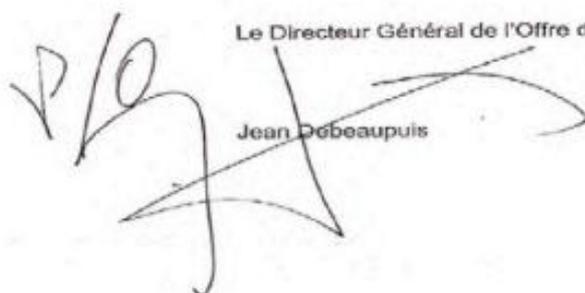
- Enfin, quelles sont les conditions optimales de réalisation des soins de support en termes de complémentarité des compétences et du statut des acteurs ? Cette dernière approche devra notamment permettre d'évaluer si les acteurs de soins de support peuvent être indifféremment hospitaliers ou libéraux dès lors que les conditions de l'offre sont adaptées ou s'il apparaît des spécificités hospitalières de la réponse nécessaires pour certaines situations.

L'ensemble de ces éléments permettront de définir la cible en termes d'offre de soins de support. Un « panier » de soins de support pourra ainsi être proposé.

En termes de calendrier, et afin de permettre la concrétisation de cette réflexion pour la campagne budgétaire 2016, nous attendons la production de vos éléments d'expertise pour novembre 2015.

En termes de méthodologie de travail, vous pourrez utilement constituer des groupes de travail ou ateliers avec les différents acteurs concernés, professionnels et parties prenantes, en associant les agences régionales de santé. Les équipes DGOS concernées (bureau R3) se tiennent à votre disposition, à toutes les étapes de ce projet, afin de convenir ensemble des modalités de travail les plus pertinentes et permettre la production finale la plus adaptée.

Je vous remercie pour votre implication dans cette démarche.


Le Directeur Général de l'Offre de Soins
Jean Debeaupuis

GUIDE D'ENTRETIEN

1. J'ai lu dans votre dossier médical que , pouvez-vous le confirmer ?
2. De quoi avez-vous besoin par rapport à votre maladie ?
3. Comment faites-vous pour répondre à ces besoins ?

Si on en vient maintenant à parler de la pharmacie ...

4. Quelle image avez-vous de la pharmacie ?
5. Et du métier de pharmacien ?
6. Quelles sont vos habitudes par rapport à la pharmacie, s'il y en a ? (Qui s'occupe d'aller chercher les médicaments, fréquence, toujours la même officine ou pas, pourquoi ?)
7. Depuis que vous êtes en soin pour votre maladie, est ce qu'il y a quelque chose qui a changé à ce sujet ? (relations avec l'équipe, fréquence +/-, évolution de l'opinion sur le rôle pharmacien ?)
8. Retour sur la Q2 : vous m'avez parlé de (besoins) : avez-vous eu l'idée d'aller à la pharmacie pour y répondre ? Racontez-moi un peu comment ça s'est passé ?
9. **Travail sur le document 1** : Voici une liste que j'ai préparée, on va discuter un petit peu de chaque item si vous le voulez bien. Que pensez-vous de ? Avez-vous eu besoin de cela ? Pourriez-vous classer dans l'ordre d'importance ceux dont vous avez eu besoin ? Avez-vous trouvé une réponse satisfaisante en officine ? Le pharmacien était-il à l'écoute, de bon conseil ?
10. Comment se passe la prise de vos médicaments ?
11. Imaginez que vous pouvez parler à tous les pharmaciens d'officine : qu'est ce que vous aimeriez leur dire, leur suggérer ? (quelles sont vos attentes envers les pharmaciens ? quelles seraient vos suggestions pour renforcer la place du pharmacien dans votre parcours de soin ?)

Document 1

Liste des items	Besoins : ordre d'importance <i>Classez dans l'ordre décroissant d'importance à partir de 1</i>	Qualité de la réponse du pharmacien <i>0 = pas du tout satisfaisant 10 = très satisfaisant</i>
Confidentialité / Ecoute au comptoir		
Plan de prise et conseils associés pour traitement anticancéreux/ médicaments de support		
Médecines complémentaires : homéopathie, phytothérapie, aromathérapie Compléments alimentaires		
Recommandations : Infirmier à domicile, kiné, associations de patientes, prothésistes capillaires		
Prothèses mammaires externes Prothèses/accessoires capillaires Manchons de compression		
Produits de parapharmacie		
Coordination interprofessionnelle : communication entre eux des différents professionnels de santé impliqués dans votre prise en charge (oncologues, infirmiers, médecins généralistes, pharmaciens ...)		



NOTE D'INFORMATION D'UNE RECHERCHE N'IMPLIQUANT PAS LA PERSONNE HUMAINE

« CANCER DU SEIN : ANALYSE DES BESOINS ET DES ATTENTES DES PATIENTES ENVERS LE PHARMACIEN D'OFFICINE A TRAVERS UNE ETUDE QUALITATIVE »

COQUEL Clara

Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude afin que vous puissiez décider d'y participer ou non. Votre participation à cette étude doit être entièrement volontaire. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à votre médecin pour avoir des renseignements complémentaires.

I. Le but de la recherche

Cette recherche porte sur le cancer du sein et plus précisément sur les attentes des patientes envers leur pharmacien d'officine. Pour cela, je réalise une étude qualitative ayant pour but d'étudier les besoins des patientes en lien avec leur maladie et de renforcer le rôle du pharmacien dans la prise en charge de ces patientes. Les données sont recueillies à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

II. Quelles données sont recueillies, pourquoi et comment ?

Vous êtes sollicité en raison de votre hospitalisation entre le et le Cette recherche portera sur l'analyse de données et d'échantillons biologiques recueillies sur une période de mois à partir de la date à laquelle vous avez été hospitalisé et pris en charge pour un / une Le recueil de données se fera à partir des informations présentes dans votre dossier médical informatique ou papier de l'hôpital de

Les données nécessaires pour la conduite de la recherche comprennent notamment : des questions ouvertes sur les besoins en lien avec la maladie, vos attentes envers les pharmaciens, votre autonomie, et vos habitudes liées à la prise de vos médicaments.

III. Confidentialité des données

Les données médicales recueillies dans le cadre de cette étude seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement par le CHU de Lille, représenté par son représentant légal en exercice, sur le fondement de l'intérêt public. Les données vous concernant seront pseudonymisées, c'est-à-dire identifiées par un numéro de code et par vos initiales. Elles seront ensuite transmises aux investigateurs de la recherche et aux coordinateurs.

La base de données ainsi créée sera conservée pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude. Puis, la base de données sera archivée pendant la durée légale autorisée. Passé ce délai, la base de données ainsi que tous les documents relatifs à la recherche seront définitivement détruits.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement et du droit de vous opposer au traitement. Il est possible que vous ne puissiez exercer certains droits prévus par le RGPD (limitation, effacement, opposition) si cela devait compromettre la réalisation des objectifs de l'étude.

Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au délégué à la protection des données du CHU de Lille à l'adresse suivante : dpo@chru-lille.fr.

Si vous considérez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique des Libertés (CNIL) directement via son site internet : www.cnil.fr.

Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

IV. Acceptation et interruption de votre participation

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Dans le cas où vous répondriez par la positive, vous disposez de la possibilité d'interrompre votre participation à tout moment sans aucun préjudice et sans engager votre responsabilité. Cela n'affectera évidemment pas votre prise en charge.

En l'absence d'opposition / refus de votre part sous un délai de 3 semaines après réception de la présente note nous considérerons que vous acceptez de participer à cette recherche

V. Comment cette recherche est-elle encadrée ?

Le responsable de la recherche, a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément à la loi française aux dispositions de la Loi Informatique et Liberté applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine (CNIL loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et européenne (Règlement européen n° 2016/679 relatif à la protection des données - RGPD).

Fait à : Le :

Signature du responsable de la recherche:

CADRE RESERVE AU RECUEIL DE L'OPPOSITION

NOM/Prénom du patient :

Je m'oppose à l'utilisation de mes données dans le cadre de cette recherche :

**CANCER DU SEIN : analyse des besoins et des attentes des patientes envers le pharmacien
d'officine à travers une étude qualitative,**

Menée par COQUEL Clara

- Oui
 Non

Signature (Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé) :

CADRE RESERVE AU RECUEIL DU CONSENTEMENT

À L'ENREGISTREMENT DE L'ENTRETIEN

NOM/Prénom du patient :

J'accepte que l'entretien se déroulant dans le cadre de cette recherche :

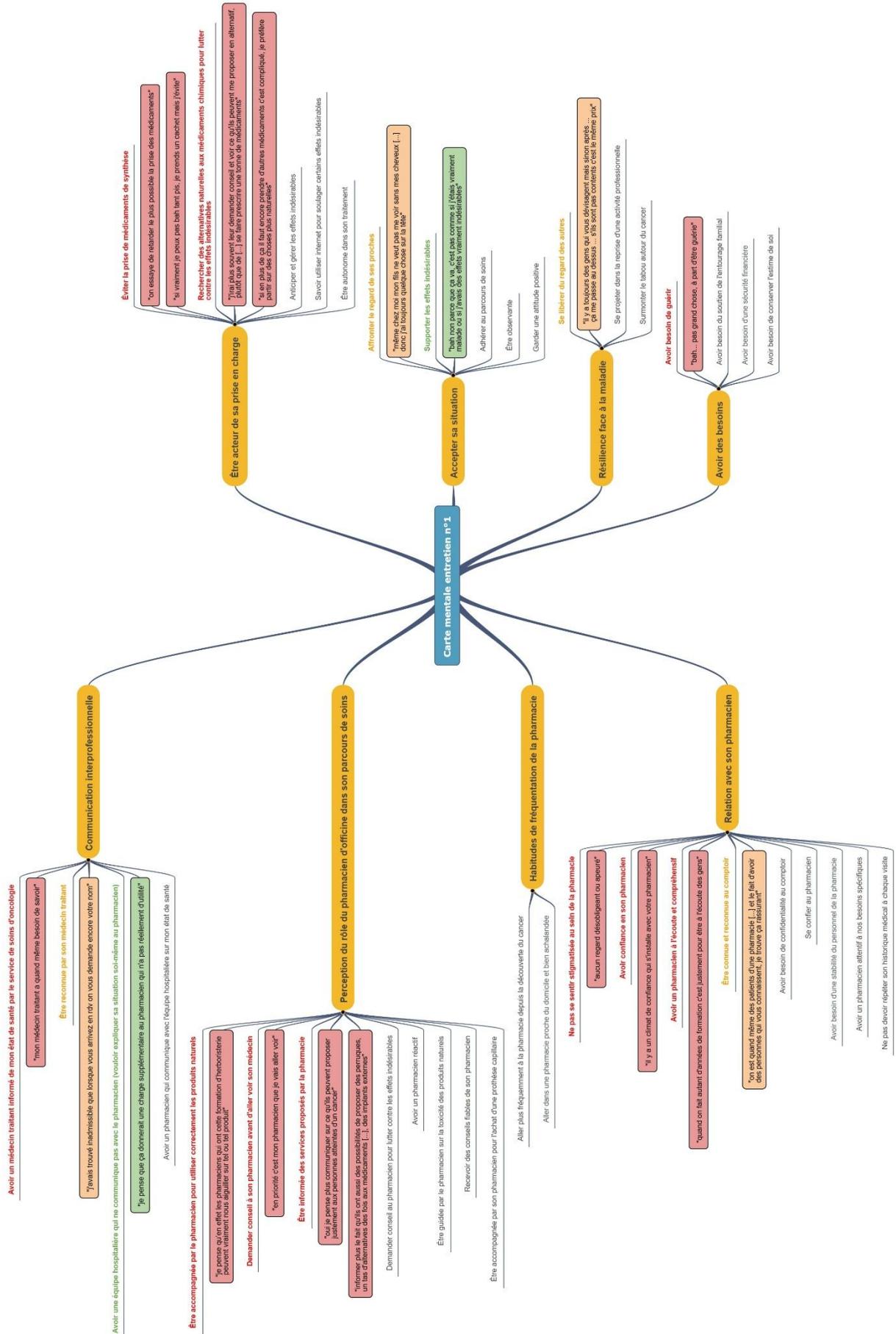
**CANCER DU SEIN : analyse des besoins et des attentes des patientes envers le pharmacien
d'officine à travers une étude qualitative,**

Dirigée par COQUEL Clara soit enregistré via un magnétophone ainsi qu'un dictaphone. Il est entendu que cet enregistrement ne devra comporter aucune donnée directement identifiante, qu'il ne pourra être exploité qu'à la seule fin de ce projet de recherche, qu'il n'a pas pour objet d'être communiqué à un autre destinataire que Madame COQUEL Clara et qu'il sera supprimé 24h après l'entretien.

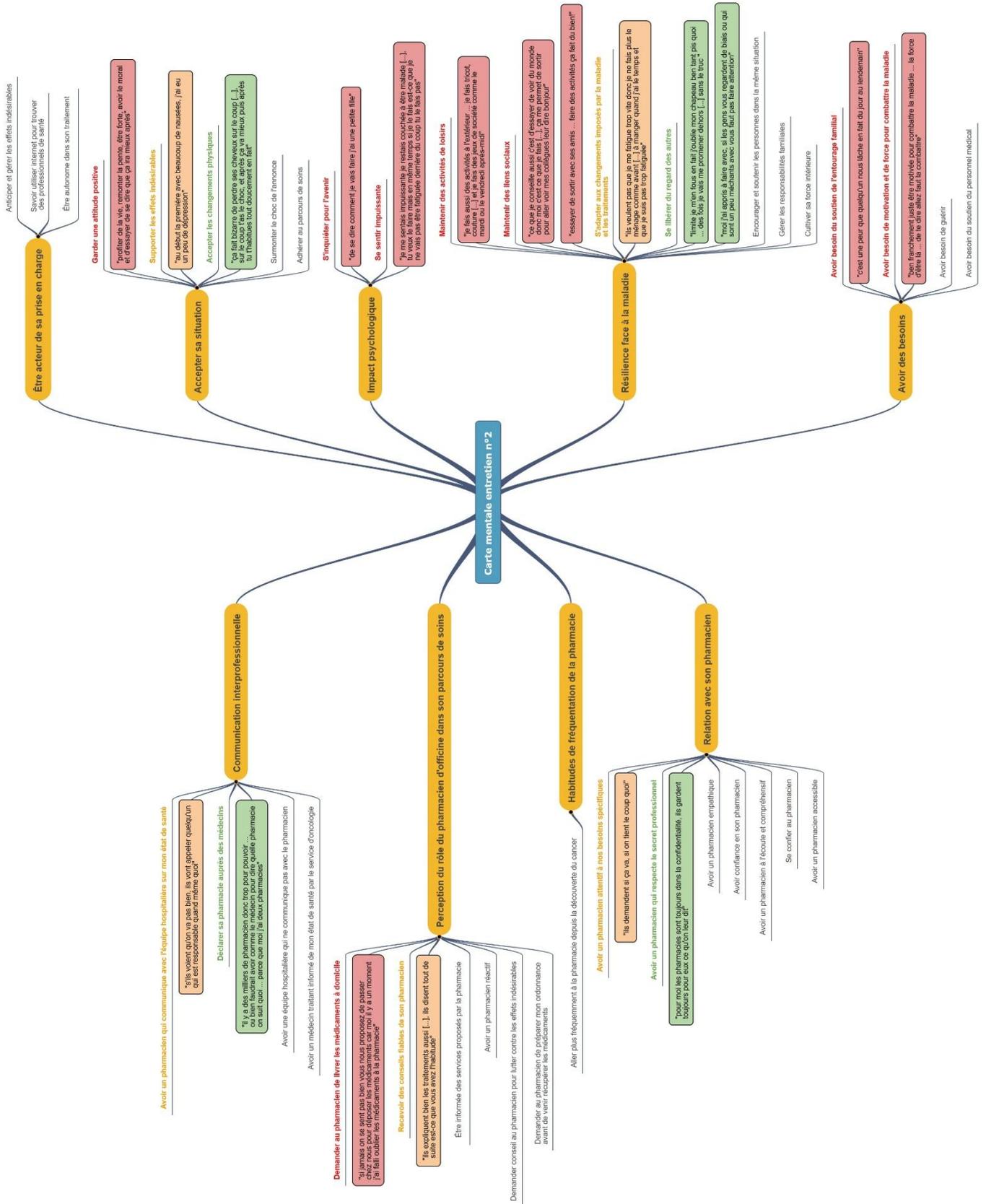
- Oui
 Non

Date, Signature (Précédée de la mention : Lu, compris et approuvé)

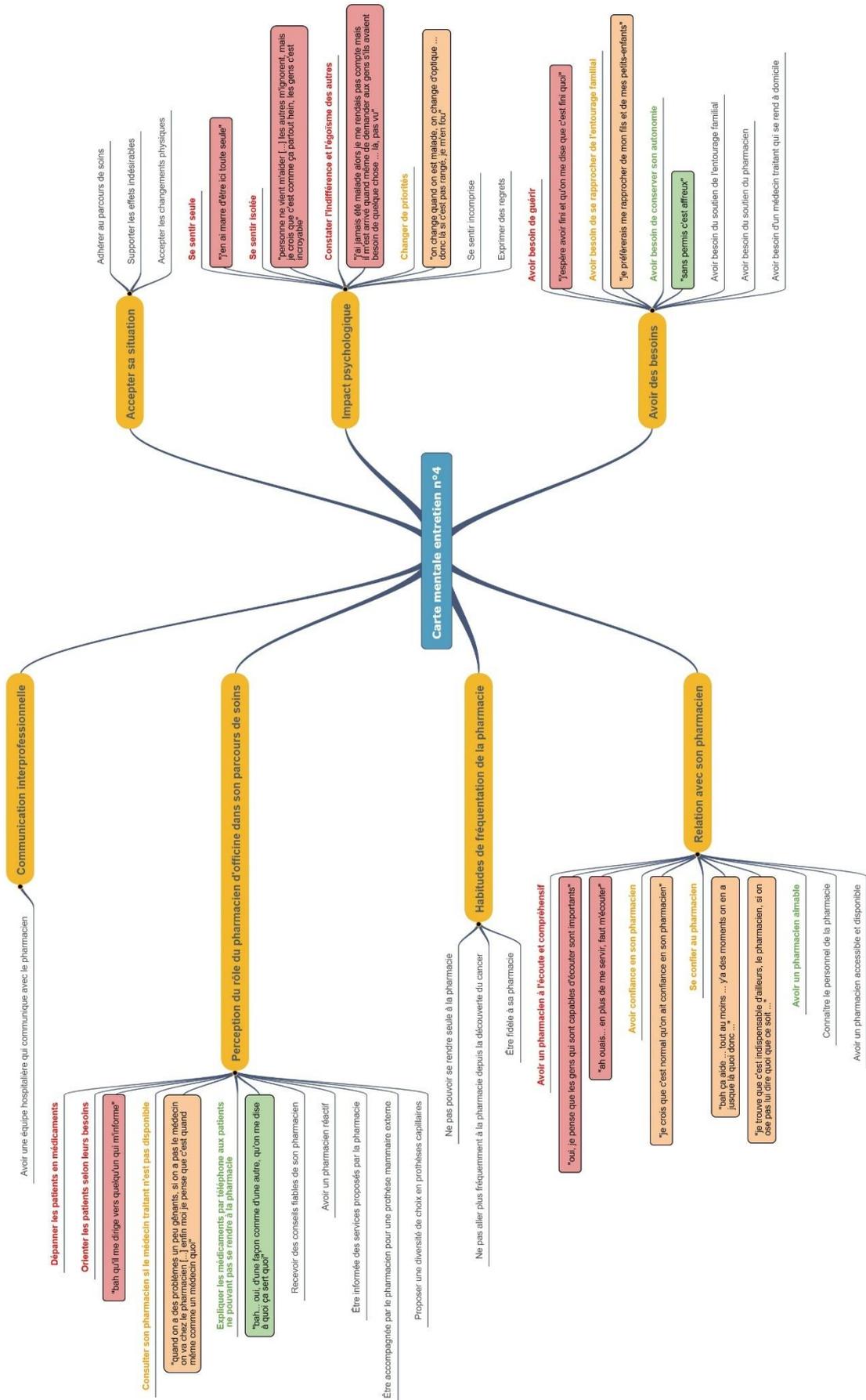
Annexe 7 : Carte mentale de l'entretien n°1



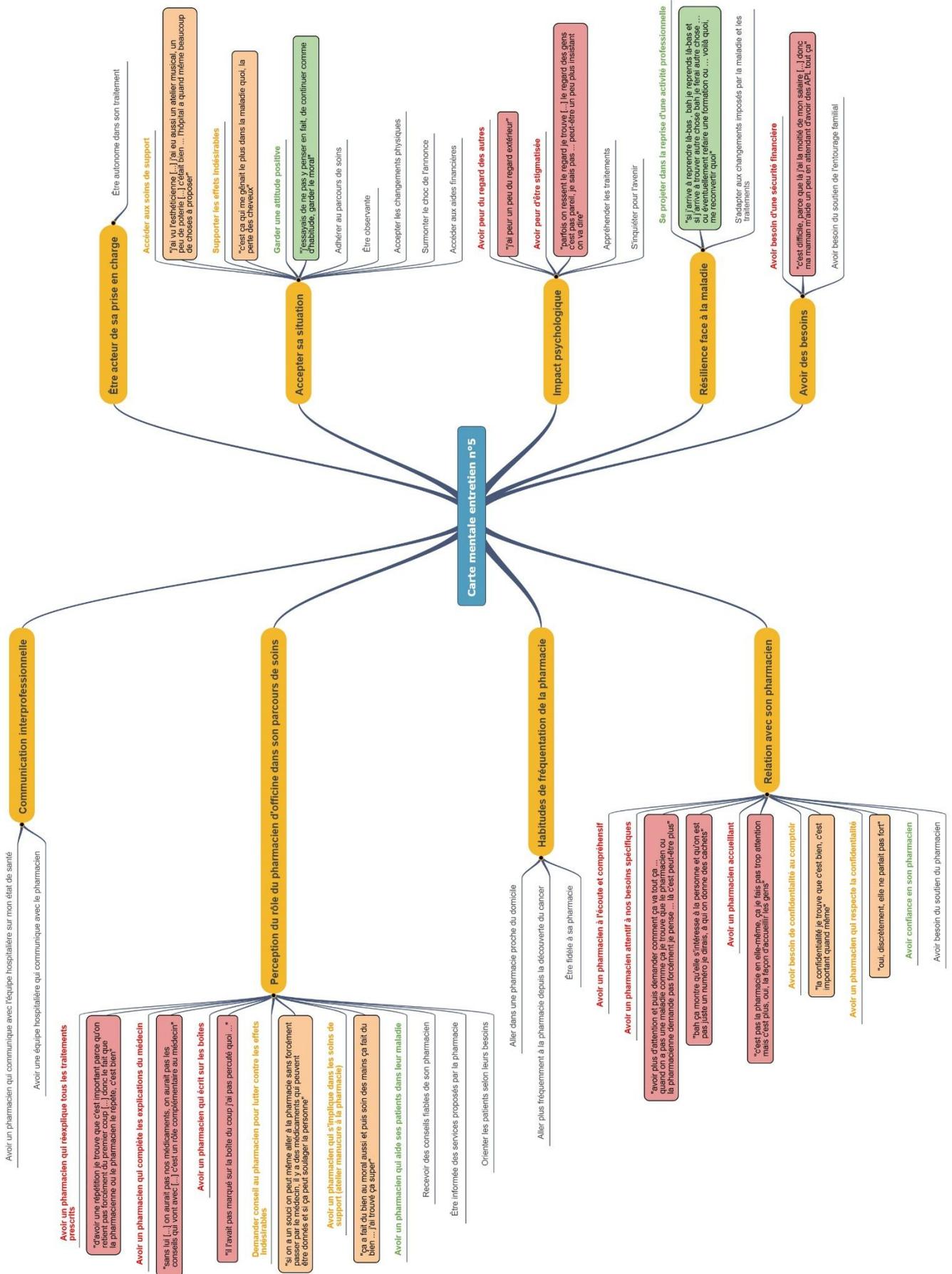
Annexe 8 : Carte mentale de l'entretien n°2



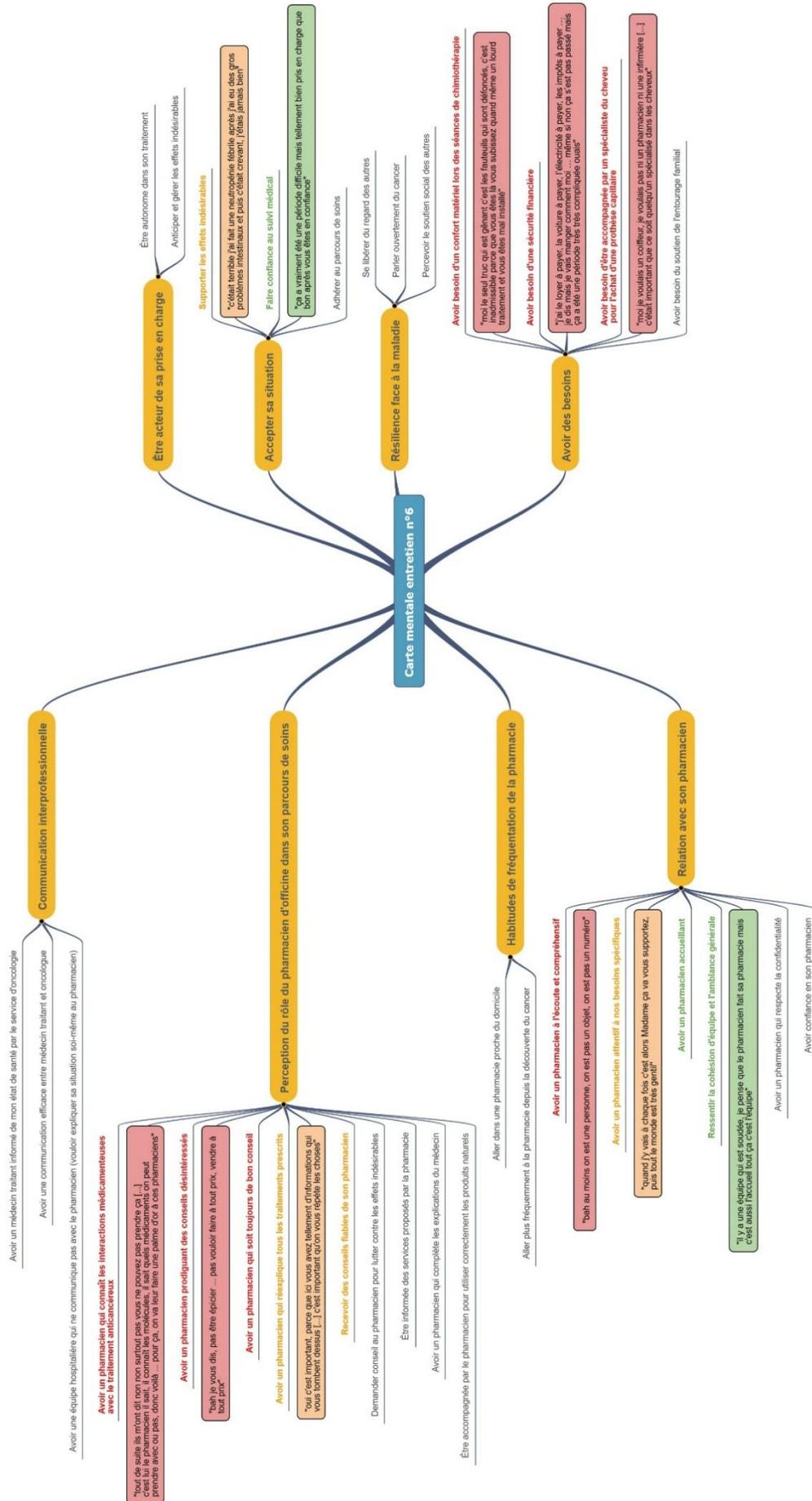
Annexe 10 : Carte mentale de l'entretien n°4



Annexe 11 : Carte mentale de l'entretien n°5



Annexe 12 : Carte mentale de l'entretien n°6



Bibliographie

1. Ruban Rose. Cancerdusein.org - Historique de la campagne [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cancerdusein.org/association/l-histoire-de-l-association/historique-de-la-campagne>
2. Cancer du sein [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
3. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 9 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
4. IARC, OMS. Cancer Today [Internet]. [cité 16 mars 2025]. Disponible sur: <https://gco.iarc.who.int/today/>
5. OMS. Cancer : une charge toujours plus lourde dans le monde et des besoins en services croissants [Internet]. [cité 16 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
6. INCa. Panorama des cancers en France - édition 2024. 2024. (Etat des lieux et des connaissances / Epidémiologie).
7. Lapôte-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, et al. Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. Bull Épidémiologique Hebd. 2023;
8. Cancer du sein [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/donnees/#tabs>
9. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
10. Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein>
11. Santé Publique France. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Volume 1 : Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. 2019.
12. Zbuk K, Anand SS. Declining incidence of breast cancer after decreased use of hormone-replacement therapy: magnitude and time lags in different countries. J Epidemiol Community Health. janv 2012;66(1):1-7.
13. Lasserre A, Fournier A. Traitements hormonaux de la ménopause et risques de cancers. Gynécologie Obstétrique Fertil. juill 2016;44(7-8):424-7.

14. Santé Publique France. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 - Hauts-de-France. 2019.
15. Cancer du sein chez l'homme - Cancer du sein [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Cancer-du-sein-chez-l-homme>
16. Łukasiewicz S, Czeczulewski M, Forma A, Baj J, Sitarz R, Stanisławek A. Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies—An Updated Review. *Cancers*. 25 août 2021;13(17):4287.
17. Gompel A. Hormones et cancers du sein. *Presse Médicale*. 1 oct 2019;48(10):1085-91.
18. Age - Facteurs de risque [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque/Age>
19. Antécédents familiaux - Facteurs de risque [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque/Antecedents-familiaux>
20. Frikha N, Chlif M. Un aperçu des facteurs de risque du cancer du sein. *Bull Académie Natl Médecine*. mai 2021;205(5):519-27.
21. Les prédispositions génétiques - Oncogénétique et plateformes de génétique moléculaire [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogenetique-et-plateformes-de-genetique-moleculaire/Les-predispositions-genetiques>
22. Prédispositions génétiques - Facteurs de risque [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque/Predispositions-genetiques>
23. Shiovitz S, Korde LA. Genetics of breast cancer: a topic in evolution. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. juill 2015;26(7):1291-9.
24. Syndrome de prédisposition héréditaire au cancer du sein et de l'ovaire [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.genturis.eu/l=fra/Syndromes/Syndrome-de-predisposition-hereditaire-au-cancer-du-sein-et-de-l-ovaire/Syndrome-de-predisposition-hereditaire-au-cancer-du-sein-et-de-l-ovaire.html>
25. Bernstein L. Epidemiology of endocrine-related risk factors for breast cancer. *J Mammary Gland Biol Neoplasia*. janv 2002;7(1):3-15.
26. Nkondjock A, Ghadirian P. Facteurs de risque du cancer du sein. *médecine/sciences*. févr 2005;21(2):175-80.
27. Cancer du sein et facteurs de risque • Cancer Environnement [Internet]. *Cancer Environnement*. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/cancers/cancer-du-sein/>

28. NACRe. Allaitement et risque de cancer, les principales données [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://www6.inrae.fr/nacre/Prevention-primaire/Facteurs-nutritionnels/Allaitement-et-cancer>
29. WCRF, AICR. Lactation and the risk of cancer. 2018 [cité 13 oct 2023]; Disponible sur: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2021/02/Lactation.pdf>
30. Boyd NF, Lockwood GA, Martin LJ, Knight JA, Byng JW, Yaffe MJ, et al. Mammographic Densities and Breast Cancer Risk. *Breast Dis.* 1 août 1998;10(3-4):113-26.
31. Schacht DV, Yamaguchi K, Lai J, Kulkarni K, Sennett CA, Abe H. Importance of a personal history of breast cancer as a risk factor for the development of subsequent breast cancer: results from screening breast MRI. *AJR Am J Roentgenol.* févr 2014;202(2):289-92.
32. Antécédents personnels - Facteurs de risque [Internet]. [cité 12 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque/Antecedents-personnels>
33. Pilules contraceptives et risque de cancers - Traitements hormonaux [Internet]. [cité 13 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Traitements-hormonaux/Pilules-contraceptives>
34. Calle E, Heath C, Miracle-McMahill H, Coates R, Liff J, Franceschi S, et al. Breast cancer and hormonal contraceptives: further results. *Contraception.* sept 1996;54(3):1-106.
35. Maître C. Relations entre activité physique, équilibre pondéral et cancer du sein. *Ann Endocrinol.* mai 2013;74(2):148-53.
36. Institut National du Cancer. Nutrition et prévention des cancers. 2019. (Fiches repères / Prévention).
37. Marinari G, Espitalier-Rivière C, Fédou C, Romain AJ, Raynaud De Mauverger E, Brun JF. Activité physique, obésité et cancer du sein : quelles conclusions pratiques ? *Sci Sports.* sept 2019;34(4):191-8.
38. Actif ou passif, le tabac favorise le cancer du sein | e3n [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.e3n.fr/actif-ou-passif-le-tabac-favorise-le-cancer-du-sein>
39. Dossus L, Boutron-Ruault MC, Kaaks R, Gram IT, Vilier A, Fervers B, et al. Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: Results from the EPIC cohort: Breast cancer and smoking in EPIC. *Int J Cancer.* 15 avr 2014;134(8):1871-88.
40. Les stades du cancer - Cancer du sein [Internet]. [cité 1 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-stades-du-cancer>

41. Cancers du sein - Les maladies du sein [Internet]. [cité 1 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>
42. Classe JM, Campone M, Lefebvre-Lacoeuille C. Cancer du sein: dépistage et prise en charge. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. (Pratique en gynécologie-obstétrique).
43. Deruelle P, Graesslin O. Gynécologie, obstétrique. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021. (Les référentiels des collègues).
44. Marchiò C, Annaratone L, Marques A, Casorzo L, Berrino E, Sapino A. Evolving concepts in HER2 evaluation in breast cancer: Heterogeneity, HER2-low carcinomas and beyond. *Semin Cancer Biol.* 1 juill 2021;72:123-35.
45. Infocancer [Internet]. 2023 [cité 22 nov 2023]. InfoCancer - ARCAGY - GINECO - Glossaire - K. Disponible sur: <https://www.arcagy.org/infocancer/glossaire/k.html>
46. Goldhirsch A, Winer EP, Coates AS, Gelber RD, Piccart-Gebhart M, Thürlimann B, et al. Personalizing the treatment of women with early breast cancer: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2013. *Ann Oncol.* sept 2013;24(9):2206-23.
47. Infocancer [Internet]. 2023 [cité 22 nov 2023]. InfoCancer - ARCAGY-GINECO - Cancers féminins - Cancer du sein - Formes de la maladie - La classification biomoléculaire. Disponible sur: <https://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-sein/formes-de-la-maladie/la-classification-biomol-culaire-pam50.html>
48. Bloom HJG, Richardson WW. Histological Grading and Prognosis in Breast Cancer. *Br J Cancer.* sept 1957;11(3):359-77.
49. Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up. *Histopathology.* 2002;41(3a):151-151.
50. Espié Marc, Cutuli Bruno. Le sein. 4e édition. Paris: Éditions Eska; 2020. 1078 p.
51. Classification TNM des tumeurs malignes | UICC [Internet]. [cité 1 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.uicc.org/what-we-do/sharing-knowledge/tnm>
52. Wittekind C, Asamura H, Sobin LH, Sauvage M. Tumeurs du sein. In: TNM atlas: guide illustré de la classification TNM des tumeurs malignes. Sixième éd. Paris: Cassini; 2016. p. 229-47.
53. Cancers du sein : les prévenir et les détecter tôt - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Prevenir-et-depister-tot>
54. Diagnostic d'un cancer du sein - Cancer du sein [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic>

55. Les symptômes et le diagnostic du cancer du sein [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/mayenne/assure/sante/themes/cancer-sein/symptomes-diagnostic>
56. INCa, La ligue contre le cancer. Recommandations nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé - Mesure 40 du plan cancer. 2005.
57. Les autorisations de traitement du cancer - Traitements du cancer : les établissements autorisés [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/Les-autorisations-de-traitement-du-cancer>
58. INCa. Evolution du dispositif d'annonce d'un cancer. 2019. (Recommandations et référentiels).
59. VIDAL [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Les médicaments du cancer du sein. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/cancers/cancer-sein/medicaments.html>
60. HAS. Cancer du sein. 2010 janv. (Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique).
61. Curage axillaire - Chirurgie (tumorectomie et mastectomie) [Internet]. [cité 7 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chirurgie-tumorectomie-et-mastectomie/Curage-axillaire>
62. Radiothérapie - Cancer du sein [Internet]. [cité 3 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Radiotherapie>
63. Krakowski I, Boureau F, Bugat R, Chassignol L, Colombat Ph, Copel L, et al. Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves: proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés. Douleur Analgésie. mars 2004;17(1):43-50.
64. Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [Internet]. [cité 15 janv 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
65. Association Francophone des Soins Oncologiques de Support [Internet]. [cité 15 janv 2024]. Que sont les soins de support ? - AFSOS. Disponible sur: <https://www.afsos.org/les-soins-de-support/mieux-vivre-cancer/>
66. Etienne R, Henry A, Collectif. Que sont les soins de support ? In: Aide-mémoire - Soins de support en oncologie adulte : en 18 notions. Dunod; 2018. p. 25-41.
67. Institut National du Cancer. Référentiel organisationnel national - Soins Oncologiques de Support des patients adultes atteints de cancer. 2021 nov. (Recommandations et référentiels / Recommandations de pratique clinique).
68. Les soins de support tout au long du parcours de soins - Parcours de soins des patients [Internet]. [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.e->

69. Institut National du Cancer. Axes opportuns d'évolution du panier des soins oncologiques de support. 2016 nov. (Appui à la décision / Soins).
70. INSTRUCTION N° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer - Légifrance [Internet]. [cité 18 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41950>
71. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
72. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
73. Le journal d'un siècle | Ligue contre le cancer [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/le-journal-dun-siecle>
74. Buzyn A. Les apports des Plans cancer à la cancérologie. *Oncologie*. sept 2014;16(S1):4-6.
75. INCa. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. 2021.
76. sante.gouv.fr. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 21 mars 2025]. Mon Bilan Prévention pour les professionnels de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention-les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/espace-professionnels/article/mon-bilan-prevention-pour-les-professionnels-de-sante>
77. Assurance Maladie. Nouvel accord conventionnel avec les syndicats de pharmaciens [Internet]. 2020 [cité 11 mars 2024]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2020-07-29-cp-signature-avenant-21-pharmaciens>
78. Avis relatif à l'avenant n° 21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
79. Glaser Barney G, Strauss Anselm Leonard. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: A. de Gruyter; 1967. 271 p.
80. Boris Cyrulnik: la résilience ou l'art de rebondir à tout âge | La Ligue de l'Enseignement et de l'Éducation permanente [Internet]. [cité 6 oct 2024]. Disponible sur: <https://ligue-enseignement.be/boris-cyrulnik-la-resilience-ou-lart-de-rebondir-a-tout-age>
81. Lilly. Cancer du sein métastatique et traitement à domicile : les patientes s'expriment. Neuilly-sur-Seine; 2019.
82. Académie nationale de Pharmacie. Observance des traitements médicamenteux en France. 2015 déc.

83. Huiart L, Bardou VJ, Giorgi R. L'adhésion thérapeutique aux traitements oraux : enjeux en oncologie - l'exemple du cancer du sein. Bull Cancer (Paris). oct 2013;100(10):1007-15.
84. Anaïs Desruet. La place actuelle de la confidentialité à l'officine [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université Grenoble Alpes Faculté de Pharmacie; 2024.
85. Ligue contre le cancer. Rapport 2014 de l'Observatoire sociétal des cancers, Cancer du sein, se reconstruire après une mastectomie. 2014.
86. Proposition de loi visant la prise en charge intégrale des soins liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l24-066/l24-066.html>
87. Assemblée nationale. Assemblée nationale. [cité 2 févr 2025]. Prise en charge intégrale des soins liés au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/prise_en_charge_integrale_cancer_du_sein
88. LOI n° 2025-106 du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie (1). 2025-106 févr 5, 2025.
89. Lemoine S, Faure S. Rôle du pharmacien auprès des patientes atteintes d'un cancer du sein. Actual Pharm. sept 2016;55(558):26-32.
90. SFPO. Plantes et compléments alimentaires dans la prise en charge du patient atteint de cancer [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://sfpo.com/wp-content/uploads/2020/02/Plantes-et-compl%C3%A9ments-alimentaires-dans-la-prise-en-charge-du-patient-atteint-de-cancer.-V1.pdf>
91. Arnaud Bocquet. Utilisation de la phytothérapie chez les femmes atteintes de cancer du sein en France. Résultats de l'étude UTOPIa [Sciences pharmaceutiques]. Aix-Marseille; 2022.
92. Chabosse S, Derbré S. Cancer du sein : recommandations sur l'usage de la phytothérapie. Actual Pharm. janv 2016;55(552):45-9.
93. Berlemont C. Examen pharmaceutique objectif et structuré : mise en place et retour d'expérience d'un projet pédagogique innovant à la faculté de pharmacie de Lille [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Lille; 2023.
94. Givre, Faculté de pharmacie de Lille. Métamorphose - Référentiel de compétences.
95. Proffiterole - Département de Pharmacie [Internet]. [cité 2 févr 2025]. Disponible sur: <https://ufr3s.univ-lille.fr/pharmacie/innovations-pedagogiques/enseignements-hybrides/proffiterole>
96. Vincerot P, Welsch T. Place du pharmacien dans l'accompagnement non médicamenteux de la femme atteinte d'un cancer du sein (enquête auprès des

pharmaciens d'officine) [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Lorraine; 2020.

97. Hébert G, Minvielle E, Di Palma M, Lemare F. Quelles sont les attentes de coordination et d'accompagnement des patients français atteints de cancer vis-à-vis de leur pharmacien de ville ? Bull Cancer (Paris). 2018;105(3):245-55.
98. Institut Paoli-Calmettes. URPS. 2024 [cité 14 janv 2025]. Article 51 Onco'Link | Bilan 2023 et enquête. Disponible sur: <https://www.urps-pharmaciens-paca.fr/oncolink-bilan2023/>
99. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.

Université de Lille
UFR3S-Pharmacie
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2024/2025

Nom : COQUEL

Prénom : Clara

Titre de la thèse : Cancer du sein : analyse des besoins et des attentes des patientes envers le pharmacien d'officine à travers une étude qualitative

Mots-clés : Cancer du sein, épidémiologie, facteurs de risque, étude, recherche, qualitative, attentes, besoins, entretien semi-dirigé, vécu, rôle, pharmacien, officine, suivi, prise en charge, relation, patiente, confiance, soins de support, coordination, parcours de soins, accompagnement, oncologie

Résumé : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Plusieurs facteurs de risques de ce cancer sont désormais bien identifiés aujourd'hui, dont certains pourraient être évités. L'annonce d'un cancer bouleverse la vie des femmes, et leurs besoins se transforment. Pour chaque professionnel de santé, l'optimisation du parcours de soins de ces femmes demeure un enjeu majeur. Le pharmacien d'officine a vu son rôle évoluer au cours des dernières années, devenant aujourd'hui un acteur essentiel dans la prise en charge de ces patientes. Ces évolutions soulèvent des interrogations auxquelles nous tentons de répondre dans ce travail, à l'aide d'une étude qualitative menée à l'hôpital Claude Huriez de Lille auprès de patientes ayant un cancer du sein. Le but de cette thèse est d'identifier et comprendre les besoins et les attentes des patientes concernant le rôle du pharmacien d'officine dans leur parcours de soins. Diverses qualités relationnelles et compétences techniques attendues du pharmacien sont ressorties de cette étude. La relation patient-pharmacien semble basée sur une relation de confiance, constituée d'empathie, d'écoute, de respect et de bienveillance. Ce sont ces qualités qui amènent les patientes à se confier à leur pharmacien et à lui demander conseil. Elles attendent de leur pharmacien des explications sur les traitements de support, et des conseils pour les aider à soulager leurs effets indésirables, y compris par l'utilisation des MAC. Elles déplorent cependant un manque de visibilité et d'information autour des produits et gammes spécifiques dédiés aux personnes atteintes d'un cancer et pouvant être proposés par les pharmaciens. Le tabou autour du cancer doit être déconstruit, et le pharmacien d'officine doit renforcer sa position dans la coordination du relai ville-hôpital pour améliorer la qualité du suivi de ces patientes.

Membres du jury :

Président : Madame DUMONT Julie, Professeur des Universités, Université de Lille

Assesseurs :

Madame CARRIÉ Hélène, Maître de Conférences des Universités, Université de Lille

Madame ROGNON Carole, Pharmacien d'officine et Maître de Conférences associé, Université de Lille

Membre extérieur : Madame GOVART Maureen, fondatrice de l'association Mon Bonnet Rose, Roncq (59)